ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Айвазян Шогик Грандовна

Социальная трансформация профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях

14.02.05 – Социология медицины

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:
доктор медицинских наук, профессор
Элланский Юрий Геннадьевич

академик РАН, доктор медицинских наук,
доктор социологических наук, профессор
Решетников Андрей Вениаминович

Москва – 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....4

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОЦЕССА ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ ВРАЧА.....20

§1.1. Краткий исторический обзор формирования профессиональной роли врача в России.....20

§1.2. Особенности формирования профессиональной роли врача в зарубежной практике.....33

§1.3. Современные представления о профессиональной роли врача.....44

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 54

§2.1. Материалы и база исследования.....54

§2.2. Методы исследования и анализа данных.....64

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ.....71

§3.1. Организация первичной медико-санитарной помощи в г. Ростове-на-Дону.....71

§3.2. Социально-конструированный портрет профессиональной группы участковых врачей-терапевтов (по материалам деятельности муниципальных поликлиник г. Ростова-на-Дону).....79

§3.3. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов.....93

ГЛАВА 4. ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....121

§4.1. Социальный портрет пациента муниципальной поликлиники (на примере региона).....121

§4.2. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, оказываемыми участковым врачом-терапевтом.....139

§4.3. Перспективы интеграции медицинской информатики в профессиональную деятельность участкового врача-терапевта.....147

§4.4. Развитие гериатрической помощи в первичном звене здравоохранения на региональном уровне.....158

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....169
ВЫВОДЫ.....175
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....178
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....180
ПРИЛОЖЕНИЯ.....220

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Повышение качества оказания медицинской помощи является стратегической задачей в рамках модернизации отечественной системы здравоохранения. Государственный уровень решения данной проблемы определяется концепцией социального государства, заложенной в Конституции РФ и реализованной нормами Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [2]. В то же время предпринимаемые меры по совершенствованию материально-технической базы медицинских организаций и повышению оплаты труда медицинских специалистов, в целом, демонстрируя положительный эффект, не дали ожидаемого темпа роста качества оказываемой медицинской помощи.

Результаты социологических опросов демонстрируют сохраняющуюся неудовлетворенность населения качеством медицинской помощи, особенно в регионах, где сохраняются диспропорции кадрового обеспечения узких специалистов в городе и острый кадровый голод на селе [43, 191]. По данным социологического опроса, проведенного Росстатом в 2018 году, 65,5% россиян не обращаются за помощью к врачам из-за нехватки времени и уверенности, что им не окажут качественную помощь [386]. Наблюдается эффект «парадоксальной медицины», то есть расхождения декларируемых и фактических показателей, описанный академиком РАН А.В. Решетниковым [159, 162].

Принимая во внимание, что ведущими факторами неудовлетворенности пациентов медицинскими услугами выступают особенности ролевых взаимоотношений врача и пациента, а также несовпадение ожидаемого и фактического уровня качества получаемой пациентом медицинской помощи, в настоящее время актуализируется потребность в комплексном медико-социологическом исследовании изменения (трансформации) профессиональной роли участкового врача-

терапевта и особенностей взаимоотношений в связке «врач-участковый - пациент» в современных социально-экономических условиях.

Степень разработанности темы исследования: идеологической и методической основой диссертационной работы стали фундаментальные труды академика А.В. Решетникова (2010, 2012, 2015, 2017, 2018), определившие предметную область социологии медицины и раскрывающие специфику становления, развития и функционирования социального института медицины. Его наработки в русле изучения динамики социально-трансформационных процессов в медицине с учетом категориального поля системы взаимоотношений в медицинском коллективе (и, прежде всего, во взаимоотношениях врача и пациента), а также труды в русле социологии медицинских профессий явились ключевыми при определении направлений диссертационного исследования.

Проблема кадровой обеспеченности первичного звена здравоохранения является актуальной как для западных стран, так и для России – в частности, сложности кадрового обеспечения медицинских организаций в удаленных районах описаны в работах зарубежных (H. Kuusio (2014), G. Lafortune (2015), L. Moreira (2015), H.B. Perry (2014), M.M. Rogers (2014), M.J. Thompson (2009), R. Zullinger (2014)) и российских исследователей О.В. Армашевской (2014), М.Н. Бантьевой (2014), А.В. Гажевой (2019), Е.А. Жидковой (2016), М.А. Ивановой (2014, 2019), В.В. Люцко (2019), Е.В. Мамоновой (2017), Е.В. Репринцевой (2018), М.А. Садового (2017), С.В. Сажиной (2018), Т.А. Соколовской (2014), И.М. Сон (2019), В.И. Стародубова (2014), Е.Я. Титовой (2017), Г.Э. Улумбековой (2018), Е.А. Финченко (2017), А.В. Фоминой (2016), А.В. Шалыгиной (2017), Л.С. Шалыгиной (2017), В.И. Шевского (2014), С.В. Шишкина (2013), В.О. Щепина (2013) и др. Так, в публикациях И.М. Шеймана (2018), С.В. Сажиной (2018), В.И. Шевского (2014) проблемы дефицита кадров связываются со структурными диспропорциями медицинских кадров в России, и к близким выводам о необходимости оптимизировать структуру медицинских кадров в

зарубежных системах здравоохранения с учетом изменившихся потребностей западного общества приходят европейские и американские исследователи H. Kuusio (2014), G. Lafortune (2014), H.B. Perry (2014).

Необходимость укрепления кадрового потенциала медицинской отрасли раскрыта в работах А.И. Доровской (2015), Н.Г. Коршевер (2015), В.З. Кучеренко (2013), Ю.П. Лисицина (2011), О.А. Манеровой (2014), А.В. Решетникова (2015, 2016, 2018), В.А. Решетникова (2013, 2015), Г.П. Сквирской (2013), В.И. Стародубова (2014), Л.Е. Сырцовой (2013), Г.Э. Улумбековой (2011, 2018), В.О. Щепина (2013, 2016), В.И. Шевского (2015), И.М. Шеймана (2015, 2018), Н.В. Эккерт (2013) и др.

Отдельные исследования, реализованные в контексте экологии человека, отмечают роль первичного звена медицинской помощи в сохранении здоровья населения (В.Н. Колесников (2018), И.Г. Крымская (2012), Н.Д. Шандыбина (2018), С.С. Эриум (2018) и др.). Среди зарубежных публикаций этой проблематике посвящены работы J. Macinko, B. Starfield, L. Shi (2003, 2005).

Профессиональная мотивация как доминирующий императив деятельности человека, рассматриваемая в фундаментальных трудах Р. Мертона, М. Вебера (в вопросах рационализации действий), Т. Парсонса, М. Фуко, в контексте изучения деятельности медицинских специалистов раскрывается в современных социологических публикациях Е.В. Андриановой (2015), Б.М. Генкина (2012), Е.Э. Волковой (2005), Т.А. Ивенской (2011), С.В. Хлынина (2011), Е.В. Чернышковой (2015), Ю.Г. Элланского (2011). Взаимосвязь трудовой мотивации и профессионального самоопределения выступают центральными в научных публикациях В.А. Ядова (2004), Д.Л. Константиновского (2016), Е.С. Поповой (2016), Х. Хекхаузена (1986).

Одной из серьезных проблем врачей-терапевтов, связанных с выполнением профессиональной деятельности, является эмоциональное и профессиональное выгорание. В русле зарубежной психологии феномен

эмоционального выгорания впервые вынес на обсуждение Х. Фрейденберг (1974), а в последующем эту проблему разрабатывали Д. Голдберг (1998), С.Е. Джексон (1996), М. Лейтер (1996), К. Маслач (1996), Б. Перлман (1982), Е. Хартман (1982). Среди российских ученых эмоциональному выгоранию посвятили свои публикации Д.Б. Авдеев (2017), А.С. Вяльцин (2017), Л.Е. Ермолаева (2011), Е.В. Змановская (2014), А.В. Кузюкова (2017), А.М. Кулеш (2018), И.Ю. Маргошина (2014), Т.С. Мартынова (2017), Д.Р. Миков (2018), О.В. Мироненко (2011), Д.В. Московченко (2018), С.В. Муравьев (2018), М.А. Огнерубова (2015), Н.А. Огнерубов (2015), Н.В. Семенова (2017), Н.А. Сирота (2018), Н.В. Соломатина (2018), Л.А. Сопрун (2011), З.Н. Шенгелия (2011), В.Г. Черкасова (2018), П.Н. Чайников (2018), А.В. Ялтонская (2018), В.М. Ялтонский (2018). Проблемы профессиональной деформации, анализируемые в классических социологических теориях П. Бурдье, Э. Дюркгейма, П. Сорокина, М. Фуко, на социальной группе медицинских специалистов исследуются в настоящее время Л.В. Темновой и Н.С. Файман (2019).

Особенности взаимоотношений врачей и пациентов изучаются Г.Е. Бесстремянной (2004), В.И. Вечорко (2018), А.В. Волнухиным (2018), С.А. Ефименко (2007), Н.С. Зверевой (2016), М.Д. Красильниковой (2004), А.В. Лядовой (2016), М.В. Лядовой (2016), Л.Н. Овчаровой (2004), А.Г. Резе (2018), А.В. Решетниковым (2007, 2010, 2017), Т.В. Семиной (2016), Т.А. Сибуриной (2018), И.В. Силуяновой (2014), О.А. Цыгановой (2015), В.А. Чернец (2004, 2008), А.Е. Чириковой (2004, 2008, 2019), Л.С. Шиловой (2004), С.В. Шишкиным (2004, 2008, 2019), С.В. Шульгиной (2015). Имеющиеся данные отражают динамичную трансформацию взаимоотношений врача и пациента на современном этапе, обусловленную как общеглобальными процессами развития медицины и общества, так и современными социально-экономическими детерминантами. При этом С.В. Шишкин и А.Е. Чирикова на материале многолетних наблюдений отмечают изменение структуры ожиданий пациентов в отношении

профессиональной деятельности врачей. Кроме того, в отдельных публикациях приводятся данные о начале формирования новой модели отношений и отхода от устоявшейся в российской практике паттерналистской системы взаимодействий врача и пациента (И.В. Силуянова, 2014).

Проблемы комплаенса во взаимосвязи с коммуникативной компетентностью врача рассматривают В.А. Евстафьев (2018), Л.И. Ложкина (2015), С.В. Трушкина (2018), А.Б. Цветкова (2018). В публикациях А.В. Решетникова (2010, 2017) и А.Д. Доники (2015) показана связь коммуникативной компетентности врача и удовлетворенности пациента лечением. В контексте маркетинга отношений в медицине реализованы исследования А.Ю. Абрамова (2018), Д.И. Кича (2018), О.В. Рукодайного (2018).

Кроме того, значительная доля эмпирических исследований посвящены изучению коммуникативной среды и проблемам конфликта в здравоохранении. Восходящее к трудам западных классиков социологии (Р. Дарендорфа, Э. Дюркгейма, Л. Козера, Р. Мертона, Г. Зиммеля, К. Маркса, Т. Парсонса) и отечественных социологов (А.Г. Здравомыслова, П. Сорокина), на современном этапе изучение социального конфликта в медицине представлено в трудах М.Е. Волчанского (2008), Ф.Н. Кадырова (2015), академика А.В. Решетникова (концепция парадоксального здравоохранения, 2018), Т.В. Семиной (2016), И.М. Спивака (2016) и др. Современный медиативный подход к решению конфликтных ситуаций между врачом и пациентом описан в совместных публикациях 2015-2017гг. Е.В. Кабанова, А.Н. Островского, А.С. Сильницкой, Ц.А. Шамликашвили.

Как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях особенностей взаимодействия в рамках профессионального сообщества (E.M. Lockwood (2014), A. O'Regan (2018), M. Saks (2000), W.H. Smithson (2018), E. Spain (2018)) отмечается активное включение работающих в профессиональные онлайн-группы как один из факторов идентификации в профессии. Так,

А.С. Фролова (2018) и Ю.Е. Зайцева (2017) отмечают тенденцию роста профессиональной самопрезентации в интернет-пространстве, отмечая также высокую динамику онлайн-коммуникаций профессиональных групп (сообществ) в социальных медиа.

Вопросы профессиональной идентичности и процесса ее становления (идентификации) впервые были представлены в классических трудах Э. Эриксона (1960). Профессиональная самоидентификация во взаимосвязи с профессиональными и социальными коммуникационными практиками врача на современном этапе изучается (К. Левин, Л. Фестингер, A. Baernstein, 2009; M. Eisenberg, 2001; S. Kenny, 2003; M. Mann, 2005, 2011; P.M. Niemi, 1997, 2003, 2006; A.M. Oelschlager, 2011; K. Ryynänen, 2001; J. Winslade, 2000, 2002;).

