сказано нами выше, минимизировать эти риски, и устранить негативные последствия, если это имело место быть.

1. Гражданский кодекс Российской Федерации от 21 октября 1994 г. N 51-ФЗ // Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации ст. 157 ГК
2. Мейер Д.И. Русское гражданское право. М., 1997. // с. 188 // Учебник русского гражданского права. М., 1995.
3. Крашенинников Е.А. Указ. соч. С. 5 // Юрид. зап. ЯрГУ им. П.Г. Демидова. Ярославль, 1999
4. Гражданское право. Общая часть: учебник: в 4 т. // В.С. Ем, Н.В. Козлова, С.М. Корнеев и др.; под ред. Е.А. Суханова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Волтерс Клувер, 2008. – Т. 1. – 736 с.
5. Проблема риска в гражданском праве. Часть общая / Ойгензихт В.А. - Душанбе: Ирфон, 1972. - 77 с

Симонян Р.З., Осипенкова Е.С.

**Социальный конфликт «врач — пациент» в современном российском обществе:
объективные причины и субъективные факторы**

*ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России
(Россия, Курск)*

doi: 10.18411/lj-06-2021-243

Аннотация

Данная статья посвящена одной из наиболее актуальных и сложных проблем современного российского общества — конфликту врача и пациента. Мы рассмотрим объективные причины и субъективные факторы возникновения этого конфликта в условиях модернизации здравоохранения и медицинского обслуживания населения. К объективным причинам в первую очередь относится несовершенство нормативной базы в области здравоохранения, низкая заработная плата медицинских работников, недоступность бесплатной медицины, а появление альтернативы - платные медицинские учреждения, что является не совсем удобным для населения. Субъективные факторы конфликта можно связать непосредственно со спецификой профессии врача, главную роль занимает низкая мотивация труда врача, следовательно, и малая заинтересованность в лечении пациента. Из-за нехватки кадров нет должного контроля за работой медицинских учреждений. Большую роль в конфликтах стали играть «врачебные ошибки» из-за которых врачи теряют немало пациентов, либо по незнанию, либо из-за непригодного для лечения оборудования. В заключении рассмотрим меры профилактики по снижению социального конфликта «врач-пациент» и как же все-таки гармонизировать их взаимоотношения.

Ключевые слова: Здоровье, социальные связи и отношения, социальный конфликт, конфликт «врач — пациент», объективные и субъективные факторы, медицинское право, медицинская этика и деонтология, профессиональная деформация личности врача, медицинская ошибка, нанесение вреда здоровью.

Abstract

This article is devoted to one of the most pressing and complex problems of modern Russian society - the conflict between a doctor and a patient. We will consider the objective causes and subjective factors of this conflict in the context of modernization of healthcare and medical services for the population. Objective reasons, first of all, include the imperfection of the regulatory framework in the field of health care, low salaries of medical workers, the inaccessibility of free medicine, and the emergence of an alternative - paid medical institutions, which is not entirely convenient for the population. The subjective factors of the conflict can be directly related to the specifics of the doctor's profession, the main role is

played by the low motivation of the doctor's work, and therefore, little interest in the patient's treatment. Due to the lack of personnel, there is no proper control over the work of medical institutions. "Medical errors" have begun to play an important role in conflicts, due to which doctors lose many patients, either through ignorance or because of equipment unsuitable for treatment. In conclusion, we will consider preventive measures to reduce the social conflict "doctor-patient" and how, after all, to harmonize their relationship.

Keywords: Health, social connections and relationships, social conflict, conflict "doctor - patient", objective and subjective factors, medical law, medical ethics and deontology, professional deformation of the doctor's personality, medical error, harm to health.

Конфликт - наиболее острый способ решения проблем, возникающих в процессе взаимодействия субъектов конфликта, которые обычно протекают с негативными эмоциями. Конфликты в сфере здравоохранения становятся все более острой проблемой в российском обществе и привлекают внимание представителей различных направлений: философии, права, психологии, социологии, медицины, а также социологии медицины.

