

УДК 378.661-057.875: 37.025.7]: 614.23: 614.2 -021.465: 616 -036.7

В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко

Процесс формирования клинического мышления у будущих врачей и профессиональные ошибки в современной медицине

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

На фоне либеральных реформ здравоохранения уровень качества медицинской помощи населению России продолжает снижаться, что связывается с числом случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи. Проведенные социологические исследования в среде работодателей, будущих и практикующих врачей указывают на снижение профессиональных компетенций производителей медицинских услуг. Пандемия «COVID-19» показала разрушительное действие результатов реформ на отечественную систему здравоохранения, и в первую очередь, на высшую медицинскую школу, где из системы подготовки будущих врачей «вымывается» клиническое мышление. **Ключевые слова:** врачи, клиническое мышление, медицинские услуги, качество, ненадлежащее оказание медицинской помощи.

V. G. Dyachenko, S. V. Dyachenko

The process of forming clinical thinking in future doctors and professional mistakes in modern medicine

Summary

Against the background of liberal health care reforms, the level of quality of medical care to the population of Russia continues to decline, which is associated with the number of cases of improper medical care. Conducted sociological studies among employers, future and practicing doctors indicate a decrease in the professional competence of medical service providers. The "COVID-19" pandemic has shown the destructive effect of the results of the reforms on the domestic health care system, and first of all, on the higher medical school, where clinical thinking is «washed out» from the system of training future doctors.

Key words: doctors, clinical thinking, medical services, quality, inadequate medical care.

Введение

Либеральные реформы отечественного здравоохранения, замена идеологии «оказания медицинской помощи» на

идеологию «производство и продажу медицинских услуг» сформировали новую (экономическую) модель взаимоотношений врача и пациента [12]. В последнее время наблюдается

диспропорции между правами и обязанностями производителей медицинских услуг, между мерами поддержки и рисками их ответственности. Причем современный правовой статус медицинских работников не учитывает особенностей деятельности и не соответствует важности исполняемых ими профессиональных функций [28]. Реальная клиническая практика и повышение спроса населения на доступную, качественную и безопасную медицинскую помощь стали основой правовой реформы отечественного здравоохранения, как отражения востребованного обществом регламента компенсации нанесённого вреда здоровью пациента [2].

Осложнения и побочные эффекты в процессе производства медицинских услуг, как и риск неблагоприятного исхода, – неотъемлемая часть медицинской практики в результате ошибок медицинского персонала [8, 11, 43, 65]. Врачебная ошибка чаще всего трактуется как «добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача, но без элементов халатности, небрежности, профессионального невежества» [7]. Дополняет это определение врачебной

ошибки как «...добросовестное заблуждение врача, основанное на необычном, атипичном течении заболевания, на недостатке диагностических или лечебных средств и методов или иногда на недостатке опыта и знаний конкретного врача [11, 34, 41, 52, 53, 61].

Классификация врачебных ошибок может быть основана на различных подходах [8, 29, 34, 46, 49]. В частности, в зависимости от того, на каком этапе производства медицинских услуг они были допущены, можно выделить: диагностические, лечебно-тактические, технические, деонтологические и др.

С концептуальных позиций отечественная медицина в последние годы все больше и больше скатывается к рыночным принципам, ранее ей не свойственным. И такой, казалось бы, акт гуманности, как медицинская помощь человеку, начинает рассматриваться с позиции рыночных отношений, в рамках реализации механизма «купли-продажи», т. е. банальных товарно-денежных отношений, где основополагающая роль принадлежит цене и качеству производимых медицинских услуг, успешная продажа которых исключает вероятность наличия врачебных ошибок [14, 22]. Поэтому уровень качества произведенной продукции в медицине и проблема врачебных ошибок в современной России из сферы управления медицинской помощью населению переносится в сферу экономического и правового регулирования [24]. А, поскольку сфера основных производственных фондов большинства медицинских организаций в России, а особенно в её

провинциях, таких как Дальневосточный федеральный округ (ДФО) за последние 30 лет была резко сужена и подверглась предельному износу, а ресурсная база (кадры, материально-техническое обеспечение и финансирование производства) продолжает функционировать в состоянии хронического дефицита ресурсов, то число случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи продолжает расти.

Между тем производители медицинских услуг (врач, медицинская сестра и др.) сопоставляют затраченные на работу ресурсы, силу и время, всегда надеялись на адекватное вознаграждение с позиции «теории справедливости», которая заключается в том, что производители оценивают свое вознаграждение на основании личных результатов по сравнению со своими коллегами, и делают соответствующие выводы [40, 48, 64]. При этом главным фактором мотивации и удовлетворенности врача или медицинской сестры становятся результаты труда – количество и качество произведенных медицинских услуг, улучшая которые, сотрудники могут рассчитывать на увеличение вознаграждения [62]. Внутренние мотивации (этические и деонтологические принципы профессии) отходят на второй план. По данным Минздрава РФ, современная зарплата медицинского персонала состоит из следующих компонентов: тарифная ставка, оклад, компенсаци-

рующие и стимулирующие выплаты. При ухудшении качества результатов сотрудник медицинской организации, как правило, освобождается от стимулирующих выплат [13].

Мотивация для каждого отдельного сотрудника медицинской организации является совокупностью движущих им сил, действующих на подсознательном уровне и оказывающих влияние на его психологию и поведение. Силы, через которые работает мотивация, находятся на разных уровнях, и оказывают неоднозначное влияние на различных людей, так, при воздействии одной и той же силы два человека отреагируют по-разному на одну и ту же ситуацию [32, 44, 45, 58]. Причем каждый врач или медицинская сестра имеют индивидуальную мотивационную структуру, которая меняется по мере их движения по карьерной лестнице и связана с условиями жизни. Эффективность мотивации персонала по производству доступных, качественных и безопасных медицинских услуг всегда связана с конкретной ситуацией в медицинской организации и уровнем профессиональных компетенций производителей медицинских услуг [35, 36, 47].

Следует признать, что уровень профессиональных компетенций тесно связан с развитием клинического мышления. Его развитие реализуется при тесном общении с пациентом, умелом сочетании традиционных методов обследования (осмысление жалоб, анамнеза, данных клинического осмотра) и современных технологий (лабораторно-инструментальных,

информационных и др.), а также совершенствования коммуникативных способностей будущего врача, что позволит принять правильное клиническое решение [23, 49, 55, 59, 63, 67].

Цель исследования: оценка зависимости условий формирования клинического мышления будущих врачей и профессиональных ошибок в реальной клинической практике.