Вопросы профессиональной идентичности врачей также выступают предметом научного дискурса в публикациях российских социологов Л.М. Дробижевой, И.С. Кона, О.С. Мосиенко (2018), О.А. Нор-Аревян (2017, 2018); психологов (К.А. Абульхановой-Славской, А.А. Бодалева (2004), О.А. Волковой (2005), Е.П. Ермолаевой (2001), Д.Н. Завалишиной (1997, 2001), И.В. Мироненко (2016), Л.Н. Ожиговой (2014), Л. Франкла, В.Ю. Чаплыгиной (2012), Л.Х. Цыбиковой (2012), Л.Б. Шнейдера (2001) и др.); педагогов (С.Ю. Астаниной, Р.В. Шуруповой), специалистов медицины (Г.С. Гуревич). Трансформационные изменения самоидентификации в профессии у врачей изучают О.А. Нор-Аревян (2017), Н.В. Присяжная (2012). Проблематика профессиональной идентификации и принадлежности к профессиональной группе находится в фокусе научного интереса В.А. Мансурова, Т.Б. Щепанской. Прекариатизация медицинской сферы и ее влияние на профессиональную идентичность специалистов находится в сфере научных интересов Л.В. Клименко (2018), В.А. Мансурова (2010), О.Ю. Посуховой (2018), Ж.Т. Тощенко (2015), О.В. Юрченко (2010).

Среди социологических работ, посвященных профессионализации особую роль играют труды Т. Парсонса (1939, 1942), Дж. Холланд (1966,

1976), П. Сорокина, а также публикации современных исследователей С.А. Дружилова, Е.А. Климова, Л.М. Митиной, А.В. Решетникова, Н.В. Тихоновой, Б.А. Ясько и др.

Особенности формирования социальных ролей и ролевого поведения, описываемые в классических трудах социологов (Р. Дарендорф, Р. Линтон, Д. Морено, Т. Парсонс), в сфере здравоохранения получили свое продолжение в фундаментальных работах академика А.В. Решетникова (2010, 2018). Социология профессий и становление роли врача раскрываются в трудах В.А. Мансурова (2010), О.В. Юрченко (2010).

В работах М.Я. Капустина и Ф.Ф. Эрисмана детально охарактеризованы особенности становления профессиональной роли врача-терапевта в уникальный период становления земской медицины в России. Изучению профессиональной роли врачей разных специальностей посвящены работы А.Д. Доники (2010), А.В. Решетникова (2008, 2010, 2016, 2018), А.Ю. Руденко (2013), О.Л. Скотенко (2010), Е.А. Смирновой (2015), Н.П. Слувко (2012), Е.Н. Ткаченко (2013), В.И. Толкунова (2010), Л.М. Федоровой (2009) и др.

На современном этапе был реализован ряд российских научных исследований под руководством А.В. Решетникова в исполнении С.А. Ефименко, Р.В. Шуруповой, Н.В. Присяжной, направленных на изучение отдельных аспектов изменения профессиональной роли врача.

Однако, несмотря на широкий диапазон исследований, до настоящего момента вопросы трансформации профессиональной роли врача-терапевта недостаточно освещены в социологических работах. В частности, отсутствует комплексное медико-социологическое исследование профессиональной роли участкового врача-терапевта, который является центральной фигурой в оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи населению. В этой связи медико-социологическое исследование социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-

терапевта в современных социально-экономических условиях представляется актуальным.

Цель диссертационного исследования – изучение особенностей процесса трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях и разработка научно-обоснованных предложений по оптимизации оказания участковыми врачами-терапевтами первичной врачебной медико-санитарной помощи населению.

Цель исследования раскрывается в решении следующих исследовательских **задач:**

1. На основании анализа научной литературы обобщить и систематизировать отечественный и зарубежный опыт формирования профессиональной роли врача первичного звена медицинской помощи, а также нормативно-правовую базу, регламентирующую вопросы деятельности врача-терапевта.

2. Разработать программу и провести комплексное медико-социологическое исследование социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях на примере врачей, работающих в муниципальных медицинских организациях крупного мегаполиса (г. Ростов-на-Дону).

3. Проанализировать основные социально-демографические характеристики и сформировать социально-конструированный портрет профессиональной группы участковых врачей-терапевтов, занятых в муниципальных поликлиниках мегаполиса (на примере г. Ростова-на-Дону).

4. Изучить основные тенденции трансформации профессиональной роли врача в меняющихся социально-экономических условиях на модели участкового врача-терапевта.

5. Оценить уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой в системе участковой терапевтической

службы, и выявить основные тенденции трансформации социально-ролевых моделей пациента.

6. Предложить научно-обоснованные направления оптимизации оказания первичной медико-санитарной помощи в системе участковой терапевтической службы.

Для решения поставленных в диссертационной работе задач было проведено комплексное медико-социологическое исследование, которое включало **пять основных этапов**:

1-й этап (2013г.) – изучение особенностей формирования профессиональной роли врача первичного звена медицинской помощи в России и за рубежом на основе данных научной литературы и официальных источников;

2-й этап (2013-2014гг.) – разработка программы, методики и инструментария исследования, направленного на изучение социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях;

3-й этап (2015-2018гг.) – сбор и обработка массива данных анкетных опросов (бланков заполненных анкет), фокус-групповых исследований (транскрипция аудиозаписей);

4-й этап (2018-2019г.) – анализ полученных исследовательских данных и формулировка выводов, выявление основных закономерностей, построение графиков, представляющих основные результаты исследования;

5-й этап (2019г.) - разработка научно-обоснованных направлений оптимизации оказания первичной медико-санитарной помощи в системе участковой терапевтической службы.

Объекты исследования: профессиональная группа участковых врачей-терапевтов муниципальной городской поликлиники, пациенты участкового врача-терапевта муниципальной городской поликлиники.

Предмет исследования: особенности трансформации и профессиональной роли участкового врача-терапевта муниципальной городской поликлиники крупного мегаполиса.

Гипотеза диссертационного исследования: в настоящее время в организационной структуре отечественной системы здравоохранения решающая роль отводится работе врачей первичного звена, и прежде всего - участковых врачей-терапевтов. Однако динамично изменяющиеся современные условия обусловливают перестройку взаимоотношений в системе «врач-пациент» и ожиданий пациентов в отношении профессиональной роли и ролевого репертуара врача-терапевта – а также влияют на пересмотр им своей профессиональной идентичности.

Изучение особенностей социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта, а также выявление основных факторов, влияющих на динамику рассматриваемой трансформации, можно использовать для решения актуальной научно-прикладной задачи совершенствования организации рабочей деятельности врача-терапевта и качества оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Научная новизна исследования:

1. С позиций системного подхода выявлены основные тенденции и особенности формирования профессиональной роли участкового врача-терапевта в исторической ретроспективе и современных социально-экономических условиях в России и за рубежом;

2. Проведено комплексное медико-социологическое исследование социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях на примере врачей, работающих в муниципальных медицинских организациях крупного мегаполиса (г. Ростов-на-Дону), которое позволило:

а) проанализировать основные социально-демографические характеристики и сформирован социально-конструируемый портрет

профессиональной группы участковых врачей-терапевтов, работающих в муниципальных поликлиниках г. Ростова-на-Дону;

б) изучить изменения требований к участковым врачам-терапевтам (непрерывное повышение профессионального уровня, внедрение современных (и индивидуальных) подходов к диагностике и лечению, владение современными информационными и коммуникативными технологиями, новые ролевые шаблоны взаимодействия с пациентами и профессиональным сообществом) во взаимосвязи с трансформацией профессиональной роли участкового врача-терапевта;

в) выявить на основе изучения специфики взаимодействия врача и пациента особенности реализации социальной роли участкового врача терапевта;

г) выявить у врачей участковых-терапевтов в модельной группе негативные тенденции показателей коммуникативной сферы, особенности самоопределения своей профессиональной идентичности и тенденции пересмотра значимости составляющих профессиональной роли на фоне сохраняющегося дефицита кадров в отрасли, которые могут быть рассмотрены как маркеры трансформации профессиональной роли участковых врачей-терапевтов;

д) оценить уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой в системе участковой терапевтической службы, и выявить основные тенденции трансформации социально-ролевых моделей пациента;

3. Установлена значимость изменений, произошедших в культурных, социальных, экономических составляющих восприятия профессии участкового врача-терапевта, отражающих современные тенденции трансформации и возможные формы деформаций профессиональной роли участкового врача-терапевта в России;

4. На основе результатов комплексного медико-социологического исследования обоснованы и предложены направления оптимизации оказания

первичной медико-санитарной помощи в системе участковой терапевтической службы на региональном уровне с учетом возрастной структуры группы пациентов.

Научная новизна исследования раскрывается в **основных положениях, выносимых на защиту:**

1. В России, в отличие от других стран, в последние десятилетия наблюдаются существенные изменения профессиональной роли врача. В основе трансформации лежит внедрение рыночных отношений в сферу здравоохранения, отход от советской модели взаимоотношений врача и пациента, изменение оплаты труда врачей с введением эффективного контракта. В то же время наблюдаются не только интеграция западных ценностей и мировых тенденций в систему организации медицинской помощи и ее взаимодействия с пациентами, но и ностальгия последних по советскому образу системы здравоохранения, во многом обусловленная феноменом «старения нации».

2. Рост требований к профессиональным компетенциям участкового врача-терапевта, обусловленный внедрением высокотехнологичных услуг, всесторонней модернизацией и информатизацией медицинской отрасли, способствует расширению ролевого репертуара врача-терапевта. В то же время меняющиеся социально-экономические условия влияют на социальное положение самих врачей, влияя на их жизненные ценности и социальные роли. В частности, при изучении уровня удовлетворенности врачей различными сторонами жизни по 5-ти балльной шкале (Приложение 1) наименьшие показатели удовлетворенности относились к материальному положению семьи (2,3±0,11) и размеру заработной платы (2,1±0,09). Расширение ролевого репертуара на фоне меняющихся требований профессиональной роли участкового врача-терапевта приводит к ролевому конфликту.

3. Современные социально-экономические условия привели к изменению роли пациента. Новая роль пациента участкового врача-терапевта

– это роль получателя медицинских услуг, клиента медицинского сервиса. Удовлетворенность услугополучателя становится основным критерием качества оказания медицинской помощи. Несмотря на то, что большая часть пациентов (88,8%) в той или иной степени удовлетворена работой участковой терапевтической службы, полностью удовлетворены только 11,2% пациентов.

4. Анализ влияния социально-экономических условий России позволяет разработать научные подходы, направленные на оптимизацию оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи, основанные на социальной оценке эффективности взаимодействия участкового врача-терапевта и пациента. Рост численности пациентов старшей возрастной группы требует расширения сети геронтологической службы на региональном уровне, обучение участковых врачей-терапевтов особенностям оказания гериатрической помощи в системе первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Теоретико-методологическая основа исследования: исследование проводилось в категориальном поле социологии медицины с опорой на основные положения социологии труда, социологии профессии и социологии пациента, теории личности, теории социальных статусов и ролей, теории социализации, теории социальной стратификации, теории трудовой мотивации, теории коммуникаций (макро- и микроуровня), концепции Т. Парсонса о социальной роли больного, концепции ролевого конфликта.

Теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования заключается в следующем:

- полученные исследовательские данные о социально-конструированном портрете профессиональной группы участковых врачей-терапевтов, занятых в муниципальных поликлиниках мегаполиса и основных тенденциях социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта представляют методологические основания для

совершенствования системы управления персоналом медицинской организации в современных социально-экономических условиях.

- полученные данные о специфике взаимодействия участкового врача-терапевта и пациента в современных социально-экономических условиях могут быть использованы для совершенствования организации медицинской помощи и снижения числа конфликтов в первичном звене здравоохранения;

- результаты анализа уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой в системе участковой терапевтической службы, могут быть использованы при принятии управленческих решений по совершенствованию качества предоставляемых населению медицинских услуг;

- материалы диссертационного исследования могут быть использованы при разработке образовательных программ по гериатрической помощи и ее интеграции в методическую систему непрерывного профессионального образования участковых врачей-терапевтов;

– основные результаты диссертационного исследования могут способствовать развитию геронтологической службы в системе первичного звена здравоохранения на региональном и федеральном уровне.

Результаты диссертационного исследования в форме методических рекомендаций внедрены в практику деятельности муниципальных поликлиник Управления здравоохранения г. Ростова-на-Дону. Материалы исследования также могут быть рекомендованы для использования в системе непрерывного профессионального образования участковых врачей-терапевтов.