Важным моментом осознания социальных взаимодействий врача и пациента является неудовлетворенность общества профессиональными навыками и оказанием медицинской помощи, выражающаяся в большом количестве жалоб на медицинский персонал. На сегодняшний день врачи и общественность противостоят друг другу, тем самым социальный конфликт «врач-пациент» приобретает общенациональный характер. Как и любой социальный конфликт, социальный конфликт «врач — пациент» в современном российском обществе обусловлен объективными и субъективными факторами. Объективные факторы носят внешний характер по отношению к непосредственной реализации профессиональной врачебной деятельности. К ним относятся: несовершенство нормативной базы в области здравоохранения, низкий уровень знаний у медицинских работников, недоступность бесплатной медицины, а появление альтернативы - платные медицинские учреждения, что является не совсем удобным для населения, деятельность СМИ носит негативный характер, которая только усугубляет конфликтное противостояние. Субъективные факторы конфликта можно связать непосредственно со спецификой профессии врача, главную роль занимает низкая мотивация труда врача, следовательно, и малая заинтересованность в лечении пациента, искажение профессионального сознания врача, из-за нехватки кадров нет должного контроля за работой медицинских учреждений. Большую роль в конфликтах стали играть «врачебные ошибки» из-за которых врачи теряют немало пациентов, либо по незнанию, либо из-за непригодного для лечения оборудования [16].

Вопросы о правах врача и пациента остаются открытыми, ведь защитить интересы медицинского работника могут всего лишь 5 статей (в части Трудового и Гражданского кодекса), в это же время правам пациентов и обязанностям медицинских работников посвящено 17 статей закона об основах охраны здоровья граждан в РФ, за нарушение которых предусмотрены различные формы ответственности — административная, дисциплинарная, гражданско-правовая, уголовная. Следовательно, права и ответственность должны быть в равном соотношении, как для врача, так и для пациента, но пока такого нет. Профессия врача подразумевает собой невероятный труд, вносят большой вклад в развитие медицины, делая ее проще и доступнее. Врачи подвергаются огромному стрессу, при этом должны работать в тяжелых и вредных условиях. Меры по повышению оплаты труда врачей в качестве дополнения к имеющемуся медицинскому стажу и по внесению дополнительных выплат за вредные и опасные условия труда являются незначительными и не соответствуют физическим затратам, связанным с потерей здоровья во вредных и опасных условиях труда [15]. С другой стороны, проблемы, которые сохраняются на протяжении многих лет,

законодательство об охране здоровья граждан, которое не приведено в стройную систему [9]. Так, например, вопрос юридической ответственности за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей врачей является наиболее важным и актуальным в современной России, где здравоохранение является предметом жалоб пациентов. Так, ненадлежащее оказание медицинской помощи, низкий профессиональный уровень врачей на фоне роста юридической грамотности населения привели к повышению активности пациентов в области защиты собственных прав. В частности, увеличилось число жалоб пациентов в различные надзорные инстанции, Следственный комитет, Минздрав РФ, Росздравнадзор РФ, а также и исковые обращения в суды.

Специфика правовых коллизий в области нарушения прав пациентов обусловлена тем, что медицинская организация и соответствующие эксперты и эксперты используют специальную медицинскую терминологию, которая не всегда понятна другим участникам судебного процесса [10]. Еще одна причина проигранного судебного разбирательства заключается в том, что не все пациенты, при обращении в суд, могут воспользоваться дорогостоящими услугами адвоката. Таким образом, в связи с особым состоянием практической зависимости пациента от врача, который доверяет свое здоровье, правовое обеспечение оказания медицинской помощи должно быть направлено в первую очередь на своевременное, четкое и последовательное соблюдение врачом прав пациента [5]. Медицинское законодательство должно быть достаточно четким и корректным, для определения таких понятий, как «несчастный случай в медицине», «ятрогенная», «обоснованный медицинский риск», «непрогнозируемый отрицательный результат» и ряд других. Именно к таким категориям апеллируют представители медицинской профессии в качестве оснований, дающих исполнителю медицинской услуги «право» избежать ответственности перед пациентом за непредсказуемый и неблагоприятный исход медицинского вмешательства. Не менее важным и существенным моментом является то, что политику и законодательство в области здравоохранения не могут разрабатывать и осуществлять без наличия специальных знаний и дискуссий, без должного учета этических вопросов. Это способствует установлению приоритетов и принятию обоснованных решений по внедрению дополнительных медицинских услуг, конкурирующих видов услуг, дорогостоящего продления медицинскими средствами жизни безнадежно больных пациентов, а также организация медицинских мероприятий с использованием современных медицинских технологий [3].