Материал и методы

Проведен анализ доступной литературы, публикаций и интервью различных специалистов и экспертов по теме исследования и оценка мотиваций к формированию безошибочной клинической практики у будущих врачей [32] в сочетании с полустандартизированным индивидуальным и коллективным интервью (фокус-группы) [51,56], а также анализа мнений руководителей медицинских организаций и студентов относительно качества профессиональной подготовки выпускников вузов. Объект исследования – руководители медицинских организаций (n=138), будущие врачи (n=447), врачи клинических специальностей (n=324) и эффективность методик формирования клинического мышления у врачей в период дипломной и постдипломной подготовки в рамках обучения на стоматологическом, педиатрическом и лечебном факультетах Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образова-

ния «Дальневосточный государственный медицинский университет». Предмет исследования – особенности формирования мотивации по освоению профессиональных компетенций будущих врачей. Гипотезой исследования стало предположение о том, что проблемы клинического мышления при формировании профессиональных компетенций у студентов стоматологического, педиатрического и лечебного факультетов имеет определенные различия, что отражается в последующем на результатах их реальной клинической практики.

Обсуждение результатов

Подготовка специалистов с высоким уровнем компетенций в любой отрасли человеческой деятельности формируется в рамках системы структурированных единым замыслом знаний о характере движущих сил и главных детерминант профессионализма. Их можно представить в виде объективных, связанные с реальной системой профессиональной деятельности и субъективных, таких как мотивы, интересы и компетентность. В последние десятилетия в связи с бурным развитием медицинской науки и практики, при переходе с доминирования стандартизированной к персонализированной медицины в производство медицинских услуг было внедрено огромное количество инновационных методов диагностики, лечения, компьютерной обработки данных и т.д. Очевидна высокая ценность использования самой современной и высокоточной медицинской техники для помощи врачу в диагностике и наблюдении за больным, изменениями

Управление качеством медицинской помощи В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко 5
Процесс формирования клинического мышления у будущих врачей и профессиональные...
в ходе течения того или иного заболевания. Однако это несколько не уменьшает значения формирования клинического мышления у будущих врачей, поскольку именно его уровень и определяет объем безошибочной клинической практики [8,11,34,46,47].

Оптимизация отечественной медицины привели к значительному сокращению числа больниц и поликлиник, кадровому дисбалансу отрасли, снижению уровня доступности, качества и безопасности медицинских услуг, а также к формированию потребительского экстремизма со стороны пациентов, что потребовало разработки методико-юридических и административно-процессуальных документов, которые обеспечивали бы равновесный регламент взаимоотношений врача и пациента в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи [3,17,25,26]. Ежегодно в России регистрируется более 150 тысяч обращений пациентов и их родственников, связанных с врачебными ошибками.

Только по данным следственного комитета России ежегодный рост числа таких дел составляет 24%, а количество дел, возбужденных против производителей медицинских услуг, возросло в 7 раз за последние 10 лет. В настоящее время ежегодно возбуждается не менее 2000 уголовных дел по медицинским ошибкам, а количество обращений граждан

при этом составляет не менее 6000 [19]. Согласно данным центра «Независимая медико-юридическая экспертиза», первое место по профессиональным ошибкам занимают стоматологи, второе – гинекологи, третье – врачи хирургических специальностей, а четвертое – врачи скорой медицинской помощи [24,30].

Проведенные нами в 2018-2020 гг. социологические опросы врачей различных специальностей в медицинских организациях Дальнего Востока России позволяют прийти к выводу, что по мнению 85,4% респондентов рост числа случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи связан с тем, что почти любое медицинское вмешательство является деятельностью, подпадающей под известное гражданскому праву понятие «источника повышенной опасности», как для пациента, так и для врача. И этот вывод находит объяснение врачей-клиницистов с двух основных позиций.

Во-первых, реакция конкретного человеческого организма на любое медицинское вмешательство (по крайней мере, на сегодняшнем этапе развития медицинской науки и практики) до конца непредсказуема [11,16,24].

Во-вторых, производство медицинских услуг является источником повышенной опасности ещё и потому, что может стать причиной ятрогении и причинять вред даже при безупречном поведении специалиста, производившего эту услугу [12,14,34].

Противоположную точку зрения высказывают оппоненты производителей медицинских услуг (юристы, работники прокуратуры,

следственного комитета, отдельные судебно-медицинские эксперты и др.). Они считают, что отечественная медицина остаётся единственной сферой общественных отношений, где нормы гражданского законодательства, всё ещё уступают место устаревшим отношениям, когда пациент находится в зависимом от производителей медицинских услуг положении, а «независимая медицинская экспертиза» в условиях реализации врачебных ошибок остаётся лишь теоретической предпосылкой [28,38]. По мнению оппонентов производителей медицинских услуг, «очевидным фактом» является то, что за причинением вреда здоровью пациента в результате медицинской ошибки стоят отклонения от стандартов производства медицинских услуг, а за каждой врачебной ошибкой – кроется профессиональное невежество, преступная халатность (хотя уголовных дел, связанных с причинением вреда здоровью, намного меньше, чем гражданских) [2,19,21,24].

Сегодня врачебная ошибка в обществе обрела негативную окраску и стала терять статус невиновного деяния даже в среде врачей [11,12]. В общественном мнении современной России, по сути, установлена презумпция вины врачей и медицинской организации. Общепринятая позиция: пациент в системе оказания медицинской помощи – уязвимое звено,

не обладающее специальными знаниями, а врач – носитель этих знаний – «должен», «ответственен». А поскольку врач и медицинская организация обязаны доказывать, что они добросовестно работают, а пациент автоматически освобождается от обязанностей относительно собственного здоровья, следовало ожидать рождения такого явления, как «пациентский экстремизм», который сформировался в большей мере в условиях внедрения рыночных принципов во взаимоотношения производителей и потребителей медицинских услуг. Производители медицинских услуг в современной России вынуждены вместо совершенствования технологий оказания доступной, качественной и безопасной медицинской помощи, совершенствовать технологии защиты от пациентов и их законных представителей. Дополняют тенденцию ухудшения взаимоотношений врача и пациента средства массовой информации, которые предвзято многие годы муссируют проблему «врачебных ошибок», как правило с позиции виновности производителей медицинских услуг во всех случаях неблагоприятного исхода [40,43]. Медицинское сообщество уже не в состоянии противодействовать складывающейся ситуации.

Пациенты воспринимают все просчеты и недоработки либеральных реформ отечественного здравоохранения, как личные проступки врачей, с которыми они контактируют непосредственно: «очереди в поликлиниках, плохое обеспечение стационарных больных, необходимость прибегать к платным услугам и

т.п.». Отсюда – усиление психологической нагрузки на врачей. Все это, в сочетании с традиционными рисками медицинской профессии дает право говорить о необходимости специальных мер по социальной защите медицинских работников, при этом следует различать правовую и социальную защиту – первая является составной частью второй [42].