Апробация результатов диссертационного исследования. Результаты диссертационного исследования представлялись и обсуждались на научных конференциях разного уровня:

- Научная конференция с международным участием «Актуальные проблемы науки и образования» (Куба, 20-31 марта 2014);

- Международная научная конференция «Современные проблемы науки и образования» (Россия, Москва, 10-12 февраля 2015);
- VII Международная заочная научно-практическая конференция по всем отраслям научного знания «Теоретические и прикладные аспекты современной науки» (Россия, Белгород, 31 января 2015);
- XIII международная конференция «Современные концепции научных исследований» (Россия, Москва, 29-30 апреля 2015);
- Научная конференция с международным участием «Проблемы качества образования» (Марокко, 28 мая - 8 июня 2015);
- Научная конференция с международным участием «Приоритетные направления развития науки, технологий и техники (Италия, Рим, 11-18 апреля 2015);
- Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной медицины» (Россия, Екатеринбург, 15 марта 2015),
- Заседание Исследовательского Комитета РОС «Социология медицины» по теме «Социология медицины и вызовы современности» (Россия, Москва, 11 сентября 2017);
- «Эволюция социологии медицины» (Москва, 2018);
- Научно-практическая конференция с международным участием: «Социологическое осмысление интегрального понятия качества жизни и методология его оценки» (Россия, Москва, 05 февраля 2019).

Личный вклад автора в осуществление научного исследования: автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования и разработке исследовательской стратегии, сборе, обработке, анализе и интерпретации полученных научных данных. Автор лично разрабатывала программу и инструментарий исследования, проводила непосредственную работу с респондентами по трем направлениям исследования (рекрутинг и опрос респондентов), выполнила техническую обработку эмпирических (первичных) данных и самостоятельно реализовала статистическую

обработку, систематизацию и анализ данных в программе Statistica 12.0. и SPSS PASW Statistics 21.0 Автор лично осуществила анализ, дала научную интерпретацию результатов комплексного исследования и вывела основные закономерности для построения графиков и аналитических таблиц. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач, выбора методологии, разработки стратегии и программы диссертационного исследования и проведения комплексного медико-социологического исследования до представления результатов в форме научных публикаций и докладов, а также внедрения результатов исследования в практику.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Работа выполнена в рамках области исследования научной специальности 14.02.05 – социология медицины (п.1).

Публикации по теме диссертационной работы всего опубликовано 29 работ, 5 научных статей опубликовано в журналах из перечня ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, определяемого ВАК Минобрнауки России.

Объём и структура диссертации. Диссертация общим объемом 235 страницы машинописного текста состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 10 рисунками и диаграммами. Библиографический указатель включает 387 источников, из них 153 источника зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОЦЕССА ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ ВРАЧА

§ 1.1. Краткий исторический обзор формирования профессиональной роли врача в реалиях России

В России отношения между врачом и пациентом традиционно были патерналистскими – это связано с особенностями нашей истории [180]. Консерватизм общественного мышления является характерной чертой большинства обществ, в том числе и в России. Несмотря на реформы и модернизации на государственном уровне, сознание общества меняется очень медленно. Кроме того, в социальном институте медицины происходят новые социальные изменения: растет интерес пациентов к частному сектору здравоохранения, а в государственном секторе все чаще возникают правовые и этические конфликты, поскольку в общественном сознании продолжает доминировать мнение о том, что государство обязано оказывать бесплатную медицинскую помощь. Пациенты загружены личными и социальными проблемами, материальными и финансовыми трудностями, они ожидают от врача комфорта и сочувствия, большей заботы и сопереживания, нежели формального оказания услуг. Этому способствует и растущее число пожилых и дряхлых людей, ностальгирующих по образу советского врача.

Реформа здравоохранения западного типа неэффективна, поскольку индивидуальная составляющая объекта медицинской помощи-человек-более тесно связана с этногенетическими и социокультурными особенностями страны и, более того, конкретного региона, чем с мировыми тенденциями.

Одной из особенностей традиционного общественного устройства России было длительное существование общины, возникшей на основе совместного землевладения и коллективной трудовой взаимопомощи. Община регулировала различные формы социального поведения и несла

необходимую ответственность. Именно традиции общины привели к формированию феномена земской медицины, который признан уникальным явлением мировой медицинской культуры.

Земская медицина была своеобразным и самобытным явлением, огромным шагом вперед в рационализации здоровья населения. "Западная Европа развила медицинскую помощь при болезнях главным образом в виде личных дел больного и лечащего его врача, на правах ремесла или торговли. Русская земская медицина была чисто общественным делом", - писал профессор М. Я. Капустин [83]. Далее он продолжает: "как высший, так и узкий интерес земского врача состоит в уменьшении числа больных и продолжительности болезней. Задачи лечения медицины и гигиены здесь идут рука об руку в неразрывной связи" [83].

В высказываниях известного пропагандиста отечественной медицины и общественного деятеля Ф. Ф. Эрисмана содержится критика отношения российского общества к предпринимательству в медицине в начале XX века, оказавшего непосредственное влияние на дальнейшее развитие взглядов общества на целительство. По его словам, особое внимание уделяется профилактической медицине: "те гуманные принципы, которые лежат в основе Земского служения больному, были бы односторонними и лишь частично достигли бы цели, если бы они не охватывали также и профилактическую медицину, насколько это возможно" [32].

Показательно, что именно на земскую медицину обращает внимание Ф. Ф. Эрисман: "действительно, в деятельности земского врача хороший кусок относится к общественному здравоохранению, и земства, оказывая бесплатную помощь больному сельскому населению такого рода, какую оно имеет в настоящее время, много сделали для общественной гигиены..." [32]. Он говорит: "профессия врача, конечно, прекрасная гуманистическая профессия, но, когда она принимает форму свободной практики, то есть когда существование врача обеспечивается только ею, тогда выступает эгоистический принцип" [24]. В то же время, обращая особое внимание на

следующую мысль: "Земский врач находится в совершенно иной этической плоскости... Он рассматривает пациента только с точки зрения врача, здесь нет места идее, что пациент является объектом наживы от бесплатной медицинской помощи, выигрывают не только пациенты, но и врач" [231].

В свою очередь земские врачи сыграли значительную роль в первой всеобщей переписи населения Российской империи, о чем свидетельствует большое количество упоминаний в литературе. В 1897 году писатель и Земский врач Антон Павлович Чехов принимал участие в переписи в качестве инструктора-контролера. Он бескорыстно руководил 15 писцами в Серпуховском уезде Московской губернии. За это он был награжден медалью "за работу над первой всеобщей переписью 1897 года" [45].

В современной общемедицинской практике четко прослеживаются традиции земской медицины. Одним из этапов развития медицинской практики в России стало развитие амбулаторно-поликлинической службы на участковой основе с 1920-х по начало 1990-х годов [45].

Значительное внимание было уделено принципам доступности медицинской помощи. Бесплатные местные больницы строились за счет средств земств и благотворительных организаций. В конце XIX века широкое распространение получило строительство медицинских учреждений на частные средства. Следует отметить, что медицинские общества и Красный Крест оказывали населению бесплатную медицинскую помощь. [59].

Важным этапом в системе финансирования здравоохранения стало рождение страховой медицины. На первых капиталистических предприятиях рабочие создавали Общество взаимопомощи без участия работодателя. Этот принцип лег в основу больничных кассовых аппаратов [86].

Можно предположить, что развитие страховой медицины в начале XX века было более необходимо капиталистам, чтобы в случае инвалидности или инвалидности рабочего им не приходилось выплачивать денежную компенсацию.

В 1947 году принципы советской модели здравоохранения были окончательно сформулированы первым народным комиссаром РСФСР Н. А. Семашко. В их основе лежат: государственный характер здравоохранения; профилактическая направленность; бесплатная и общедоступная доступность; непрерывность и др. [91].

Кроме того, развитие правового регулирования в медицине при советской власти было неравномерным. На нее повлияла не только монополизация моральных проблем Коммунистической партией, выступавшей олицетворением нравственного идеала и, следовательно, все этические принципы в медицине должны были быть подчинены декларируемым национальным принципам. Пациентам прививалось зависимое отношение к медицине, поскольку свободный характер медицинской помощи никоим образом не подкреплялся никакими обязательствами пациента. Патерналистская модель в практической медицине была преобладающей, поэтому принцип информированного согласия, если и соблюдался, то зачастую неофициально-без соответствующих документов.

Иллюстрирует симпатии россиян к патерналистской модели портрета "идеального врача" с позиции пациента, полученной в исследовании С. А. Ефименко, предпринятом под руководством академика А. В. Решетникова, где социальный образ врача представлен человеком средних лет со стажем и квалификацией с ученой степенью. Он должен обладать такими чертами характера, как доброта, внимание к пациенту, общительность и способность быть сострадательным [62].

Рассматривая исторические аспекты формирования профессиональной роли врача в России, следует отметить, что дореволюционная Россия соответствовала морально-этической модели медицинской профессии, которая частично сохранилась в советский период. Несмотря на свое многообещающее название в духовном контексте, в целом для советского периода, особенно на начальном этапе становления Советской

России, государство монопольно определяло структуру профессионального пространства медицины, духовно-нравственное содержание которой было вытеснено жесткой советской идеологией.

Далее, в период 70-х годов, когда советская плановая экономика получила свое устойчивое развитие, отношение к медицинской профессии стало формироваться в рамках меритократической модели. Эта модель заимствована из западной культуры, где профессия рассматривается как интеллектуальный капитал, обеспечивающий социальный лифт.

К началу 90-х годов Россия переживала общий кризис падения престижа профессий интеллектуального труда, и меритократическая модель утратила свою актуальность. Отказ от коммунистической морали, строительство социализма, падение моральных ценностей социалистического общества, рождение рынка и другие подобные факторы переходного общества сломали прежние представления о врачебной профессии, и только с середины 90-х годов, когда появилась страховая медицина и произошел рост престижа врачебной профессии, в России появились предпосылки для формирования экспертной модели. Этому в дальнейшем способствовала интеграция доказательной медицины, а затем развитие биотехнологий, высокотехнологичных медицинских технологий и т.д. [62].

Специфической особенностью России является влияние религиозной культуры, несмотря на многоконфессиональный характер российского общества и светскую структуру государства. В этой связи представляет интерес концепция моделей медицинской профессии с позиций влияния государственной идеологии на имидж врача, разработанная в исследовании Т. А. Ковелиной. Она предлагает рассмотреть следующие модели: Евразийскую, либеральную и гуманистическую. Первый основан на традициях религиозной культуры, что позволяет наполнить образ врача "святостью" и нравственной чистотой. Т. А. Ковелина справедливо полагает, что эта идеология формирует консервативное отношение к медицинской деятельности [89].

В идеологии консервативного либерализма медицина отражена гармоничным сочетанием милосердия, жертвенности и сострадания, что характерно для ценностей традиционной русской и лучших достижений западной культур. Такая идеологическая основа будет способствовать формированию у врача образа стремления к новым научным знаниям и следованию сложившимся профессиональным традициям.

Идеология либерализма вносит изменения в образ врача, ставя во главу угла закон и законность. В этой модели взаимоотношения между пациентом и врачом строятся по коллегиальному типу [89]. В этом контексте Т.А. Ковелина считает, что либерализация социальных отношений между врачом и пациентом может превратить врача в агента по продаже медицинских услуг - "принцип жизненного благополучия ориентирует деятельность врача исключительно на материальное благополучие, успех, власть и пользование благами жизни" [89]. Автор выражает общую точку зрения многих исследователей рассматриваемых явлений (Я. А. Жданова, В. А. лекторского, Ю. г. Волков, И. М. Борзенко и др.), предполагая, что гуманистическая идеология, определяющая гуманизацию знаний и деятельности врача, станет предпосылкой преодоления кризиса доверия между врачом и пациентом.

В данной работе Т.А. Ковелина представляет философско-культурологические характеристики медицинской профессии, многогранность образа которой характеризуется эпистемологическим, праксиологическим, психофизиологическим, когнитивным, экономическим и аксиологическим аспектами [89]. В статье обосновывается тезис, подтверждающий качество личности врача через уровень его профессиональной подготовки, опыт, знания, умения, квалификацию, а также социальные отношения в сфере профессии. Раскрывая содержание нравственно-правовой культуры врача, Т.А. Ковелина определяет ряд личностных качеств, необходимых для врачебной профессии, таких как чувство справедливости, долга, чести, совести, сострадания и бескорыстия,

резюмируя, что "нравственная культура присуща врачеванию и выступает гарантом его целостности" [89].

В современной социологии профессий актуальной темой исследования является проблема измерения социальной активности в условиях современной действительности. Объективные экономические показатели, оценивающие развитие общества, дополняются различными социальными показателями, которые агрегируются в индексы, реально оценивающие уровень прогресса как отдельной страны, так и группы стран в международном сообществе – например, широко известный в практике международных сопоставлений Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) используется Организацией Объединенных Наций. Важнейшими социальными показателями являются также индекс удовлетворенности жизнью (социальное самочувствие), индекс доверия к социальным структурам и институтам, ответственным за организацию социальной жизни, индекс социальной напряженности, индекс развития гражданского общества [144].