Серьезной причиной конфликта в социальной системе «врач–пациент» служит нарушение процесса социального взаимодействия, кризис моральных ценностей и обесценивание этических норм поведения человека. Таким образом, до сих пор нет правовых норм, которые бы возлагали на врача ответственность за нарушение норм этики и деонтологии, а моральное недоверие не интересует современных людей. Действительно, как уже было частично сказано выше, статус пациента предоставляет определенные права, вытекающие из общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека, регулируемые при получении медицинской помощи или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении больных людей. Кроме того, наблюдается сокращение потенциала здравоохранения, объемов общедоступной и бесплатной медицинской помощи. В настоящее время, бесплатные медицинские услуги, гарантированные государством, неправомерно подменяются платными медицинскими услугами. Эти проблемы во многом обусловили дисфункцию данного института, которая нашла отражение в его коммерциализации, вызвав серьезное общественное недовольство. В связи с этим не обеспечивается в полной мере правильность выбора граждан между платной и бесплатной медицинской помощью, что создает предпосылки для замещения бесплатных услуг платными. При этом рыночная конкуренция в сфере

здравоохранения связана с рисками и неопределенностью в отношении качества оказания медицинской помощи населению, поскольку движущей силой становится привлечение денежных средств, а не результативность самой услуги [2].

Проблема конфликта между врачами и пациентами усугубляется дисбалансом системы управления в медицинских учреждениях. В системе социального управления медицинской организацией важное место занимает иерархия управления с разграничением компетенций. В частности, хорошо организованная иерархия социального и правового управления способна интегрировать все внутренние импульсы напряжения между взаимоотношениями врача и пациента, чтобы предоставить информацию о зарождающемся конфликте руководителю медицинского учреждения. Тогда в текущем конфликте руководитель медицинской организации может не только проконтролировать процесс конфликта, но и предложить возможность мирного урегулирования, выступая в качестве посредника, как человек имеющий властные полномочия, так и в качестве лица, наиболее заинтересованного в разрешении конфликта. Однако, положение некоторых руководителей медицинских организаций весьма неопределенно или даже противоречиво, что не предполагает творческой деятельности по уменьшению конфликтов в медицинском учреждении. В последние годы в России ослаблен контроль не только со стороны государства, но и со стороны руководителей медицинских организаций, которые обеспечивают учреждения здравоохранения страны достаточным количеством квалифицированных специалистов. Известно, что современный российский институт образования переживает кризис, связанный с влиянием на него других социальных систем (демографической, экономической, политической, духовной), так и с состоянием сознания современного человека. Если в прошлом система образования готовила людей к устоявшимся универсальным и профессиональным ролям, которые долгое время не менялись, то сегодня молодые люди в сфере образования обращают свой взор на деятельность, которая тесно связана с «бизнесом» или иным путем зарабатывания денег, иногда не совсем легально. Эта проблема также становится все более серьезной, поскольку престиж университетов значительно снизился в общественном сознании, таким образом, население перенимает «плоды» подготовки неквалифицированных специалистов в различных областях. Особую озабоченность вызывает низкое качество медицинского образования, предоставляемого большинством университетов. К сожалению, недостаточный уровень подготовки выпускников медицинских вузов не всегда компенсируется на уровне последиplomной подготовки. Врач - молодой специалист, профессионально не готовый к самостоятельной клинической деятельности, в результате чего оказываются некачественные медицинские услуги, на фоне которых возникает социальный конфликт. До сих пор в нормативно-методическом плане отсутствуют правила по технологии самостоятельной подготовки врачей, учету и контролю качества внеурочной деятельности [4].