По данным социологического опроса врачей медицинских организаций ДФО, более 76,3% респондентов указывают на то, что фактическая продолжительность их рабочего дня намного превышает нормативную, поскольку большинство работает на 1,5 и более ставок. Менее половины респондентов (38,1%) уверенно справляются с перегрузками, остальные указывают на то, что интенсивность их труда намного превышает их физиологические возможности. Более 90,4% испытывают чувство усталости после окончания рабочего дня. Доля врачей, которых устраивают действующие принципы оплаты труда и справедливость распределения вознаграждения за проделанную работу составляет всего 12,4% от числа опрошенных. Подробный анализ результатов социологических опросов практикующих врачей послужил основанием для заключения о том, что условия труда и уровень его оплаты позволяют отнести врачей ДФО к слабо за-

щищенной профессиональной группе населения.

Кроме того, анализ мнений респондентов об управлении системой производства медицинских услуг в медицинских организациях региона, показывает, что 86,4% указывают на то, что, по мере продвижения идеологии цифровизации, объем заполняемых ежедневно, еженедельно и ежемесячно электронных учетных форм растет как «снежный ком», что совсем не снижает объема бумажного документооборота. Число «контролеров» над производителями медицинских услуг, как внутри медицинских организаций, так и за их пределами (Минздрав, Фонд ОМС, СМО, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, Прокуратура и др.) значительно выросло, причем проверяющие («эксперты») требуют выдачи им на руки «бумажные копии» первичной медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты, операционные журналы и т.п.), с эвакуацией последних с территории медицинских организаций, что противоречит существующим правовым нормам.

Методологической, организационной и технико-технологической платформой широкого внедрения информатизации в здравоохранение в РФ является единая государственная информационная система в сфере здравоохранения – ЕГИСЗ. Однако нерешенных вопросов её внедрения немало. Среди них: кадровые вопросы, вопросы унификации, создания и массового распространения систем поддержки принятия решений, вопросы защи-

Управление качеством медицинской помощи В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко 8
Процесс формирования клинического мышления у будущих врачей и профессиональные...
ты персональной информации, вопросы развития телемедицины и многие другие. Все они заслуживают внимания и находятся в стадии решения, но до ощутимых результатов в практической медицине пока далеко.

В ходе либеральной модернизации отечественного здравоохранения и перспектив перехода на принципы персонализированной медицины возрастает роль высококвалифицированного специалиста, способного самостоятельно оказать необходимую помощь пациенту и принимать ответственные решения в условиях реализации высокого уровня риска [15]. Поскольку персонализированная медицина – это прежде всего интегральная медицина, которая включает в себя пять основных направлений действий («Медицина 5П»): предиктивная (предсказательная), предупредительная (профилактическая), партисипативная (активное участие пациента), персонализированная (индивидуальная) и прецизионная (точная, измеряемая), то внедрение принципов «Медицины 5П» требует перехода подготовки будущего врача от поддерживающего образования (ориентированного на подготовку профессионала к действиям в типичных ситуациях) к инновационному образованию (предполагающему становление специалиста с интегральными характеристиками профессионализма, необходимыми для ситуаций неопределен-

ности). В частности, в условиях персонализированной медицины современный специалист должен уметь использовать для принятия оптимальных клинических решений методы доказательной медицины, искусственного интеллекта, облачных технологий и т.п. [6,11,37,50,66].

Анализ потребности в специалистах для работы в условиях персонализированной медицины показывает, что важными характеристиками будущих врачей являются высокий уровень самостоятельности и личной внутренней мотивации при освоении принципов профессионального клинического мышления. Совершенствование клинического мышления будущего врача в условиях внедрения технологий персонализированной медицины следует активно внедрять в образовательный процесс, как на теоретических, так и на клинических кафедрах вузов. И, если в рамках реализации Федеральных образовательных стандартов третьего поколения (ФГОС-3), с учетом значительного отставания региональной медицинской науки и образования, не предусмотрено освоение студентами перспектив реализации искусственного интеллекта, геномных и постгеномных технологий, то технологии «Медицины 5-П» необходимо включать в программы обучения в виде селективных курсов, дополнительных внеаудиторных занятий, системного тренинга на инновационных симуляторах и т.п.

Современная медицинская школа должна позиционировать инновационный характер

Управление качеством медицинской помощи В.Г. Дьяченко, С.В. Дьяченко 9
Процесс формирования клинического мышления у будущих врачей и профессиональные...
содержания и методов обучения, стимулируя способности обучающихся создавать принципиально новые знания и технологии, а не только их механическое усвоение в процессе подготовки специалистов. Образовательный процесс должен формировать у студентов современное клиническое мышление [1,23,39,57]. Способы формирования профессионального врачебного мышления на клинических кафедрах могут быть различными от реализации принципов нарративной медицины, кончая принципами лабораторной медицины в рамках освоения инновационных диагностических и лечебных технологий. Кроме устной и письменной подготовки к занятиям, создания презентаций, решения задач, тестирования, дискуссий, деловых игр должна осуществляться работа с больными (курация, обоснование диагноза, составление плана обследования и лечения, написание учебной истории болезни и защита её содержания и выводов). Формирование и развитие клинического мышления начинается при изучении теоретических дисциплин, где преобладает чувственное познание путем опытов, экспериментов, анализа специальной литературы и т.п. Безусловно, клиническое мышление должно продолжаться совершенствоваться на последипломном этапе и в течение всей практической деятельности врача. В современных условиях это предполагает

реализовать через систему непрерывного медицинского образования [31,36].

Результаты опросов руководителей медицинских организаций в ДФО (фокус-группа работодателей) показали, что более 98,3% респондентов считают, что профессионально мотивированный специалист с высоким уровнем профессиональных компетенций и клинического мышления является гарантом обеспечения не только количественных, но и качественных характеристик результатов производства медицинских услуг, но для этого врачу необходимо создать соответствующие условия. К сожалению, 86,5% респондентов указали на достаточный уровень теоретической подготовки молодых специалистов и соответственно низкий уровень способности практического применения теоретических знаний – «знает, но применить не может».

С мнением работодателей коррелируют мнения 79,3% молодых специалистов (фокус-группа выпускников вузов), которые указывают на свою неготовность самостоятельно принимать решения по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации распространенных заболеваний. Более 56,9% из них указывают в качестве причины своей неготовности к самостоятельной работе – несовершенство процесса курации пациентов на клинических кафедрах в виде диспропорции между числом студентов и курируемых пациентов – когда с одним пациентом работает несколько студентов, а на одного преподавателя приходится от 8 до 12 студентов, несоответствие нозологиче-

ских форм курируемых пациентов тематике программ обучения, минимальное количество клинических разборов «у постели больного», формальное и зачастую бесконтрольное прохождение производственной практики на клинических базах вузов и т.п.