Представляет интерес сетевой (реляционный) подход к составлению профессиональных шкал на основе данных о профессиональной принадлежности близких друзей, мужа или жены респондентов, поскольку дружеские и семейные связи социально детерминированы. Количество браков и дружеских отношений между представителями различных профессий варьируется в зависимости от социального статуса последних. Профессии, близкие друг другу по статусной шкале, будут иметь схожую структуру дружеских и брачных связей. Последняя версия Кембриджской шкалы называется шкалой CAMSIS (2003). авторы шкалы считают, что она отражает распределение "обобщенного социального преимущества" в обществе, задает координаты социального пространства и определяет места профессий в этом пространстве. Аналогичный подход используется в шкале социального статуса T. V. Chan и J. Goldthorpe (2004), однако вместо данных о профессиях жены/мужа используются данные о профессии самого близкого

друга [266]. Аналогичные шкалы были построены на основе данных из США (Alderson et al, 2007), Франции (P. Coulangeon, Y. Lemel, 2007), Нидерландов (Kraaykamp et al, 2007) и других стран [239, 272, 336]

В российской части международного сравнительного исследования ISSP, ежегодно проводимого в России с 1992 года, на основе национально репрезентативной выборки профессиональная принадлежность респондентов и их брачных партнеров кодируется в соответствии с детализированной международной классификацией профессий ISCO88 (International Standard Classification of Professions – 1988), разработанной Всемирной организацией труда (МОТ). Согласно этой классификации, включающей сотни профессий, все они сгруппированы в 26 профессиональных групп. Состав групп не всегда сбалансирован по признаку пола, и в некоторых группах преобладают женщины (медсестры, врачи, учителя, работники сферы обслуживания) [11].

Анализ полученных данных показал, что профессии интеллектуального труда расположены выше, чем профессии физического труда. Первые 2 должности занимают врачи и юристы, преподаватели вузов и учителя средних школ [54].

Исследователи [15] отмечают, что речь идет о группе, а не о личностном статусе конкретного индивида, на который влияют другие факторы, помимо принадлежности к профессиональной группе, например, личностные качества, этническая принадлежность, статус родителей.

Доход и образование являются важными характеристиками социального статуса. Однако полученные результаты [54] показали, что коэффициент корреляции между статусом профессиональных групп и доходом составляет всего 0,49. Некоторые высокостатусные профессии имеют относительно низкий доход по сравнению со средним доходом по всем профессиям. Среди них-университетские профессора, врачи и юристы. В других странах статус более тесно связан с образованием, чем с доходом [303]. По шкале образования первые три позиции занимают

"интеллигентные" профессии: преподаватели и преподаватели вузов, врачи и инженеры.

В целом проведенные исследования показали [54], что статусный порядок в России мало отличается от Европейского, а существующие различия не носят системного характера. Как и в других странах, профессии умственного труда занимали более высокое положение в иерархии статусов, чем профессии физического труда. Социальный и профессиональный статус в России больше связан с образованием, чем с доходом [227].

К сожалению, оплата труда врачей в государственных и муниципальных медицинских учреждениях до сих пор не соответствует их социальному статусу по шкале престижа [184].

В 2008 году в России началась реформа системы оплаты труда медицинских работников [3]. Эти реформы включают переход от системы фиксированной заработной платы к системе, основанной на результатах работы, и значительное общее повышение заработной платы. В 2008 году была введена новая система оплаты труда, призванная стимулировать работников здравоохранения к повышению своей эффективности. Правительство заменило жесткую национальную шкалу заработной платы для работников государственного сектора более гибкой системой базовых окладов и разрешило государственным учреждениям выплачивать сотрудникам премии. Было рекомендовано, чтобы учреждения, использующие новую систему оплаты труда, выплачивали не менее 30% своей заработной платы в виде премий на основе результатов, которые не гарантируются работодателем и зависят от результатов работы сотрудников. Фактически переход на новую систему оплаты труда растягивался во времени, и доля премирования зависела от финансовых возможностей отдельных медицинских организаций.

В 2012 году в соответствии с Указом Президента Российской Федерации Правительством Российской Федерации была принята шестилетняя программа повышения заработной платы медицинских

работников [11], в соответствии с которой средняя заработная плата врача увеличилась до 200% от средней заработной платы по стране, а для медицинских сестер-до 100%. Программа предполагает введение так называемого" эффективного контракта " с медицинскими работниками. Программа трудоустройства включает критерии оценки эффективности работы с расчетом премий в зависимости от результата работы и качества предоставляемых услуг. Внедрение эффективных контрактов служит механизмом стимулирования и создания модели вознаграждения, основанной на результатах деятельности. Так, с 2007 по 2012 год заработная плата медицинских работников в России выросла в реальном выражении на 140%, а ее отношение к национальной заработной плате увеличилось с 74% до 78%.

В первый год действия программы средняя зарплата врачей увеличилась на 19% в реальном выражении и составила 142% от средней зарплаты в 2013 году. В 2014-2016 гг. из-за экономического кризиса средняя зарплата врачей снизилась в реальном выражении, но соотношение зарплат врачей к средней зарплате в экономике существенно не изменилось (139% в 2016 г.).

По данным социологического опроса, проведенного Высшей школой экономики в 2016 году, средняя доля базовой заработной платы врачей составила 59% от средней заработной платы по России во всех отраслях народного хозяйства [376]. Примерно 66% врачей за годы проведения опросов неизменно сообщают, что они работают значительно больше по сравнению с получаемым вознаграждением. Это говорит о том, что их требования о повышении заработной платы носят компенсационный характер и направлены на повышение базовой заработной платы, а не части, основанной на показателях эффективности.

Подавляющее большинство врачей (89%) хотели бы, чтобы их базовые зарплаты увеличились. Около 10% хотели бы уменьшить базовую зарплату и таким образом увеличить долю, основанную на результатах работы. Достоверных различий в ответах врачей в зависимости от субъективных

оценок уровня среднедушевого дохода семьи или от оценок ее абсолютного размера выявлено не было.

Более заметным эффектом стал размер заработной платы на основном месте работы и уровень удовлетворенности ею. Врачи с более высокими зарплатами и более высоким уровнем удовлетворенности доходом хотят видеть базовую зарплату выше, чем сейчас. Напротив, врачи с более низким уровнем дохода и более низким уровнем удовлетворенности хотели бы, чтобы они уменьшили долю базовой заработной платы. Несмотря на то, что коэффициент Крамера составил примерно 0,1, руководители проектов Высшей школы экономики считают, что есть признаки того, что врачи, высоко ценимые и довольные своим заработком, готовы закрепить свои достижения и адекватно воспринимают возможность зарабатывать больше других. эта тенденция стала еще более очевидной при анализе взаимосвязи между ожиданиями врачей в отношении базовой заработной платы и выплатой премий за интенсивность, качество и производительность труда. Те, кто получает такие бонусы, гораздо чаще указывают на желание увеличить долю базовой зарплаты (табл. 1.1.1).

Таблица 1.1.1.

Доля фиксированной части заработной платы, желаемой врачами, в зависимости от того, получают ли они поощрительные бонусы за интенсивность, качество и результаты работы (в процентах) [376].

Желаемая доля фиксированной части заработной платы	Годы социологических исследований			
	2014		2016	
	Получать поощрительные бонусы	Не получать поощрительные бонусы	Получать поощрительные бонусы	Не получать поощрительные бонусы
Выше общей	89	78	93	65
Выше общей	89	4	2	8
Выше общей	89	18	5	27
Количество респондентов	386	112	367	48
Коэффициент Крамера	0,125		0,303	

Та же тенденция, но менее значительная, наблюдается и в отношении бонусов за предоставление платных услуг. Предпочтение врачей за более высокий базовый оклад не показывает, что увеличение зарплаты и возможности зарабатывать больше бонусов приводят к более высокой мотивации к повышению вознаграждения, а скорее – к ослаблению этого мотива.

По результатам опросов российских врачей за 2007-2016 годы прослеживается, что их мотивация на работе определяется рядом фактором. Три главных мотива – материальное вознаграждение, профессиональный интерес к работе и альтруизму. Несмотря на заметное увеличение зарплат врача за этот период и изменение схемы оплаты труда (предполагалось укрепление мотивирующего характера заработной платы), иерархия внутренних мотивов врачей на работе практически не изменилась, что противоречило целям реформы: сместить денежный мотив с первого места и вернуть процессную мотивацию. Почти 66 % врачей считают, что сейчас они работают на высоком уровне качества и производительности и более улучшать эти показатели не представляется возможным.

Только 10% врачей готовы работать все больше и лучше - при условии, что заработная плата будет связана с трудовым вкладом. Эти врачи более недовольны своим финансовым положением и самими ценностными аспектами работы. В то же время они показывают более высокий уровень активности в дополнительной оплачиваемой работе; они готовы покинуть организацию и уйти из профессии.

Увеличивается доля врачей, которые считают, что оплата труда должна основываться на базовом окладе, а ее доля на основе эффективности должна быть снижена, что свидетельствует об ориентации врачей на усиление защитной функции зарплаты, а не на использование расширенных возможностей для получения дополнительных денежных средств. По мнению социологов, есть несколько причин для этой реакции.

Во-первых, из-за очень низкого уровня заработных плат в начале реформ врачи оценивали увеличение оплаты их труда, прежде всего, как корректирующее и не обязывающее их наращивать свои усилия.

Во-вторых, это предпочтение указывает на предположения о желании врачей консолидировать результаты, достигнутые в оплате труда, путем стабилизации текущей ситуации и увеличения базовых окладов, а также для того, чтобы не рисковать увеличением зарплаты из-за изменений в части, вознаграждения. Эта консервативная оценка врачами своей трудовой деятельности предполагает продолжение патерналистского отношения государства к управлению медицинскими учреждениями, связанную с идеей несправедливости в оплате труда и обязанностью государства перед медицинским сообществом, но не связанной с готовностью медицинских работников участвовать в реформах.

В-третьих, введение новой схемы окладов было недостаточно организованным. Внедрение поощрительных бонусов и обеспечение их согласованности с показателями эффективности деятельности врача оказались явно недостаточно чувствительными для многих врачей, чтобы изменить свое отношение к сложившейся практике труда.

В-четвертых, результаты подтверждают данные других исследований, согласно которым только финансовые стимулы недостаточны для мотивации медицинских работников, и существует потребность в более комплексном подходе к повышению мотивации, удовлетворенности и эффективности. Это позволяет сделать вывод, что политика реформирования системы заработной платы, которая направлена на увеличение части заработной платы, основанной на показателях эффективности, и на обеспечении ее согласованности с большим объемом и качеством работы, может оказаться неэффективной. Реформа системы заработной платы должна быть разработана и реализована как реформа общей системы вознаграждения. В частности, следует уделять пристальное внимание регулированию базового оклада. Необходимо внести изменения в процедуры, подтверждающие

навыки врачей (сертификация и аккредитация), и связать базовую зарплату с этим уровнем. Это позволит актуализировать мотивацию для лучшей работы, помимо финансового вознаграждения.

Благодаря реализации майских указов Президента России [18], материальное положение врачей улучшается, но отмена федеральных доплат и региональный уровень регуляции заработанной платы вносят определенные сложности в материальный достаток врачей первичного звена регионов.

Материальное неравенство врачей государственного и частного сектора здравоохранения подкрепляет интерес молодых специалистов к последнему, что формирует кадровый дефицит в первичном звене муниципального уровня. Растет нагрузка на участкового врача-терапевта, и, как следствие, отмечается рост неудовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг.

§ 1.2. Особенности формирования профессиональной роли врача в зарубежной практике

Влияние рыночной экономики на социальный институт медицины, трансформация роли пациента в потребителя услуг – это социальные процессы, происходящие в российском социуме в последнее десятилетие. Современные исследования отечественных авторов в русле психологии в основном эксплицируют проблемы интериоризации этого процесса профессиональными группами врачей и пациентами. Указанные аспекты актуализируют необходимость изучения социальной трансформации профессиональной роли врача в современной России, и, прежде всего – в сравнении с зарубежным опытом. В соответствии с задачами нашего исследования, нами был выполнен анализ процесса социальной трансформации профессиональной роли врача в условиях рыночной экономики на современном этапе развития здравоохранения.

Согласно мнению западных специалистов в области социологии труда и социологии здравоохранения, предоставление медицинских услуг, основанное на «принципах потребления», а также интеграция маркетинга в систему здравоохранения представляют собой угрозу для профессионального статуса врачей, в то время как роль пациента практически не меняется [302].