В последние десятилетия медицина серьезно страдает от несправедливой и недостоверной пропаганды СМИ, в результате которой нивелируется авторитет и понижается статус врача в обществе. Также невозможно не учитывать потенциальный риск для жизни и здоровья людей при опрометчивом внедрении БАД в медицинскую практику, размещаемых в средствах массовой информации в качестве средства от определенных заболеваний. На фоне общего недоверия к медицине пациент начинает заниматься самолечением.

Изменения в социально-экономической сфере российского общества и развитие технологического развития изменили содержание работы доктора. Подход к работе врача определяется в современных условиях факторами, формирующими его, которые определяются социальной значимостью профессии и осознанием пользы своего труда на благо общества. Таким образом, разница между вкладом врача и недооценка обществом степени сложности его работы заключается лишь в нескольких факторах,

которые приводят к профессиональному эмоциональному истощению. За последние несколько десятилетий низкая мотивация работы врача вообще не стимулировала его к труду, а только снижала его самооценку, тем самым снижая престиж профессии. Противоречие в финансовой сфере, когда не учитываются физические и психологические трудовые затраты врачей, а высокий социальный статус врача заставляет медицинских работников удовлетворить свои материальные интересы незаконными средствами. В связи с этим возникает так называемый феномен незаинтересованности врача в исцелении пациента. Даже лучшая клиника с самым современным оборудованием не может гарантировать эффективное лечение без квалифицированных специалистов, без их моральной позиции в отношении больного.

Сохранение и улучшение здоровья населения находится в руках врача. Лечащий врач является независимой, главной фигурой в диагностике пациента, в проведении лечения, иногда в решении вопросов жизни и смерти. Любое взаимодействие с врачом – это активное вмешательство не только в физическое (здоровье) и социальную сферу, но и в духовную жизнь пациента. Врач ежедневно вмешивается в жизнь человека и часто несет за это ответственность. Личность врача чрезвычайно важна для пациентов, нуждающихся в помощи. Чтобы с честью нести возлагаемую на врача обществом высокую ответственность, врач должен быть не только профессионалом, но и морально ответственным человеком, потому что нравственность – это сущность медицины. В последние десятилетия основные силы государства в здравоохранении сосредоточены на совершенствовании механизма финансирования, обеспечении клиник новым медицинским оборудованием. В течение многих лет организация медицинской помощи, этика и деонтология, гуманистические и универсальные медицинские принципы оставались неохранными и неконтролируемыми государством. Конечно, современное здравоохранение нуждается в достойном финансировании и новом высокотехнологичном оборудовании, но без квалифицированного врача это не имеет смысла [14].

Однако медицинское сообщество плохо реагирует на быстро меняющуюся правовую базу и изменившуюся правовую грамотность пациентов [12]. К сожалению, даже после возбуждения уголовного дела врачи не всегда задумываются о том, что может случиться с ними в будущем. Если вина врача будет установлена, нет необходимости лишать его свободы. Уголовное законодательство также предусматривает другие виды наказаний, такие как материальная компенсация за восстановление здоровья (иногда пожизненно) или лишение права на профессиональную медицинскую деятельность и исправительные работы. Однако наказание врача, даже на первый взгляд с назначением самого безобидного наказания, по сравнению с лишением свободы, всегда имеет последствия для него. Иногда эти последствия могут быть необратимыми для врача, и он никогда не сможет вернуться к своей профессиональной деятельности. На самом деле случаи, когда медицинские работники наносят вред здоровью пациента, вызывают такой большой резонанс в обществе, что это приводит к тому, что многие юристы ставят под сомнение возможность достижения социальной справедливости путем применения норм действующего уголовного законодательства к правонарушителям [13]. Трудность установления объективной истины о профессиональных преступлениях, совершенных медицинскими работниками, усугубляется отсутствием юридически обоснованного определения понятия преступления, что в свою очередь приводит к отсутствию законодательно закреплённого предмета доказательной медицины [17].