К сожалению, анализ представлений и ожиданий работодателей в отношении уровня профессиональной компетентности, личностных особенностей и этических установок молодых специалистов в условиях рынка труда здравоохранения ДФО не соответствует реальному положению дел. Причем ожидания работодателей относительно молодых специалистов, по нашему мнению, отнюдь не завышены и соответствуют теоретическим представлениям об уровне качества подготовки выпускников медицинских вузов, а вот ожидания молодых специалистов относительно будущего места работы, оплаты труда, отношений с коллегами, пациентами и т.п. – явно завышены. Причем по мнению специалистов и экспертов эти завышенные ожидания молодых специалистов по большей части связаны с представлениями о приоритете наличия «хорошего» диплома отечественного провинциального медицинского вуза на фоне врачебного диплома мигрантов из среднеазиатских республик бывшего СССР, тогда как работодатели больше всего заинтересованы в приори-

тете наличия достаточного уровня компетенций и практических навыков, а также опыта работы по специальности [33].

Недостаточный уровень профессиональных компетенций значительной части выпускников дальневосточных медицинских вузов связан с тем, что внедрению современных образовательных стандартов (ФГОС-3) не предшествовал системный анализ образовательной среды региона для оценки её достижений и недостатков. Остаётся только сожалеть о том, что в довольно узком кругу представителей управляющих структур и экспертов чаще всего обсуждаются технические и технологические стандарты высшей медицинской школы, а структурные стандарты (основные фонды и ресурсы) медицинских образовательных организаций выпадают из сферы их внимания. Кто-то может сказать, что это детали, однако именно в деталях и скрываются истинные причины провалов реформ медицинского образования последних десятилетий [9]. Практически все медицинские вузы ДФО, за исключением Дальневосточного федерального университета на острове Русском (Владивосток) не имеют собственных университетских клиник, устойчивого кадрового состава преподавателей с регулярной сменой поколений, изношенные основные фонды, устаревшее учебное оборудование и др. Именно в сложившейся ситуации следует обратиться к известному докладу Абрахама Флекснера о системном анализе медицинского образования в США и Канаде опубликованного ещё в 1910 г. Этот доклад

был сформирован на основании изучения образовательного процесса всех 155 медицинских школ этих государств. Проведенный анализ включал в себя 5 направлений: требования при поступлении, количество и подготовка преподавателей, финансовое состояние и цена обучения, качество учебных лабораторий, состояние клинического госпиталя. После его публикации медицинские школы этих государств были подвергнуты системным преобразованиям.

К сожалению, в современной России, кроме анализа дефектов в работе врачей, случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи, огромного числа проверок (экспертиз) связанных с доступностью, качеством и безопасностью производства медицинских услуг, противопоставления производителей и потребителей друг другу, ничего сделано не было. Между тем кадровый кризис отрасли здравоохранения ДФО только нарастал. Тем более, что в большинство провинциальных образовательных медицинских организаций на модернизацию образовательного процесса не было затрачено достаточных финансовых ресурсов, что только отрицательно повлияло на уровень качества профессиональной подготовки выпускников. Введение ЕГЭ, как монопольного механизма для получения доступа к медицинской профессии в силу ряда обстоятельств не позволяет

дальневосточным медицинским вузам отобрать молодых людей, внутренне готовых к освоению профессии врача [12]. Для этой категории молодежи, выпускников средних школ районов Крайнего Севера и сельских муниципальных поселений, где в последние годы были закрыты малокомплектные школы, а в оставшихся, сформировался хронический дефицит кадров учителей, что стало причиной низкого уровня выпускников этих школ по результатам ЕГЭ. В тоже время в Дальневосточном регионе (кроме Республики Саха(Якутия) большая часть молодых врачей, подготовленных за счет средств бюджета и по целевому набору, не заполняет вакантные должности специалистов государственных медицинских организаций системы первичной медико-санитарной помощи, трудоустриваясь в частном секторе производства медицинских услуг, в медицинских организациях третьего уровня или вообще покидают профессиональное медицинское сообщество.

К сожалению, в региональном здравоохранении большинство программных решений по кадрам принимается спонтанно, как отражение воли доминирующей политической группы, причем эти решения, по их мнению, базируются на анализе официальных статистических данных, их динамике, достоверности и многих других характеристиках, которые им приписываются. В реальной жизни, по нашему мнению, все как раз наоборот, именно официальная статистика здравоохранения, как раз и не отражает сути кадрового кризиса. Чи-

новники чаще всего оперирует данными по числу запланированных «штатных должностей» врачей и среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения вместо того, чтобы оперировать фактическими данными о числе «физических лиц» специалистов, занятых производством медицинских услуг и уровнем совместительства, а также результатами НИОКР посвященных социологии этой профессиональной группы [20].

Медицинское сообщество ДФО отличается немалой «жесткостью», социальное продвижение для молодых дальневосточников возможно только по одной из формализованных иерархических лестниц, ступить на которую может лишь обладатель университетского диплома, в частности диплома выпускника высшей медицинской школы. Обходные пути практически отсутствуют. По результатам коллективных интервью, проведенных нами в 2017-2020 гг. значительная часть работодателей, как государственных, так и негосударственных медицинских организаций ДФО высказали мнение о том, что существующая система подготовки врачей далека от совершенства. Однако, кроме общих претензий, как от работодателей, так и со стороны обучающихся к системе подготовки будущих врачей на стоматологическом, педиатрическом и лечебном факультетах региональных вузов (недостаточный уро-

вень коммуникативных навыков, эволюция от клинического мышления к общим стандартам, приоритизации лабораторно-инструментальных технологий над клиническими методами диагностики, принципов лабораторной медицины над принципами нарративной и др.) были выявлены определенные различия.

В частности, к подготовке выпускников стоматологических факультетов работодатели, исходя из требований профессионального стандарта врача-стоматолога утвержденного [приказом](#) Минтруда и СЗ РФ от 10 мая 2016 г. № 227н, высказывали следующие претензии: низкий уровень формирования клинического мышления у выпускников, изолированность и разобщенность в преподавании профильных стоматологических дисциплин, что в конечном итоге усложняет задачу молодых стоматологов составить и реализовать стандартный комплексный план производства стоматологических услуг для конкретного пациента, а также избежать случаев ненадлежащего оказания стоматологической помощи.