При реализации потребительского подхода в медицине развивается достаточно контрастная ситуация. Услуги, коммерция, реклама в основном ассоциируются с понятиями жадности и манипуляциями, что полностью противоположно ожидаемым по отношению к системе здравоохранения (а точнее врачу) понятий милосердия, сочувствия и эмпатии в отношении пациента. В научных источниках показано, что в Великобритании из-за главенствующей роли национальной системы здравоохранения данная проблема не столь актуальна.

Иным примером является США [120], где «потребительское здравоохранение» связанно с текущими периодами реформ здравоохранения [375]. В связи с этим очевидна реакция американских граждан против «управляемого здравоохранения», когда здравоохранением управляют не отельные лица, а страховые компании (Rosenthal et al., 2005). Заметим, что в сравнении с европейской социальной моделью здравоохранения, система здравоохранения в США представляется более ориентированной на клиента (потребителя медицинских услуг), однако тенденции последних нескольких десятилетий показали обратное.

Нам импонирует преобладающее осторожное отношение британских социологов к маркетингу в секторе здравоохранения, которые считают, что даже упоминание слова «маркетинг» поставит под угрозу идеалы системы здравоохранения.

Среди общественных организаций Великобритании популярно мнение, что маркетинг есть ничто иное как деятельность, которая создает малую ценность для потребителей медицинских услуг в рамках NHS (Национальной системы здравоохранения): «Менеджеры NHS чувствительны к

общественному мнению и пациенты могут почувствовать, что деньги, потраченные на маркетинг, - это деньги, не потраченные на моющих палаты» [324]. В Великобритании маркетинг в здравоохранении считается недостойным NHS. Маркетологи в сфере здравоохранения сталкиваются с критикой принятия решений на коммерческой основе, т.к. они могут повлечь за собой глубокие социальные последствия. Даже те исследователи, которые выступают за использование маркетинга в секторе здравоохранения, стремятся ограничить его рамки, например, демонстрируя недостатки корпоративного маркетинга (Sheaf, 1991).

Эти факторы обусловили формулирование понятия «социальный маркетинг», определенный как «систематическое применение маркетинга наряду с другими концепциями и методами для достижения социального блага» (Национальный центр социального маркетинга, 2007). Тем не менее, указанный термин все еще вызывает множественные споры в научной среде: сочетание слов «социальный» и «маркетинг» в одном предложении дает основание для вопросов тем, кто считает социальные факторы несовместимыми с рыночным подходом к маркетингу [331]. При этом социальный маркетинг все же широко используются общественными организациями и кампаниями в контексте, например, курения, когда методы социального маркетинга оказались эффективными и привели к изменению законодательства.

В США концепция маркетинга медицинских услуг используется гораздо шире и принимается большей частью представителей системы здравоохранения. Так, например, Центр по контролю и профилактике заболеваний при Правительстве США, активно использует термин «маркетинг здоровья». Агентство по охране здоровья употребляет более обобщенные фразы, например, такие, как коммуникация в области здравоохранения. Официальное определение маркетинга в системе здравоохранения звучит следующим образом: «Маркетинг в области здравоохранения включает в себя создание, передачу и доставку информации

и вмешательств с использованием ориентированных на клиента и научно обоснованных стратегий по защите и укреплению здоровья различных групп населения…». (Центр контроля и профилактика заболеваний США, 2006 г.).

«Социальный маркетинг» или «маркетинг здоровья» определяется как коммерческий маркетинг, который сочетается с научными исследованиями в области здравоохранения, направленными на повышение уровня общественного здоровья. Определенным недостатком является то, что социальный маркетинг в области здравоохранения, по мнению исследователей разных стран, игнорирует некоторые фундаментальные вопросы. Например, то, что ресурсы, доступные для маркетинга, ограничены. Как отметил чиновник системы здравоохранения Великобритании, научно подкрепленные выводы, полученные в таких исследованиях, превосходят ресурсы для достижения их результатов [341].

В исследованиях зарубежных специалистов определение «маркетинга здоровья» связано с влиянием на поведение населения, например, изменение пищевого поведения или отказ от курения. Хотя правительственная информация о заболеваниях, рисках и пр. в таких случаях обозначается как пропаганда [310], признаки применения маркетинговых методов и инструментов очевидны.

С другой стороны, маркетинговая деятельность в частном секторе здравоохранения направлена на изменение или усиление элементов поведения, которые увеличивают потребление товара или услуги. Это противоречит целям маркетинга общественного здравоохранения, в рамках которого влияние на изменения в поведении населения направлены на оптимизацию системы здравоохранения. Например, после появления первых доказательств зависимости рака легких от курения в 1950-х годах, в США были запущены две параллельные маркетинговые кампании: органы общественного здравоохранения стремились пропагандировать снижение потребления табака, в то время как табачные фирмы начали кампанию по дезинформации, подвергая сомнению результаты медицинских исследований

[314]. Неудивительно, что нередко медицинское сообщество испытывает значительный дискомфорт при использовании маркетинга в здравоохранении [331].

Тем не менее, даже если маркетинговые технологии используются в здравоохранении и неадекватно воспринимаются медицинскими специалистами, в этом случае может оказывается административное давление на растущие общественные ожидания, проявляющиеся со стороны пациентов.

Применение терминологии маркетинга в здравоохранения Великобритании является относительно новым явлением применительно к здоровью. В начале 1980-х годов такие попытки подвергались критике на том основании, что парадигма потребительства неуместна, когда люди не платят напрямую за услуги, выбор осуществляется для них специалистом в области здравоохранения, А потребители медицинских услуг, в то же время, являются и «производителями» хорошего здоровья [312].

Первоначальные попытки сосредоточиться на таком объекте как клиент, в контексте системы здравоохранения были малоэффективны для клиентов [262]. Дальнейшие реформы NHS Великобритании в начале 1990-х годов привели к образованию внутреннего рынка медицинских услуг. Появилась «Хартия пациентов» [312]. Теоретически внутренний рынок ориентировался на покупательную способность пациентов, которые рассматривались как потребители медицинских услуг. Однако на практике внутренний рынок был и остается, по-прежнему, только квази-рынком из-за участия врачей общей практики в финансировании, которые стали прокси-потребителями, предписывающими выбор пациентам, а затем принимающим решения о покупке от их имени [312].

Несмотря на то, что в настоящий момент основное внимание уделяется улучшению качества обслуживания клиентов путем сокращения списков ожидания и введения новых услуг, более трех четвертей финансовых средств, поступающих в систему здравоохранения Великобритании, идет на

покрытие растущих затрат на предоставление услуг здравоохранения для стареющего населения [236]. Ch.Thorpe, в качестве критики потребительской модели здравоохранения, отметил, что значительная часть увеличения расходов на здравоохранение идет по пути внедрения дорогостоящих методов лечения для профилактики социально-значимых заболеваний (например, таких, как диабет 2 типа) [381] – а потребительские процессы, которые стимулируют пациента к выбору и получению такого лечения, мало способствуют поощрению изменений в поведении, которые могут потенциально предотвратить заболевание.

Возникновение потребительства в сфере здравоохранения с последующей критикой профессионализма врачей пациентами-услугополучаетелями можно проиллюстрировать возросшим в западной научной литературе употреблением термина «беспокоиться» [309]. Этот термин в США в середине 1990-х годов в ответ на увеличение доступа потребителей к медицинской информации через интернет-ресурсы. Вследствие такого расширения доступа, начинает фиксироваться рост количества пациентов с ипохондрией или тревожными расстройствами [254]. Именно такое явление, как результат применения пациентами медицинской информации без комментариев врачей, показало малозначимость критики профессионализма для медицинских работников. Медицинская профессия является высокоспециализированной, требует сложной и длительной профессиональной подготовки (знаний и умений), наработку практического опыта работы в медицинских организациях. Все это говорит о том, что потребители медицинских услуг (пациенты) не могут полноценно и адекватно оценивать доступную медицинскую информацию с точки зрения ее персональной трактовки. Это явление в условиях рыночной экономики обозначено, как «асимметрия информации врача и пациента».

Несмотря на существенные изменения в социально-экономических реалиях за последние тысячелетия неизменным сохраняется то, что медицинские услуги предоставляются через личные контакты между

экспертом (врачом) и клиентом (пациентом), нуждающимся в медицинских услугах [260].

В государственных медицинских организациях Великобритании каждый год происходит более 300 миллионов общений (встреч) пациентов со специалистами, 90% из которых – консультации с врачами общей практики (GP) [278]. По данным статистических отчетов, типичная консультация врача занимает в среднем 13,3 минуты, каждый GP консультирует, в среднем, 117 пациентов в неделю (Royal College of General Practitioners, 2004) [349]. Тем не менее, существуют и значительные различия между пациентами в условиях использования услуг, и было подсчитано, что 15% пациентов потребляют две трети расходов на здравоохранение [369]. Объяснимо чаще используют медицинские услуги пожилые пациенты (преимущественно, женщины) [332].

Ключевыми проблемами в сфере здравоохранения являются взаимодействие между врачом и пациентом. Показанная в многочисленных исследованиях важность эффективного общения врача и пациента привела к тому, что в образовательных программах медицинских школ Великобритании предусматривается блок, направленный на обучение врачей коммуникативным навыкам [382]. Именно проблемы с отсутствием эффективного общения между врачом и пациентом обуславливают формирование конфликтных ситуаций и основную долю жалоб в настоящее время в Великобритании (Royal College of General Practitioners, 2007 год).

Как показал обзор, в зарубежной литературе основное внимание уделяется маркетингу медицинских услуг, а не взаимообмену между врачом и пациентом.

В последнее время в англо-американских исследованиях выявляются критические замечания касательно изменений в процессах общения медицинского работника и пациента, которые, в частности, основаны на данных опроса Nordic School, направленного на экспликацию ценностей обмена как концепции маркетинга. Так, в частности, ряд таких критиков подчеркивает, что социологические исследования в США в области

здравоохранения больше сфокусированы на объеме лечения, потребностях в лечении, как предоставлении медицинских услуг, но не дают целостного подхода к оценке самим потребителем услуг здравоохранения [365]. Возможно, что именно такой подход к здравоохранению, как к системе создания функционирующего рынка медицинских услуг, в США создал существенные стимулы для чрезмерного потребления и чрезмерного лечения.

Таким образом, в рассматриваемых исследованиях четко прослеживаются маркетинговые подходы, а сами исследования часто носят характер коммерческого заказа, цель которого – заставить пациентов (клиентов) выбрать предложения одной из фирм-конкурентов [317].

Особый интерес для нашей работы представляют медико-социологические исследования здравоохранения в Великобритании, поскольку там наблюдается уникальная, по сравнению с другими зарубежными странами, позиция монополии государственного сектора в здравоохранении. Кроме того, у британцев отмечается высокая степень доверия к национальной системе здравоохранения в целом, и медицинскими специалистами.

Особое внимание при исследовании пациента, как потребителя медицинских услуг, врач уделяет его отношению к здоровому образу жизни. В таком случае исследователям приходится затрагивать личностные качества пациента, а не рассматривать процесс обмена на рынке медицинских услуг как связку «болезнь-сделка». Такой подход, в целом не отрицает маркетинговую сущность, тем не менее отражает двусторонность процесса общения пациента и медицинской организации, рассматривая эти отношения как «взаимозависимые» отношения со специалистами здравоохранения, которые часто формируются рядом отдельных «обменов» на протяжении долгого периода времени [359].

Анализ зарубежных источников позволяет выделить типологизацию моделей предоставления медицинских услуг, как определенной модели взаимоотношения пациента и системы здравоохранения.

Так, в *биомедицинской модели* медицинских услуг (Annandale, 1998) основное внимание уделяется диагностике и применению конкретных научно-обоснованных методов лечения [243]. Вследствие этого ее можно рассматривать как режим предоставления медицинских услуг, цель которого – оценка перспективы стоимости услуги. С точки зрения авторов этой модели, диагноз – это инструмент извлечения стоимости, основанный на односторонней асимметрии между пациентом и врачом. Принимая такую модель, авторы признают, что медицинские услуги являются, по сути, средством передачи «товаров» лечения. В свое время эта биомедицинская модель подверглась обширной критике со стороны исследователей в области социологии здравоохранения, поскольку она представляла медицинские услуги как растущее неравенство в отношении здоровья, не учитывая социальных факторов, а также роль взаимодействия во время посещения врача при определении диагноза [378].

Альтернативный подход был предложен *Скандинавской школой*, подразумевающий исследования различных аспектов лечения как части процесса обслуживания, таким образом подчеркивая ценность процесса взаимодействия с пациентами (клиентами) [317]. Именно интерактивный сервис положен в основу *скандинавской модели* медицинских услуг.