Проблема профессиональных ошибок врачей и недостатков в оказании медицинской помощи остается очень актуальной. Следует отметить, что «врачебная ошибка» – это не юридический термин, а общемедицинский, ставший общепринятым, вошедший затем в медицинскую энциклопедию, монографию, а также в другую научную литературу. Правосудие не знакомо с этим видом преступлений и не

использует это понятие. Поскольку термин «врачебная ошибка» безучастным в законодательстве, он заменен единым термином «дефект в оказании медицинской помощи», который имеет юридическую силу [11]. Медицинская деятельность не может полностью исключить риск ошибок в лечебно-диагностическом процессе, даже если врач сделал все, что в его силах, чтобы спасти жизнь и здоровье пациента. На результаты профессиональной деятельности врача влияет, в частности, личность пациента – анатомическое строение, не только физические, но и личностные характеристики. Следует согласиться с тем, что «врач может стать полноценным выразителем идей и принципов только в том обществе, где болезни людей перестают быть источником материального благополучия и обогащения медиков» [8].

На самом деле существуют субъективные и объективные причины, которые приводят к ошибкам в оказании медицинской помощи. Таким образом, неблагоприятный результат лечения может быть связан со стечением обстоятельств, неожиданной реакцией организма пациента, а также другими непредсказуемыми факторами, состоянием крайней необходимости, когда врач, спасая жизнь пациента, действует максимально быстро и буквально в считанные секунды выполняются все жизненно необходимые мероприятия. С одной стороны, пациенты и их родственники, а также адвокаты и следователи не понимают, что у врача практически во всех случаях существует риск негативных последствий, которые могут привести к ухудшению здоровья пациента. С другой стороны, все признают, что, несмотря на успехи медицины, безошибочная работа врачей теоретически невозможна. В связи с этим необходим сбалансированный подход к правовому регулированию медицинской деятельности и четкий подход к правовой квалификации ошибочных действий врачей [7].

Существует и другой аспект проблемы некачественной медицинской помощи, ненадлежащих действий врачей, когда ошибки в оказании медицинской помощи, связанные с недостаточными юридическими знаниями медицинских работников, а иногда и с их безответственностью. Иногда врачи, которые проявляют преступную халатность и не умеют предвидеть возможные общественно опасные последствия своих действий (хотя они были обязаны и могли бы предвидеть их), не будут привлечены к ответственности. Фактически, только медицинские работники, бездействие которых вызвано таким видом халатности, как легкомыслие, когда субъект предусматривает возможность общественно опасных последствий для пациента в результате их бездействия, может быть привлечен к уголовной ответственности без достаточных оснований до их прекращения [1].

С одной стороны, современная медицина постоянно совершенствуется, внедряются передовые медицинские технологии, так же меняется и общество, которое все больше и больше требует от медицины. В современных условиях ухудшилось выполнение социальной роли медицинских работников, изменились этика и деонтология, что привело к различиям во внутреннем отношении индивида и требованиях к статусу. С другой стороны, общество отказывается понимать сложность работы и объективные способности врача, принимая во внимание важность его профессиональных и моральных качеств в жизни и здоровье каждого потенциального пациента. Принципы этики и поведения изменились не только у врачей по отношению к больным, но и у пациентов по отношению к врачам.

Мы думаем, что растущий конфликт между врачом и пациентом может быть разрешен не только судебным разбирательством и жалобами в надзорные органы, что только усугубит проблему. Необходима концептуальная переоценка всей системы здравоохранения. Во-первых, должна быть разработана новая концепция научного развития здравоохранения, в частности в правовом обеспечении медицинской деятельности. Во-вторых, в концепции развития здравоохранения должны быть предусмотрены специальные механизмы реализации социальной и профессиональной ответственности врача только за процесс лечения [18].