По мнению руководителей стоматологических организаций, неудовлетворительное материальное оснащение учебного процесса в университетских клиниках, в частности отсутствие компетенций по современным технологиям (дополненная и виртуальная реальность; телестоматология; компьютерное конструирование и 3D печать; интраоральная камера; регенеративная стоматология; технология CRISPR и др.) несмотря на то, что более 84%

студентов обучается за счёт личных средств, часть из которых должна обеспечивать модернизацию учебного процесса, приводит к формированию недостаточного уровня практической подготовки большинства выпускников стоматологических факультетов ДФО на фоне преобладания экономических (внешних) профессиональных мотиваций.

По данным опросов всего 56,8 % студентов имеют высокий уровень мотивации к овладению профессией современного врача-стоматолога. Тем не менее 23,6 % респондентов имеют академические задолженности за прошедший семестр и 64,2% – за текущий, лишь 69,8% студентов охвачены подготовкой на далеко не современных симуляторах. Однако более 95% выпускников стоматологических факультетов планируют свою будущую профессиональную деятельность исключительно в соответствии с полученной специальностью.

Между тем кадровый рынок региональной стоматологии выдвигает новые требования к высшей медицинской школе как социальному институту, который формирует заказ на качество профессиональной подготовки будущих врачей-стоматологов и роста мотиваций, как в среде преподавателей, так и студентов [4]. Увеличение потока выпускников стоматологических факультетов, не получивших практической подготовки в

интернатуре, вызвало снижение общего квалификационного уровня молодых врачей на рынке труда ДФО.

Студенты педиатрических факультетов, состоящие в основном из выпускников провинциальных школ и медицинских колледжей отдаленных северных и сельских муниципальных образований ДФО, имеющие невысокий образовательный ценз по данным ЕГЭ, представляют группу молодых людей, которые, поступая на педиатрический факультет, планируют получить диплом врача, но не планируют после окончания вуза работать по специальности врача-педиатра [10]. В отличие от претензий работодателей к подготовке выпускников стоматологических факультетов, к подготовке выпускников педиатрических факультетов были высказаны следующие замечания: недостаточный уровень клинического мышления, связанный с отсутствием знаний идеологии («Медицина 5П») и попытками трактовки индивидуальных вариантов физиологии развития и патологии конкретного ребенка с позиции рутинного стандарта. По мнению 68,2% руководителей медицинских организаций службы охраны матери и ребенка подавляющее большинство выпускников педиатрических факультетов не соответствуют требованиям профессионального стандарта, утвержденного приказом Минтруда и СЖ РФ от 27 марта 2017 г. N 306н «Врач-педиатр участковый».

В тоже время значительная часть студентов педиатрических факультетов (98,3%) обу-

чаются за счет средств федерального и региональных бюджетов. По данным опроса на неудовлетворительное материальное оснащение учебного процесса в университетских педиатрических клиниках указывает всего 6,8% респондентов. Только 1,6% выпускников высказывают претензии к организации учебного процесса и уровню квалификации преподавателей. Анализ мнений студентов педиатрического факультета относительно мотиваций к овладению профессиональным мастерством показывает, что уровень профессиональных компетенций у будущих врачей-педиатров формируется на фоне замещения внутренних (нематериальных стимулов к обучению и труду) на внешние (экономические стимулы). Отсюда следует, что всего 12,7% выпускников факультета имеют высокий уровень мотиваций к овладению профессиональным мастерством. Социологические опросы студентов старших курсов педиатрического факультета указывают на то, что 48,1 % из них имеют академические задолженности за прошедший семестр и 57,1% – за текущий, лишь 88,3% студентов охвачены подготовкой на симуляторах. И, наконец, только 8,7% выпускников педиатрического факультета связывают свою будущую профессиональную деятельность с оказанием медицинской помощи детям. Расширение реализации высоких технологий в отече-

ственной медицине предполагает повышение квалификации преподавательского корпуса медицинских вузов, которые смогли бы формировать конкурентоспособного специалиста. Принцип практического обучения «Делай как я» перестал отвечать современным требованиям. На передний план выходят симуляционные технологии обучения, которые дополняют традиционное обучение у постели больного.

Эффективность процесса формирования клинического мышления у будущего врача-лечебника заключается в достижении педагогического результата на основе разработанной модели подготовки профессионала. Процесс формирования клинического мышления включает единство побуждающих педагогических целей преподавателя и индивидуальных целей студента. Причем в рамках идеологии «Медицины 5П» необходимо учитывать общую клинико-содержательную направленность учебной и исследовательской деятельности молодого специалиста, взаимосвязь традиционных и нетрадиционных форм, методов и средств интегративной педагогической технологии подготовки врача-лечебника исходя из требований рынка труда. Именно такой подход позволит снизить риски формирования случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи.

По мнению 45,3% руководителей медицинских организаций ДФО значительная часть (56,7%) выпускников лечебных факультетов вузов не соответствуют требованиям профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-

терапевт участковый)», утвержденного приказом Минтруда и СЖ РФ от 21 марта 2017 г. N 293н и не готовы самостоятельно оказывать первичную медико-санитарную помощь взрослому населению в амбулаторных условиях, в том числе и на дому. А, если предположить, что основная часть выпускников лечебных факультетов дальневосточных вузов сегодня востребована в отдаленных северных и сельских поселениях ДФО, где имеется крайняя необходимость укомплектования медицинских организаций первичного уровня врачами общей (семейной практики), то число специалистов не готовых самостоятельно работать в особых условиях региона увеличивается в 1,5 раза. Ведь между профессиональными компетенциями врача-терапевта участкового и врача общей (семейной) практики – дистанция огромного размера.

Подавляющее большинство студентов лечебных факультетов (92,7%) обучаются за счет средств федерального и региональных бюджетов. По данным опроса на неудовлетворительное материальное оснащение учебного процесса на клинических базах указывает всего 14,6% респондентов. Всего 4,3% будущих участковых терапевтов высказывают претензии к организации учебного процесса и уровню квалификации преподавателей. Анализ мнений студентов лечебного факультета относительно мотиваций к

овладению профессиональными компетенциями, как и у будущих врачей-педиатров реализуется на фоне замещения внутренних (нематериальных стимулов к обучению и труду) на внешние (экономические стимулы). Однако, 65,3% выпускников факультета имеют высокий уровень мотиваций к овладению профессиональным мастерством. Что же относительно академических задолженностей студентов старших курсов лечебного факультета указывают на то, что 37,9 % из них имеют академические задолженности за прошедший семестр и 47,3% – за текущий, 94,2% студентов охвачены подготовкой на симуляторах. Значительная часть выпускников лечебного факультета (84,5%) связывают свою будущую профессиональную деятельность с клинической медициной.