Таким образом, зарубежные социологи в области здравоохранения признают, что в основе предоставления услуг лежит взаимодействие между людьми – между клиентами и сотрудниками медицинской организации. Такой интерактивный медицинский сервис имеет решающее значение с точки зрения определения потребителями качества обслуживания [269]. При этом исследователи отмечают, что «обеспокоенность» качеством обслуживания при встрече с медицинским сервисом не нова. Показателен в

этом отношении подъем в производстве 1980-х годов, связанный с усилением внимания к связи между качеством услуг и успехом в бизнесе [249].

Интересно, что первоначальные попытки управления качеством обслуживания в медицинской сфере были сосредоточены на сокращении количества дефектов в оказании медицинских услуг. Это получило название «нулевых дефектов» или сигма-качества (zero-defects or sigma quality). Руководители медицинских организаций были сосредоточены на получении прибыли от медицинских услуг и применяли ориентированные на психологию потребителя подходы для достижения указанных целей [322]. В результате расширения диапазона сервисных услуг, оказываемых в медицинских организациях, они стали нередко рассматриваться, как синоним контроля и управления действиями сотрудников, а также качества взаимодействия между сотрудниками и клиентами. При этом, в целом для сферы медицинских услуг США (независимо от специфики услуг) характерна установка на определенный «эмоциональный» ответ со стороны получателя.

Вопрос повышения качества медицинского обслуживания рассматривается в зарубежных работах, прежде всего, с позиций качества жизни, показателей высокого уровня здоровья населения, сохранение которого, безусловно, невозможно без активного участия самих потребителей медицинских услуг. В этом контексте роль медицинских специалистов, и особенно врачей первичного звена, предусматривает, что пациенты не только слушают и понимают информацию, но и должны предпринять соответствующие поведенческие действия.

Россия, как социальное государство, также решает проблемы в этом направлении, преодолевая социальное неравенство пациентов. Традиционные ментальные ценности ориентируют на эмоциональный контакт с пациентами для создания эмпатии, которая экспектируется поколениями россиян с высоконравственным обликом врача. Анализ опыта США, Великобритании, показал, что в зарубежных странах предоставление

услуг в области здравоохранения четко ориентировано на повышение их спроса со стороны пациентов. И значение эмоциональности оценивается как качество предоставления информации, поскольку считается (и доказано маркетинговыми теориями), что эмоции, которые должны отображаться сервисными агентами, должны максимизировать эффективность обслуживания и удовлетворенность клиентов (Rafaeli & Sutton, 1987). Исследование в различных контекстах обслуживания выявило, что управление эмоциональными проявлениями является ключевым драйвером для предотвращения отказа от предоставления услуг службы (Hochschild, 2003).

Для понимания причин социальной трансформации профессиональной роли врача важным является изменение основ (в первую очередь, правовых и экономических) взаимодействия врача и пациента на современном этапе. Не исключено, что имеют значение показанные в работах западных исследователей подходы, где эмоциональное общение рассматривается как критерий удовлетворенности пациентов.

Интересно, что в США при внедрении маркетинговых концепций в сфере оказания медицинских услуг было установлено несколько табу, связанных с ключевыми ценностями профессии врача. В Великобритании, где роль Национальной службы здравоохранения велика не только в области оказания медицинской помощи, но и в коллективном сознании общества, существуют еще более жесткие рамки для прямой экстраполяции маркетинговых методов в сферу здравоохранения.

Чаще всего термин «маркетинг» в зарубежной литературе ассоциируется с политикой, и воспринимается в Великобритании как угроза ослабления национальной модели здравоохранения. Это особенно касается общественного мнения о том, что коммерческие ассоциации будут влиять на политику предоставления медицинских услуг.

Наблюдаемая в европейских странах тенденция ослабления государственной монополии в предоставлении медицинских услуг

населению, во многом обусловлена политикой и деньгами и сопровождается неудовлетворенностью пациентов из-за все более ограниченных ресурсов государственной службы здравоохранения.

§ 1.3. Современные представления о профессиональной роли врача

Классические представления о профессиональной роли врача нашли отражение в структурно-функциональной концепции Т. Парсонса, который рассматривал взаимоотношения в системе врач-пациент «как разновидности социального взаимодействия» [11]. Т. Парсонс считал, что наличие профессионализма и профессиональных знаний приводит к созданию неравенства не только внутри профессиональной группы, но и между профессионалами и пациентами. В рамках своей концепции он рассматривал профессию врача как идеальный тип профессии, поскольку, по его мнению, профессионалы от медицины – пример нерыночной социальной группы, единственной мотивацией которой является оказание услуг пациентам или служение безлично оцениваемым продвижениям науки.

Идеи о социальных функциях медицины также нашли свое отражение в работах французского постмодерниста Мишеля Фуко («История безумия в классическую эпоху», 1961, «Рождение клиники: Археология врачебного взгляда», 1963) в которых эксплицированы корпоративные принципы медицинской практики, специфика профессиональной компетентности, особенности получения медицинского образования.

Современные направления изучения феномена профессионализации характеризуются междисциплинарным характером и определяют научное поле исследования в области психологии, педагогики, акмеологии, теоретической и прикладной социологии. В рамках современной социологии различные аспекты профессионализации исследуются с использованием атрибутивного, феноменологического и антропологического подходов [122, 173]. Для первого из них характерна оценка черт или характеристик того или иного вида занятий по заранее оговоренной шкале, определяющей статус профессии.

Феноменологический подход, интерпретируя взгляды профессионалов на их повседневность, рассматривает профессию как относительно

замкнутый и самодостаточный жизненный мир. Профессия - это еще и номинация, «социальный ярлык», возникающий в результате усложняющегося разделения труда, становясь элементом идентичности человека и параметром социальной структуры общества [173].

В современных работах зарубежных исследователей в области социологии профессий выделяют не менее шести элементов, формирующих идеальную типичную структуру профессионализма [309]:

- Специализированная работа в официально признанной отрасли экономики, которая основана на теоретически основанных, дискреционных знаниях и навыках.
- Исключительная юрисдикция в конкретном разделении труда, созданного и контролируемого профессиональными ассоциациями.
- Защищенное положение на внешних и внутренних рынках труда, основанное на квалификационных полномочиях, создаваемых данным видом деятельности.
- Наличие формальной образовательной программы, существующей вне трудового маркетинга, которая обеспечивает обучение квалификационным компетенциям, контролируемым профессиональными ассоциациями.
- Наличие корпоративной идеологии, которая утверждает большую приверженность к данному виду трудовой деятельности, больше, чем преследование экономической.
- Вознаграждение за предоставленные услуги.

Следует отметить, что, во-первых, профессиональные услуги характеризуются *информационной асимметрией* между потребителем и профессионалом. Образовательные стандарты и специальные знания, необходимые профессионалам, недоступны большинству потребителей, поэтому они ограничены в выборе и вынуждены позволить профессионалам принимать решения от их имени. Однако повышение уровня образования и использования интернет-технологий в обществе способствовали

незначительному сокращению разрыва в понимании между профессионалами и потребителями медицинских услуг [328].

Во-вторых, этот *информационный дисбаланс* был поставлен под сомнение увеличением объема специализированной информации**,** доступной широкой общественности [328]. В то время как потребители всегда имели доступ к информации, Интернет предоставил им доступ к тому же типу информации, который ранее был доступен только профессионалам. Такое выравнивание информационной асимметрии можно рассматривать как угрозу профессиональной автономии и власти. Практика «постановки диагноза» пациентами самостоятельно с помощью Google в настоящее время носит интернациональный характер.

В-третьих, *рост потребительской культуры в контексте профессионализма.* Увеличилась осведомленность потребителей и появилась возможность выбирать специалиста (профессионала). Само наличие маркетинговой деятельности через профессиональные услуги, а вместе с ней появление потребительской культуры - относительно новое явление даже для США. Только в 1980 году Федеральная Комиссия по торговле США настаивала на «дерегулировании» профессиональных услуг, включая врачей, юристов, стоматологов, чтобы стимулировать маркетинговую деятельность и потребительский выбор (Stiff & Gleason, 1981). Профессиональные ассоциации выступили против этого изменения, утверждая, что маркетинговые методы привлекут менее квалифицированных специалистов, что в свою очередь создаст давление для снижения цен на услуги, но они будут предоставляться так называемыми пара-профессионалами. [258].

Несмотря на эти аргументы во многих сервисных категориях, потребители теперь имеют широкий выбор поставщиков услуг, несмотря на уровень их профессионализма. Способность потребителей менять специалиста (как исполнителя услуги) или в медицине «получить второе мнение» означает, что профессионалы находятся под большим давлением,

чтобы обеспечить удовлетворенность потребителей результатами своих услуг.

В-четвертых, возрастающая *роль средств массовой информации (масс-медиа)* в оценке специалистов. Различные организации, располагающие ресурсами профессионального знания часто в формате дискуссий и дебатов среди профессионалов, в конечном счете формируют консенсус относительно «наилучшего» способа предоставления и оказания услуг. Однако эти дебаты часто публикуются средствами массовой информации и воспринимаются общественностью, как отражение неопределенности в отношении профессиональных знаний (Pettset al., 2000). Например, получил широкую известность случай, когда в 1998 году в журнале «Ланцет» (Wakefield et al.,1998) поставили под сомнение эффективность вакцины MMR (против паротита, кори и краснухи), в результате чего она получила массовую рекламу в средствах массовой информации. Конкурирующие претензии и встречные требования среди медицинских работников, по поводу того, какая вакцина была более безопасной, вызвала путаницу среди широкой общественности, и многие родители отказались от вакцинации (Murch, 2003). Частота вакцинации снизилась до 61% в Лондоне и к 2005 году эпидемии эпидемического паротита и кори были зарегистрированы в Великобритании, Ирландии и Нидерландах, что привело к гибели большого числа детей [361]. Дальнейшие научные исследования не нашли никаких доказательств в отношении первоначальной озабоченности связью между MMR и аутизмом.

Тем не менее, участие потребителей в дискуссиях, которые ранее проходили только среди профессионалов, вызвало значительное профессиональное недоверие. На более широком уровне это представляет собой пример общественных проблем в отношении требований науки и ее рациональности. Кроме того, широко обсуждается роль общественного риска [252], где риски в современном обществе производятся человеческой деятельностью и, следовательно, управляемы и могут быть измерены.

Современные отечественные исследования в области социологии медицины затрагивают различные аспекты социализации профессиональной группы врачей, детально рассматривая отдельные врачебные специальности: стоматология, офтальмология, дерматовенерология, хирургия, анестезиология и реанимация, педиатрия, гинекология, онкология, лабораторная диагностика и др. [52, 63, 64, 177, 183, 192, 193, 194, и др.]. В частности, в диссертационной работе С.А. Ефименко, выполненной под руководством академика РАН А.В. Решетникова был описан социальный портрет участкового врача-терапевта [63]. Основной тенденцией является социальная переориентация деятельности врачей первичного звена с лечебно-диагностической работы на работу профилактического характера. На это же направлено и введение «сплошной диспансеризации» взрослого населения.

Несмотря на некоторый прогресс в кадровой политике в медицинской отрасли, наибольший дефицит по-прежнему сохраняется в системе оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи. Даже в г. Москва сохраняется потребность поликлиник во врачах общей практики, а «развитие первичной медико-санитарной помощи населению - одно из основных направлений государственной программы [149].

В настоящее время в России в соответствии с майскими указами Президента РФ В.В. Путина разработан национальный проект «Здравоохранение», основной целью которого является улучшение работы первичного звена здравоохранения.

Развитие национальной системы здравоохранения России во многом определяется совершенствованием нормативно-правовой базы и введением новых правовых понятий и терминов в сферу оказания медицинской помощи. Так, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ определены основные виды медицинской помощи и формы ее оказания [2].

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» от 15.05.2012 № 543н прописан как круг лиц, оказывающих определенный вид медицинской помощи, так и условия ее оказания [2].

Также стоит отметить некоторые приложения к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» от 15.05.2012 № 543н:

1. Правила организации деятельности поликлиники (Приложение № 1);
2. Правила организации деятельности кабинета (отделения) доврачебной помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины) (Приложение № 3);
3. Правила организации деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины) (Приложение № 5);
4. Правила организации деятельности Центра (Отделения) общей врачебной практики (семейной медицины) (Приложение № 21);
5. Правила организации деятельности Центра (Отделения) общей врачебной практики (семейной медицины) (Приложение № 21);
6. Стандарт оснащения Центра (Отделения) общей врачебной практики (семейной медицины) (Приложение № 23);
7. Правила организации деятельности кабинета врача общей практики (семейного врача) (Приложение № 26);

Таким образом, профессиональная деятельность участкового врача-терапевта представляет собой в юридическом контексте осуществление такой формы медицинской помощи, как *первичная медико-санитарная помощь*, в виде *первичной врачебной медико-санитарной помощи*, которая оказывается участковыми врачами-терапевтами *амбулаторно*.