На сегодняшний день успешное функционирование организаций здравоохранения требует постоянного совершенствования и социальной гармонизации отношений между пациентами и врачами, адаптации в деонтологии и этических норм к современной действительности. В то же время должны быть изменены принципы и цели социального управления, структура и содержание формальных и неформальных отношений в медицинском коллективе; идеология медицинской деятельности поощряет перестройку системы оказания медицинской помощи населению, вынуждая его радикально пересмотреть определенные стандарты медицинской тактики. Методология современной науки должна основываться на патерналистском подходе к ее научному развитию в регулировании отношений между врачами и пациентами. Следует учитывать принцип исхода и важность составляющих, которые на него влияют — здоровье пациента, качество лечения и моральное удовлетворение. Следует признать, что социальное управление социальным конфликтом "врач — пациент", результатом которого является смягчение, представляет собой многоступенчатый процесс, включающий анализ и оценку конфликтной ситуации, и выбор наиболее оптимальных путей и методов урегулирования.

1. Габай П.Г. К вопросу о детерминации неосторожных преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи // Российский следователь. 2014. № 2.
2. Гадаборшев М.И., Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. М., 2014. С. 33.
3. Григорьев Ю.И., Григорьев И.Ю. Организационно-правовые проблемы повышения эффективности деятельности в сфере охраны здоровья населения // Медицинское право. 2005. № 3.
4. Канунникова Л.В., Бабенко А.И., Мураховский А.Г., Татаурова Е.А. Некоторые аспекты правового регулирования медицинской деятельности специалистов общей врачебной практики // Медицинское право. 2010. № 1.
5. Колоколов Г.Р. Медицинское право. М., 2010. С. 8.
6. Лупандин В.М. Социология медицины (социология здоровья, медицинская социология). Российская социологическая энциклопедия / Под общ. ред. Г.В. Осипова. М., 1998. С. 507.
7. Мазин П.В., Битеев В.Х. Правовой статус врача в Российской Федерации // Вятский медицинский вестник. 1999. № 2; Сергеев Ю.Д., Ломакина И.Г., Канунникова Л.В. Гражданско-правовая ответственность при медицинском вмешательстве (теоретические аспекты проблемы) // Медицинское право. 2005. № 4.
8. Морозов Г.В., Царегородцева Г.И. Медицинская этика и деонтология. М., 1983. С. 46.
9. Мохов А.А. К вопросу о кодификации законодательства об охране здоровья граждан // Право и политика. 2002. № 7. С. 89.
10. Похабов С.С. Правовая природа договора оказания платных медицинских услуг // Гражданское право. 2007. № 3.
11. Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. Медицинское право: Учеб. пособие. М., 2009. С. 165.
12. Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А. Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украины и Беларуси: сравнительно-правовые аспекты // Медицинское право. 2012. № 2. С. 3–6.
13. Симонян Р.З. Врачебные дела в уголовном процессе как результат неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи // Евразийское Научное Объединение. 2018. Т 2. № 10. (44). С. 157-160.
14. Симонян Р.З., Зеленова И.В. Базовые положения законодательства о должностях, квалификации и специальностях медицинских работников // Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов. Сборник трудов Всероссийской научно-учебной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ. 2017. С. 536-540.
15. Соколова Н.А. Профессиональный риск медицинских работников и его компенсация средствами трудового права // Современное право. 2010. № 2.
16. Стародубов В.И. О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Здравоохранение. 2005. № 3. С. 10.
17. Сучков А.В. Анализ дефиниций понятия «врачебная ошибка» с целью формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников» // Медицинское право. 2010. № 5.
18. Шамшури В.И., Танковский В.Э. Правовые взаимоотношения между врачом и пациентом // Здравоохранение. 1998. № 6. С. 7–14.