Поэтому очевидно, что предотвращение врачебных ошибок – это внутренняя задача отечественной медицины. Само врачебное сообщество должно быть настроено на то, чтобы случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи становилось меньше. Практикующие врачи должны быть инициаторами этого запроса: они должны требовать от Правительства РФ модернизировать систему медицинского образования, требовать от администраторов качественное оборудование и медикаменты, достойную зарплату и снижение непосильных нагрузок на рабочих местах. Они должны требовать от профессионального сообщества следования рекомендациям современных клинических руководств, они должны

взять под контроль управление обеспечением доступности, качества и безопасности производства медицинских услуг и т.п. И только тогда можно ожидать, что число профессиональных ошибок будет снижаться. Это касается именно тех миллионов ошибок (системных или случайных) которые остаются незамеченными и производителями, и потребителями, но именно они определяют низкий в целом уровень отечественной медицины [11].

На этом фоне наблюдается рост числа жалоб, заявлений и обращений в управляющие структуры со стороны потребителей, что усугубляет напряжённость в сфере взаимоотношений врача и пациента [11,12,20]. По мнению председателя Следственного комитета РФ А.И. Бастрыкина: «... далеко не в каждом случае такого сообщения речь идет о преступлении. Граждане часто жалуются на волокиту, длительные сроки расследования и невозможность за это время установить, что же произошло на самом деле и есть ли вина медицинских работников. А для объективного разбирательства мы как раз и возбуждаем уголовные дела, в рамках которых тщательно проверяем следственным путем доводов потерпевших, скрупулезно выясняем все обстоятельства, чтобы сделать правильный вывод о виновности или невиновности медицинского персонала. И как показывает статистика, действительно, в большин-

стве случаев по таким происшествиям вины медицинских работников нет» [16].

Функционирование системы организации медицинской помощи населению в значительной мере зависит от профессиональной группы врачей, хотя не следует игнорировать значение иных профессиональных групп медицинских работников. Каждая профессиональная группа отличается уникальным сочетанием признаков, характеризующих её психологический, профессиональный и социально-экономический статус. При этом известно, что способность человека адаптироваться к резким переменам в окружающей среде, будь то перемены политические или экономические, физические или социальные, меняется с возрастом. Наибольшей способностью к адаптации обладают молодые люди, которые формируются в реальной социально-экономической среде с позиций профессиональных и мотивационных аспектов [18,54,60].

В современной России, начиная с научно-промышленного комплекса и заканчивая сферой духовности, обнаруживается потребность в воспитании профессиональных элит. Вопрос не ограничивается политиками, юристами, экономистами, учеными и представителями творческой богемы. Необходимо создавать промышленную, образовательную и медицинскую элиты. Но такая прослойка специалистов никогда не бывает достаточно широкой [27]. Профессиональная элита в медицине – это специалисты, задающие обществу образцы и высшие планки профессионализма, такие

как Ф.П. Гааз, Г.А. Захарьин, Н.И. Пиров, Н.В. Склифосовский, С.П. Боткин, С.С. Юдин, В.П. Филатов, В.Ф. Войно-Ясенецкий, Г.А. Илизаров и многие другие.

Однако, в отечественной медицине уже дано назрела смена поколений, когда на смену профессионалам, сформировавшимся в социально-экономических условиях социального государства – СССР, получавших бесплатное образование, медицинскую помощь, имевших высокий уровень социальных гарантий, приходит новое поколение врачей, психология социального поведения которых была сформирована в условиях либеральной экономики, рыночных отношений и основных ценностных характеристик, ориентированных на приоритет «золотого тельца» над этикой и моралью. На этом фоне, основной задачей управляющих структур современной России является формирование профессиональных компетенций современной когорты молодых врачей, которые бы приумножили достижения профессионалов старшего поколения за счет формирования профессиональной компетентности, включающую способность быть организатором и управлять процессом производства медицинских услуг, уметь координировать деятельность коллег; проявлять самостоятельность, инициативность и творческий подход при достижении по-

ставленных целей. Но в отличие от специалистов старшего поколения, современные молодые специалисты должны обладать индивидуальными качествами – способностью к самоорганизации и самоуправлению на основании психологической и коммуникативной компетенций, включающую стиль общения с пациентами; стиль общения с коллегами; стиль общения с администрацией; способность мотивирования, делегирования и стимулирования личностного роста [5,27].

По мнению управляющих структур, вхождение в международное образовательное пространство ускорит модернизацию отечественного медицинского образования в соответствии с мировыми стандартами: использованию инновационных технологий обучения и развитию соответствующей научной, материально-технической базы медицинских вузов; внедрению универсальных зачётных единиц (ECTS), кредитно-модульной и балльно-рейтинговой систем и др. Это позволит осуществлять принципиально новую подготовку молодых врачей, соответствующих современной информационной эпохе в десятке медицинских вузов страны, которые властные структуры определили, как «Научно-образовательные медицинские кластеры», подразумевая иной уровень финансирования, техническое обеспечение образовательного процесса и т.п., чем у всех остальных. Что же относительно Дальнего Востока России, то Минвостокразвития предлагает организовать медицинский кластер на острове Русском в

Приморье, распространив на него особый режим, который действует только в кластере в «Сколково». Что же относительно большинства медицинских вузов ДФО, то они и в обозримом будущем будут продолжать существовать «по остаточному принципу», что станет непреодолимым препятствием для выхода из кадрового кризиса провинциальной медицины.

Заключение

По мнению управляющих элит современной либеральной России, отечественное высшее медицинское образование является и эгалитарным, и элитарным одновременно. С одной стороны, Правительство и Минздрав РФ последовательно, сознательно и в целом, как им кажется, успешно проводит политику «равных возможностей» в доступе к высшему медицинскому образованию, опираясь на систему ЕГЭ. Но, чтобы иметь достаточный для поступления в медицинский вуз уровень ЕГЭ, средне-статистической семье абитуриента необходимо истратить «кругленькую сумму» на репетиторов, а уж последующие успехи целиком зависят от работоспособности и таланта самого студента, а не только от финансовых возможностей его семьи. То есть реальное высшее медицинское образование в современной России в значительной мере элитарно, и демонстрирует признаки эгалитарности лишь на словах, в предвыборных обещаниях

депутатов и прочих бессмысленных декларациях чиновников разного уровня.

В медицинские вузы необходимо привлекать молодых людей выходцев не только из социальных элит, а и способных и мотивированных индивидов, для которых духовный облик и стремление помогать людям важнее общественного и экономического положения. Элитное образование должно обеспечивать этим молодым людям условия, чтобы самосовершенствование и вертикальная мобильность происходили на адекватном уровне. Если этого не сделать, то реформированное медицинское образование вызовет рост несправедливости, как в политическом, так в экономическом и нравственном плане.