Учитывая, что в настоящее время превалирует территориально-участковый принцип организации первичной врачебной медико-санитарной помощи (поскольку институт семейного врача находится в стадии формирования, а центры здоровья и аналогичные лечебные учреждения еще не получили полного распространения по всей территории страны), мы сфокусировались на изучении процессов социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта.

Совершенствование нормативно- правовой базы в сфере здравоохранения привело к внедрению новых понятий в сферу оказания медицинской помощи. Федеральным Законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [2]. определены виды медицинской помощи и формы ее оказания. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» прописан как круг лиц, оказывающих определенный вид медицинской помощи, так и условия ее оказания. Таким образом, профессиональная деятельность участкового врача-терапевта представляет собой в юридическом контексте осуществление такой формы медицинской помощи, как *первичная медико-санитарная помощь*, в виде *первичной врачебной медико-санитарной помощи*, которая оказывается участковыми врачами-терапевтами *амбулаторно.*

Следуя нормам указанных правовых актов, в своей работе мы акцентировали внимание на профессиональной роли участкового врача-терапевта, поскольку в настоящее время преобладает территориально-участковый принцип организации первичной врачебной медико-санитарной помощи, и, поскольку, институт семейного врача находится в процессе становления, а центры здоровья и аналогичные лечебные учреждения еще не получили полного распространения по всей территории страны. В условиях изменившихся социально-экономических отношений в российском социуме

нами были рассмотрены социально-психологические параметры профессиональной роли участкового врача-терапевта – базовой (минимальной) единицы социального института медицины.

Таким образом, проведенный обзор современных исследований в данном проблемном поле демонстрирует мировые тенденции социальных изменений профессиональной роли врача, обусловленные интеграцией методов и подходов маркетинга в сферу охраны здоровья, и указывает на необходимость и практическую востребованность медико-социологического сопровождения социальной трансформации статусно-ролевых параметров участкового врача-терапевта.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ:

Проведенный аналитический обзор научной литературы по изучаемой проблеме позволяют сделать следующие выводы:

1. Формирование профессиональной роли врача в России проходило в изменяющихся социально-экономических условиях и характеризуется сменой ряда моделей медицинской профессии: нравственно-этической, меритократической и экспертной модели. Формированию экспертной модели способствовали и интеграция доказательной медицины, а далее – развитие биотехнологий, высокотехнологичных медицинских методик. Основными мотивами профессиональной деятельности врача являются материальное вознаграждение, профессиональный интерес к работе и альтруизму, при этом современные экономические условия характеризуются принципиальным изменением оплаты труда врачей с введением эффективного контракта, которые могут быть рассмотрены как факторы трансформации профессиональной роли врача.

2. Формирование профессиональной роли врача в развитых странах происходит под влиянием смены моделей предоставления медицинских услуг, как определенной модели взаимоотношения пациента и системы здравоохранения от биомедицинской модели к скандинавской. Несмотря на рост потребительской идеологии в сфере оказания медицинской помощи, зарубежные социологи признают, что в основе предоставления медицинских услуг лежит взаимодействие между клиентами/пациентами и сотрудниками медицинской организации/врачами. Такой интерактивный медицинский сервис имеет решающее значение с точки зрения определения качества обслуживания и удовлетворенности оказываемыми медицинскими услугами.

3. Современные, как отечественные, так и зарубежные исследования в данном проблемном поле демонстрируют мировые тенденции изменения профессиональной роли врача, обусловленные интеграцией методов и подходов маркетинга в сферу охраны здоровья, и

показывают необходимость и практическую востребованность медико-социологического исследования статусно-ролевых параметров врача-терапевта с целью разработки научно-обоснованных мероприятий по повышению качества оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи населению в рамках реформирования системы отечественного здравоохранения.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

§ 2.1. Материалы и база исследования

В рамках проведения диссертационного исследования были разработаны план и программа комплексного медико-социологического исследования врачей первичного звена (участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики) и пациентов, получающих медицинские услуги у участковых врачей-терапевтов муниципальных поликлиник в рамках оказания ПМСП.

Для достижения поставленных задач в исследовании были применены современные социологические и медико-социологические методы.

В соответствии с задачами работы нами было проведено изучение медико-демографической характеристики г. Ростова-на-Дону, комплексное медико-социологическое исследование мнения группы участковых врачей-терапевтов муниципальных поликлиник г. Ростова-на-Дону и медико-социологическое исследование мнения пациентов городских поликлиник г. Ростова-на-Дону.

Комплексное медико-социологическое исследование участковых врачей-терапевтов и пациентов было реализовано на базах городских поликлиник и их филиалов:

- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №2 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №4 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №5 г. Ростова-на-Дону»;

- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №7 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №9 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №10 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №12 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №14 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №16 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №41 г. Ростова-на-Дону»;
- Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №42 г. Ростова-на-Дону»;
- Поликлиника при муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения "Городская больница № 1 им. Семашко"
- Поликлиника при МБУЗ "Городская больница № 20"
- Поликлиника при муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения "Городская больница № 4";
- Поликлиника при МБУЗ "Городская больница № 6";
- Поликлиника при муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения "Городская больница № 7";
- Поликлиника при муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения "Городская больница № 8".

Социологическое исследование участковых врачей-терапевтов и их пациентов включало три основных направления:

- медико-социологическое исследование «Изучение основных аспектов работы и жизни врачей первичного звена (участковых врачей терапевтов,

врачей общей практики, семейных врачей) с целью выявления проблемных зон в работе врачей и улучшения качества их жизни»;

- медико-социологическое исследование мнения пациентов, получавших медицинские услуги в муниципальных поликлиниках города Ростова-на-Дону, схожих по основным признакам для определения уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи и его повышения;
- использование метода фокус-групп для изучения особенностей изменения профессиональной роли участковых врачей-терапевтов в первичном звене российской системы здравоохранения на современном этапе (на основе мнений молодых и опытных врачей).

Объем выборки был сформирован для каждого направления исследования.

Всего в муниципальных поликлиниках г. Ростова-на-Дону занято 387 врачей. Анкетирование врачей носило выборочный характер, при этом была использована методика случайной бесповторной выборки.

Расчет выборки был произведен по следующей формуле:

$$n = \frac{t^2 * \sigma^2 * N}{N * \Delta^2 + t^2 * \sigma^2}$$

где: n – объем выборочной совокупности, Δ – величина допустимой ошибки в долях, N – величина генеральной совокупности, t – коэффициент доверия (критерий достоверности), σ – дисперсия или мера рассеивания исследуемого признака, характеризующая величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности.

Определение необходимого числа выборочных единиц происходило на основе следующих параметров. Если предельная ошибка выборки равна 0,05, а коэффициент доверия – 2 при дисперсии 0,5, то это обеспечивает высокую достоверность результатов опроса в 95% случаев с предельной ошибкой ±5%.

Приняв за генеральную совокупность 387 врачей, рассчитаем выборку, необходимую для обеспечения репрезентативности исследования:

$$n=\frac{2^2*0{,}05^2*387}{387*0{,}05^2+2^2*0{,}05^2}=197$$

Расчетный объем выборки составил 197 человек.

Таблица 2.1.1.

Распределение необходимого количества врачей-терапевтов и врачей общей практики по городским поликлиникам г. Ростова-на-Дону.

ЛПУ	**Кол-во врачей**	**Квота**	**Выборка (врачи)**
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону»	36	9,2%	18
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №2 г. Ростова-на-Дону»	9	2,3%	5
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №4 г. Ростова-на-Дону»	23	5,9%	12
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №5 г. Ростова-на-Дону»	29	7,5%	15
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №7 г. Ростова-на-Дону»	16	4,1%	8
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №9 г. Ростова-на-Дону»	16	4,1%	8
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №10 г. Ростова-на-Дону»	20	5,2%	10
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №12 г. Ростова-на-Дону»	12	3,1%	6
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №14 г. Ростова-на-Дону»	12	3,1%	6
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №16 г. Ростова-на-Дону»	50	12,8%	25
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №41 г. Ростова-на-Дону»	22	5,7%	11
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская	17	4,4%	9

поликлиника №42 г. Ростова-на-Дону»			
Поликлиника при МБУЗ "Городская больница № 1 им. Семашко"	19	4,8%	9
Поликлиника при МБУЗ "Городская больница № 20"	42	10,9%	21
Поликлиника при МБУЗ "Городская больница № 4"	15	3,9%	8
Поликлиника при МБУЗ "Городская больница № 6"	14	3,5%	7
Поликлиника при МБУЗ "Городская больница № 7"	21	5,3%	10
Поликлиника при МБУЗ "Городская больница № 8"	17	4,3%	8
Итого:	387	100,0%	197

Фактически, участие в опросе принял 221 врач-терапевт городских поликлиник города Ростова-на-Дону.

Отбор респондентов был проведен по следующим критериям включения (рекрутинга):

- факт работы в должности врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики, семейного врача в одной из городских поликлиник г. Ростова-на-Дону на момент опроса;
- опыт работы по специальности не менее 3 лет;
- согласие на заполнение анкеты на условиях анонимности.

В исследование не включались врачи-терапевты, работающие в стационарах больниц.

При сборе информации о работе участковых врачей-терапевтов соблюдались все нормы медицинской этики (добровольность участия, конфиденциальность, неразглашение информации и др.). Данный вопрос был согласован с этическим комитетом Университета (базы исследования, ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России).

Инструментарий исследования (анкета) врачей первичного звена представлен в Приложении 1. Анализ эмпирических данных проведенного исследования по социологическому исследованию врачей-терапевтов представлен в Главе 3.

Единицы наблюдения – врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач общей практики, семейный врач городской поликлиники г. Ростова-на-Дону, поскольку их специализация предусматривает выполнение во многом аналогичных функций.

При разработке анкеты в нее были внесены вопросы (всего 30) позволяющие оценить разные стороны жизни и профессиональной деятельности специалистов, которые при разработке и анализе позволили сконцентрировать информацию по наиболее значимым с нашей точки зрения информационным блокам. При формировании вопросов анкеты существенное внимание было уделено 3-м основным блокам работы и жизнедеятельности участковых врачей-терапевтов.

Первый блок условно можно обозначить, как **социально-экономический**. В этом блоке изучались материально-бытовые условия жизни врачей и их семей, мотивационные факторы работы, самооценка состояния здоровья и др. Во втором блоке, который может быть обозначен как **ценностно-мотивационный** были представлены вопросы, касающиеся жизненных ценностей, основные мотивационные факторы профессиональной деятельности и факторы, стимулирующие респондентов к улучшению своей профессиональной деятельности и др. С использованием вопросов третьего блока оценивались **личностные и профессиональные показатели**: удовлетворенность работой, характер взаимоотношений с коллегами, эффективность системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности и те мероприятия, которые с точки зрения врачей необходимо реализовать для повышения эффективности их труда.

В этом блоке предусматривалось изучение уровня и качества жизни врачей существенное внимание было уделено оценке уровня и качества жизни, мотивационным факторам профессиональной деятельности, социально-психологической удовлетворенности работой, проблемным точкам деятельности врачей в современных условиях и др. Конечной целью социометрического и математико-статистического анализа полученных

данных явилась разработка модели деятельности участковых врачей-терапевтов, с помощью которой можно было бы прогнозировать успешность профессиональной деятельности и качества работы специалистов.

Исследованием установлено, что по гендерному признаку в группах опрошенных врачей преобладали женщины (88,6%), в то время как мужчин было всего 11,4%, что характерно и для генеральной совокупности.

Статистическая обработка базы данных проводилась по всей выборочной совокупности без учета полового признака.

Для изучения ролевых конфликтов участковых врачей-терапевтов проводилось исследование на материале 2-х фокус-групп. Подбор участников фокус-групп осуществлялся по критерию стажа профессиональной деятельности поскольку в формировании необходимых профессиональных качеств врачей очень важное значение имеет длительность работы. В исследовании Жданова В.Г. (1996) было доказано, что необходимый профессиональный уровень в работе достигается молодыми врачами при стаже не менее 5-ти лет. В связи с этим для социологического анализа были сформированы две фокус-группы.

Социологическое исследование пациентов, получающих медицинские услуги у участковых врачей-терапевтов муниципальных поликлиник в рамках оказания ПМСП включало 1 основное направление:

- медико-социологическое исследование «Изучение мнения пациентов поликлинического звена по вопросам качества оказываемых медицинских услуг».

Был сформирован объем выборки для данного направления исследования.

Всего в муниципальных поликлиниках г. Ростова-на-Дону обслуживается 630 321 человек. Анкетирование пациентов носило выборочный характер, при этом была использована методика случайной бесповторной выборки. При отборе в группу респондентов, обращающихся к участковым врачам-терапевтам, был использован метод механической

выборки. Опросу подлежал каждый третий пациент, пришедший на прием к врачу.