С начала 2020 года отечественная медицина проходит испытание пандемией коронавирусной инфекцией «COVID-19». Сразу стали очевидными отрицательные результаты провальных реформ отечественной медицины последнего десятилетия – дефицит коек, количественная и качественная стагнация подготовки кадров, недостаточный уровень обеспеченности существующих больниц медицинским оборудованием и т.п. Пандемия «COVID-19» протекает на фоне растерянности населения, которая обусловлена, в частности, ощущением полной незащитности в связи крушением принципов социальной медицины и намеренным превращением врачей в поставщиков, а больных – в потребителей медицинских услуг. Врачи, которых в течение последних лет обязывали работать по жестким ин-

струкциям и протоколам, по медико-экономическим стандартам, у которых почти полностью заблокировали использование принципов клинического мышления, в условиях неопределенности при оказании медицинской помощи с малоизвестным заболеванием, оказались в неординарной ситуации и действовали по временным инструкциям специалистов Минздрава РФ, которые обновлялись с начала 2020 г. несколько раз. Уровень дефектов работы в условиях неопределенности можно будет оценить только по результатам текущего года. Сегодня становится понятным мнение о том, что, если в отечественную медицину не вернуться ее творческая и гуманистическая составляющие, критические ситуации, устрашающих вирусных пандемий подобных «COVID-19», будут повторяться.

Список литературы

1. Абаев, Ю. К. Клиническое мышление: учеб.-метод. пособие / Ю. К. Абаев. – Минск: БГМУ, 2008. – 60 с.
2. Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Очирова М.А. и др. «Врачебные дела» в уголовном процессе // Медицинское право. 2014. № 3. С. 33-34.
3. Баринов Е.Х., Сундуков Д.В. Анализ врачебных ошибок в медицинской практике // Общая реаниматология. 2012. Т. VIII. № 2. С. 79-80.
4. Галеса С.А., Галеса С.С. Обоснование стратегии реформирования первичной стоматологической помощи жителям Хабаровского края в условиях рынка. Здоровоохранение Дальнего Востока, 2016. -N 1 - С.18-25.
5. Гольменко А.Д., Ильин В.П., Хаптанова В.А., Выговский Е.Л. Концептуальные подходы к оценке профессионально значимых личностных качеств медицинского работника. Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2016, № 6. С. 28-30.
6. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины: пер. с английского (под редакцией И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова). 3-е изд. «Гэотар Медиа». Москва. 2008.
7. Давыдовский И.В. Врачебная ошибка // Советская медицина. – 1941. – С. 3.
8. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. Издательский центр ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава; 2007. 596 с.
9. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А., Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса. / Под. ред. проф. В.Г. Дьяченко. - Хабаровск: Изд. ГОУ ВПО ДВГМУ, 2012. - 408 с.
10. Дьяченко В.Г. О перспективах формирования профессиональных планов будущих врачей. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. Электронный журнал: 2016.-N 1.- С.4-11.
11. Дьяченко С.В. Экспертиза ятрогении: монография / С. В. Дьяченко, А. И. Авдеев, В. Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во «Лидер», 2015. – 660 с.

12. Дьяченко С.В. Пациент, врач и рынок: /С.В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ. 2018. – 486 с.
13. Кадыров Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении в рамках введения эффективного контракта / Кадыров Ф.Н. [и др.]. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. 360 с.
14. Кактурский Л.В., Зайратьянц О.В. Клинико-анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи. Судебная медицина. 2019;5(2):4-10.
<https://doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-2-4-10>
15. Калинин С.Ю. Болезни цивилизации XXI века: во всем ли виноваты только гены? Новая модель медицины: медицина 5П – медицина эффективной профилактики и терапии. Вопросы диетологии, 2017, том 7, N1, с. 5–9
16. Козлова Н., Петров И. «В большинстве дел о врачебных ошибках вины медработников нет». Российская газета 14.01. 2020. URL: <https://rg.ru/2020/01/14/bastrykin-v-bolshinstve-del-o-vrachebnyh-oshibkah-viny-medrabotnikov-net.html> (дата обращения 09.07.2020)
17. Кравчик Д.Э., Хомякова А.В. Судебно-медицинская экспертиза по «врачебным» делам //Актуальные проблемы юридической науки: теория и практика. Сборник материалов XV международной научно-практической конференции. 2015. С. 73-74.
18. Ланьков А.Н. Как устроен корейский университет [Электронный ресурс] // Globus [сайт]. 2004-2008. URL: <http://www.e-globus.ru/info/437.html...>
19. Ласковец Е.А. Как бороться с ошибками врачей? rospravomed.ru, 2019. URL: <https://rospravomed.ru/otrasl-prava/meditsinskoe-pravo/vrachebnaya-oshibka/kak-borotsya-s-oshibkami-vrachej-v-2019-godu/> (Дата обращения 09.07.2020)
20. Литвинцева С.А., Дьяченко В.Г., Литвинцева Г.А. Генезис социологических представлений о мотивации профессиональной деятельности медицинских работников. Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. Электронный журнал. 2019.- N2. URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20192/2019202.aspx>
21. Лопатина Т.М. Профессиональная ошибка в условиях функционирования цифровой медицины // Российское право: Образование. Практика. Наука. 2019. №5 (113). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-oshibka-v-usloviyah-funktsionirovaniya-tsifrovoy-mediciny> (дата обращения: 09.07.2020).

22. Махамбетчин М.М. О врачебных ошибках // Здравоохранение РФ. 2018. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-vrachebnyh-oshibkah> (дата обращения: 28.06.2020)
23. Мингаирова А.Г., Павлинова Е.Б., Власенко Н.Ю. и др. Клиническое мышление: проблемы формирования и возможности развития // Медицинский альманах. 2017. №2 (47). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskoe-myshlenie-problemy-formirovaniya-i-vozmozhnosti-razvitiya> (дата обращения: 10.07.2020).
24. Невзгодина Е.Л. Юридическая квалификация медицинской ошибки и её правовые последствия // Вестник ОмГУ. Серия. Право. 2015. №2 (43). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/yuridicheskaya-kvalifikatsiya-meditsinskoj-oshibki-i-eyo-pravovye-posledstviya> (дата обращения: 09.07.2020).
25. Нестеров А.В. От врачебной эрологии – к профессиональным нарушениям медицинских работников/ Нестеров А.В. // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. — Хабаровск, 2019 — №18. — С. 157-169.
26. Нестеров А.В., Кирик Ю.В., Иванкин М.П. Качество производства судебно-медицинской экспертизы при не-
- надлежащем оказании медицинской помощи со смертельным исходом. // Дальневосточный медицинский журнал. 2018. №2.
27. Ореховская Н.А. Эгалитарность или элитарность университетского образования: каков тренд эпохи глобализации? // КПЖ. 2019. №1 (132). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/egalitarnost-ili-elitarnost-universitetskogo-obrazovaniya-kakov-trend-epohi-globalizatsii> (дата обращения: 18.07.2020).
28. Павлова, Ю. В. Проблемы реализации правового статуса медицинских работников / Ю. В. Павлова. – Текст // Молодой ученый. – 2019. – № 22 (260). - С. 341-343.
29. Пальчун В.Т. Врачебные ошибки - классификация и предупреждение / В.Т. Пальчун // Вестник оториноларингологии. — 2008. — № 1. — С. 1-8.
30. Поцелуев Е. Л., Горбунов А.Е. Медицинская ошибка и преступление: равнозначные понятия? // Наука. Общество. Государство. 2017. №1 (17). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-oshibka-i-prestuplenie-ravnoznachnye-ponyatiya> (дата обращения: 09.07.2020).
31. Ражина Н.Ю., Вяльцин А.С. Развитие мыслительных операций как условие формирования клинического мышления у будущих врачей // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5.;

32. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=14986> (дата обращения: 11.07.2020). Высшей школы экономики, 2017. Кн. 4. С. 268-278.
33. Реан А.А. Психология личности / А.А. Реан. - СПб.: Питер, 2013. - 288 с.
34. Решетников А.В., Присяжная Н.В., Павлов С.В., Морозов А.П., Петров М.А., Кутакова Ю.Ю., Морозов П.Н., Лакунин К.Ю. Молодой медицинский специалист на рынке труда: ожидания работодателей // Социология медицины. 2017. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/molodou-meditsinskiy-spetsialist-na-rynke-truda-ozhidaniya-rabotodateley> (дата обращения: 14.07.2020).
35. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующего врача. – М., 1994. – 148с.
36. Сысоева О.В. Психологические особенности ответственности врача в зависимости от этапа профессионализации. Автореф. Дисс. К.п.н. Казань. РГБ. 2007. 28 с.
37. Темницкий А.Л. Структура и динамика определяющих мотивов труда врачей // XVII Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества [Текст]: в 4 кн. / отв. ред. Е. Г. Ясин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом
38. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины. М., Медиа Сфера, 1998. 352 с.
39. Флоря В.Н. Судебно-медицинская экспертиза по делам о «врачебных преступлениях» // Медицинское право. 2009. № 2. С. 37-42.
40. Хьюз Э.Ч. Изготовление врача. Журнал исследований социальной политики. 2009. Т. 7. № 3. С. 313-326.
41. Челноков В.С., Ильина Е.В. Судебно-медицинские аспекты оценки деятельности медицинских работников // Верхневолжский медицинский журнал. 2014. № 4. С. 36-38.
42. Шарабчиев Ю. Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2013. №6
43. Шкарин В.В., Толкунов В.И, Гребенюк М.О. Роль государства в социальной защите врачей // Вестник Евразийской Академии административных наук 2010. №2-0,4 пл.
44. Barger L.K., Ayas N.T., Cade B.E., Cronin J.W., Rosner B. et al. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. PLoSMed. 2006; 3 (12):

45. Cruess S.J., Cruess R.L. Professionalism for medicine: opportunities and obligations// Medical Journal of Australia. – 2002. – Vol. 177 (4). – P. 208-211
46. Egan EA. The role of ethics and ethics services in patient safety. In: Youngberg BJ, Hatlie M, editors. The patient safety handbook. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2004. pp. 487–99.
47. Crigger N. Two models of mistake-making in professional practice: moving out of the closet. Nurs Philos. 2005;6:11–8.
48. Han Jason, La Marra Denise, Vapiwala Neha. Applying lessons from social psychology to transform the culture of error disclosure. Medical Education, 2017; DOI: 10.1111/medu.13345
49. Henry LL. Disclosure of medical errors: ethical considerations for the development of a facility policy and organizational culture change. Policy Politics & Nurs Pract. 2005;6(2):127–34.
50. Hughes E.C. The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems // Human Organization. 1956. Vol. 14. № 4. P. 21–25.
51. Jameson, J. L., Lonngo, D. L. Precision Medicine - Personalized, Problematic, and Promising // N Engl. J Med 2015; 372. P. 2229-2234.
52. Krueger R.A. Developing Questions for Focus Groups: Focus Group Kit. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. Vol. 3.
53. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324:377–84
54. Leape LL. The preventability of medical injury. In: Bogner MS, editor. Human error in medicine. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1994. pp. 13–25.
55. Lee R.M.K.W., Chiu-Yin Kwan (1997) The Use of Problem Based Learning in Medical Education. J MED Education. Vol. 1. No. 2, pp. 1499157. URL: http://fhs.mcmaster.ca/mdprog/documents/Use_of_PBL_Article.pdf
56. Marinopoulos SS et al. Effectiveness of continuing medical education. Evidence Report/Technology Assessment, 2007, 149:1–69.
57. Merton R. (1987) The Focused Interview and Focus Groups: Continuities and Discontinuities. Public Opinion Quarterly. Vol. 51. No. 4. P. 550—556.
58. Montgomery K. How doctors think. Clinical judgment and the practice of medicine. The Misdescription of Medicine. Oxford. 2006. P. 33-37. URL:<http://www.ohsu.edu/xd/education/schools/school-of-medicine/>
59. Ries Eric. The lean startup: how today's entrepreneurs use continuous innovation to create radically successful businesses. Crown Publishing. 2011, 336 p.

60. Roco M., Bainbridge W. (eds). *Converging Technologies for Improving Human Performance: Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science*. Arlington, 2004.
61. Shields M., Shields M. Working with Generation X Physicians. // *Physician Exec.* -2003. -N.29. -p. 14-18.
62. Weissman JS, Annas CL, Epstein AM, et al. Error reporting and disclosure systems: views from hospital leaders. *JAMA*. 2005;293:1359–66.
63. Wright B.E. Pulling the levers: Transformational Leadership, Public Service Motivation, and Mission Valence // *Public Administration Review*. 2012. Vol.72, № 2. P. 171-316.
64. Yao XH, Li TY et al. The pathological report of three COVID-19 cases by minimally invasive autopsies. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2020 Mar 15;49(0):E009. doi: 10.3760/cma.j.cn112151-20200312-00193. [Epub ahead of print] Chinese
65. Yongngberg, B. *Essentials of Hospital Risk Management* / B. Yongngberg. – Rock-ville, 1990. – 286 p.
66. Zhang J., Patel V.L., Johnson T.R. Medical error: Is the solution medical or cognitive? *J. Am. Med. Inform. Assoc.* 2006; 6 (Suppl.): 75—7.
67. Zhang F.L., Li W. Precision medicine and nanomedicine: two essential and interdependent elements in precision therapy. *Academic Journal of Second Military Medical University*. 2017. T. 38. № 6. С. 689-698
68. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054–62.
- 69.