Расчет выборки был произведен по следующей формуле:

$$n=\frac{t^2*\sigma^2*N}{N*\Delta^2+t^2*\sigma^2}$$

где: n – объем выборочной совокупности, Δ – величина допустимой ошибки в долях, N – величина генеральной совокупности, t – коэффициент доверия (критерий достоверности), σ – дисперсия или мера рассеивания исследуемого признака, характеризующая величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности.

Определение необходимого числа выборочных единиц происходило на основе следующих параметров. Если предельная ошибка выборки равна 0,05, а коэффициент доверия – 2 при дисперсии 0,5, то это обеспечивает высокую достоверность результатов опроса в 95% случаев с предельной ошибкой ±5%.

Генеральной совокупностью в данном исследовании выступило взрослое население, прикрепленное к муниципальным поликлиникам г.Ростова-на-Дону (630 321 человек). Расчет выборки, необходимой для обеспечения репрезентативности исследования был произведен по формуле:

$$n=\frac{2^2*0{,}05^2*630.321}{630.321*0{,}05^2+2^2*0{,}05^2}=400$$

Расчетный объем выборки составил 400 человек.

Таблица 2.1.2.

Распределение необходимого количества пациентов по городским поликлиникам г. Ростова-на-Дону (с квотами выборочного исследования).

ЛПУ	**Прикрепленное население**	**Квота**	**Выборка (пациенты)**
Муниципальное бюджетное учреждение	73481	11,7%	47

здравоохранения «Городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону»			
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №2 г. Ростова-на-Дону»	18147	2,9%	12
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №4 г. Ростова-на-Дону»	83064	13,2%	53
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №5 г. Ростова-на-Дону»	64538	8,6%	35
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №7 г. Ростова-на-Дону»	30252	4,8%	20
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №9 г. Ростова-на-Дону»	37078	5,9%	23
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №10 г. Ростова-на-Дону»	40036	6,4%	25
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №12 г. Ростова-на-Дону»	36243	4,4%	17
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №14 г. Ростова-на-Дону»	46666	5,7%	22
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №16 г. Ростова-на-Дону»	127053	20,2%	81
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №41 г. Ростова-на-Дону»	53712	8,5%	34
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №42 г. Ростова-на-Дону»	49125	7,8%	31
Итого:	630 321	100,0%	400

Фактически, участие в опросе приняло 407 пациентов, получающих медицинские услуги у участковых врачей-терапевтов муниципальных поликлиник города Ростова-на-Дону.

Отбор респондентов был проведен по следующим критериям включения (рекрутинга):

- факт получения медицинских услуг в рамах оказания ПМСП, в одной из городских поликлиник г. Ростова-на-Дону на момент опроса;
- согласие на заполнение анкеты на условиях анонимности.

При социологическом исследовании соблюдались все нормы медицинской этики (добровольность участия, конфиденциальность, неразглашение информации и др.). Данный вопрос был согласован с этическим комитетом Университета (базы исследования, РостГМУ).

Инструментарий исследования (анкета) пациентов первичного звена представлен в Приложении 3. Анализ эмпирических данных проведенного социологического исследования пациентов представлен в Главе 4.

Единица наблюдения – пациент, получивший медицинские услуги в рамах оказания ПМСП одной из отмеченных муниципальных поликлиник г. Ростова-на-Дону.

Инструментарий исследования мнений пациентов (анкета) включал следующие содержательные блоки:

1. Самооценка состояния здоровья, частота обращения в поликлинику, удовлетворенность жизнью в целом и др.
2. Приверженность принципам ЗОЖ, проблемные вопросы при обращении в поликлинику, качество лечения и обследования и др.
3. Оценка работы поликлиник и врачей, профессиональный уровень врачей, взаимодействие между врачом и пациентом и др.
4. Источники получения медицинской информации, отношение к диспансеризации, комплаентоность.
5. Паспортная часть.

Также в работе были использованы результаты контент-анализа документов государственных и общественных организаций, законодательных документов, материалов периодических изданий и электронных ресурсов тематических Интернет-сайтов (www.medlinks.ru, www.tass-ural.ru.sociology, www.spruce.ru/attestation, www.gazeta.ru/education, www.proforientator.ru, www.joblibrary.ru/dictionary, www.ege-prof.ru и др.).

§ 2.2. Методология исследования и анализа данных

Анализ полученного исследовательского материала проводился с помощью следующих методов:

1. Статистический – анализ данных официальной статистики в области исследования потребность в кадрах первичного звена здравоохранения (Росстат, Минздрав РФ, ВОЗ и др.);

2. Анализ документов:

- анализ нормативно-правовой базы Российской Федерации, включая законодательные акты федерального и регионального уровней, регламентирующие вопросы, связанные с работой первичного звена здравоохранения, в частности участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей);
- анализ фундаментальных научных работ по проблемам организации ПМСП и ее аналогов в современной России и за рубежом соответственно, материалов диссертационных исследований, публикаций отечественных и зарубежных авторов в научных изданиях по изучаемой проблеме, материалов научно-практических конференций;
- анализ официальных изданий, материалов, докладов и информации, размещенных на официальных электронных ресурсах государственных ведомств, служб и учреждений системы здравоохранения.
- документов государственных и общественных организаций, материалов периодических изданий и электронных ресурсов тематических Интернет-сайтов.

4. Социологические методы - обработка и анализ данных анкетирования с помощью программного пакета *SPSS PASW Statistica 12.0*. При выполнении диссертационной работы выбор метода обработки данных определялся поставленными задачами.

Анализ данных эмпирической части диссертационной работы включает социологический блок из нескольких направлений.

При изучении врачей-терапевтов для первого направления исследования (Глава 3) при анализе базы данных экспертного опроса «Изучение основных

аспектов работы и жизни врачей первичного звена (участковых врачей терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей) с целью выявления проблемных зон в работе врачей и улучшения качества их жизни» (N=221), было проведено одномерное частотное и процентное распределение ответов врачей первичного звена (участковых врачей терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей) муниципальных поликлиник г. Ростова-на-Дону, а также рассчитан средний балл (M±m) для оценки количественных составляющих ответов. Обработка собранной информации осуществлялась с помощью программного пакета *SPSS PASW Statistica 12.0*, в которой был сформирован массив данных и произведены основные расчеты. В рамках этого направления был выполнен, преимущественно, простой одномерный с процентным и частотным распределением анализ данных, который в совокупности с качественным анализом данных позволил сделать основные выводы и обобщения по результатам исследования.

При изучении мнения пациентов в период 2018-2019 гг. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ) было проведено медико-социологическое исследование, в котором приняли участие 407 пациентов, получавших медицинские услуги в двенадцати муниципальных поликлиниках города Ростова-на-Дону, схожих по основным признакам: структура поликлиники, численность прикрепленного взрослого населения, штатное количество рекомендуемых должностей медицинских работников.

Исследование проводилось методом очного анонимного анкетирования в рамках принятой методологии. Отбор единиц для участия в анкетном опросе проводился выборочным методом. Обработка статистических данных выполнена при помощи программного обеспечения *SPSS PASW Statistica 12*.0

Для второго направления исследования (Глава 3) метод фокус-группы для выявления (N=16), был проведен анализ ответов на вопросы сформулированные в процессе проведения фокус-группы.

Математическая обработка данных проводилась в соответствии с ГОСТ 8.207-76 методами вариационной статистики с вычислением параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических (χ-квадрат) критериев различия и коэффициентов корреляции с помощью пакета прикладных программ *Microsoft Excel 2016* и *SPSS PASW Statistica 12*.0

Частные эмпирические методы обработки и анализа данных по всем направлениям исследования были дополнены статистическими методами, позволяющими обеспечить обработку полученных в результате анализа данных, установить зависимости между изучаемыми явлениями и представить основные результаты исследования в виде диаграмм и таблиц. Кроме того, они помогают оценить результаты исследования, повышают надежность выводов, дают основания для теоретических обобщений. В целом, представленная программа, методы и инструментарий исследования соответствуют требованиям к подобным документам, и позволяют получить необходимые эмпирические и теоретические данные для решения поставленных в диссертационной работе задач.

Таблица 2.2.1

Методологическое обеспечение и этапы исследования

Этап исследования	Единица наблюдения	Методы исследования	Источник информации	Объем наблюдений
1. Аналитический обзор отечественных и зарубежных источников литературы по теме формирования профессиональной роли врача-терапевта и ее трансформации в современных условиях.	Официальный источник Источник литературы	Аналитический Контент-анализ	Источники отечественной и зарубежной литературы:	
			- научная литература: монографии, диссертации, авторефераты, научные статьи, аналитические отчеты и др.	387
			- нормативно-правовые акты Российской Федерации, регламентирующие вопросы, связанные с деятельностью учреждений системы российского здравоохранения	387
			- официальные издания, материалы, доклады и информация, размещенная на официальных электронных ресурсах государственных ведомств, служб и учреждений системы здравоохранения	387
2. Разработка методов	Официальный источник	Аналитический	Источники отечественной	

исследования и инструментария для оценки трансформации социального образа и роли врача-терапевта в первичном звене здравоохранения.	Источник литературы	Контент-анализ Медико-демографический анализ	и зарубежной литературы:	
			- научная литература: монографии, диссертации, авторефераты, научные статьи, аналитические отчеты и др.	387
			- нормативно-правовые акты Российской Федерации, регламентирующие вопросы, связанные с деятельностью учреждений системы российского здравоохранения	29
			- официальные издания, материалы, доклады и информация, размещенная на официальных электронных ресурсах государственных ведомств, служб и учреждений системы здравоохранения	17
3. Получение данных по результатам анкетирования и метода фокус-групп (бланки заполненных анкет, транскрибирование аудио и видео записей).	Врач-терапевт городской поликлиники г. Ростова-на-Дону	Аналитический Статистический Социологический (Statistica 12.0)	Анкеты, заполненные врачами	221
	Пациент городской поликлиники г. Ростова-	Аналитический Статистический	Анкеты, заполненные пациентами	407

	на-Дону.	Социологический (*SPSS PASW Statistica 12.0*) Сценарий фокус-группы	Аудиозапись/ Видеозапись Стенограмма	2/2/2
4. Обработка, систематизация, обобщение, анализ и интерпретация полученных исследовательских данных, выявление основных тенденций и характеристик предмета исследования	Пациент городской поликлиники.	Аналитический Статистический Социологический (*SPSS PASW Statistica 12.0*)	Массив данных из SPSS	407
	Врач-терапевт городской поликлиники г. Ростова-на-Дону	Аналитический Статистический Социологический (*SPSS PASW Statistica 12.0*)	Массив данных из SPSS	221
	Врач-терапевт городской поликлиники г. Ростова-на-Дону	Аналитический Статистический Социологический (*SPSS PASW Statistica 12.0*)	Результаты транскрибирование аудио и видео записи	2/2/2
5. Научное обоснование интеграции медицинской информатики, а также необходимость развития геронтологической службы в первичном звене здравоохранения на региональном уровне.	Врач-терапевт городской поликлиники г. Ростова-на-Дону	Аналитический	Результаты исследований	

Таблица 2.2.2

Программа и источники исследования.

Цель исследования	Оценить социальную трансформацию профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях и научно обосновать направления оптимизации оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи участковыми врачами-терапевтами.			
Этапы исследования	Составление программы и плана: - разработка программы и инструментария исследования; - организация и проведение сбора данных по направлениям исследования; - подбор респондентов по направлениям исследования	Сбор материала (регистрация): - апробация инструментария и внесение корректив; - получение данных от пациентов и врачей с использованием метода очного анкетирования. - систематизация полученных данных и формирование массива для обработки; - получение аудиофайла/видеофайла с их последующей расшифровкой.	Разработка данных: - анализ данных результатов медико-социологических опросов; - анализ 2-х стенограмм фокус-групп; - составление общего аналитического отчета по комплексному медико-социальному исследованию	Результаты анализа и практические рекомендации: - внедрение методических рекомендаций по применению методов информатизации среди пациентов и врачей-терапевтов первичного звена здравоохранения для решения кризисных состояний и медико-психологической разгрузки поликлиник, а также решения конфликтных ситуаций, возникающих в практике оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи.
Основные методы исследования	Аналитический	Статистический	Социологический	
Объект, предмет исследования	Профессиональная группа участковых врачей-терапевтов, пациенты городской поликлиники.		Трансформация профессиональной роли участкового врача-терапевта.	
Основные источники информации	Источники отечественной и зарубежной литературы: - научная литература: монографии, диссертации, авторефераты, научные статьи, аналитические отчеты, терминологические словари и др. - нормативно-правовые акты РФ, регламентирующие вопросы, связанные с деятельностью учреждений системы российского здравоохранения - официальные издания, материалы, доклады и информация, размещенная на официальных электронных ресурсах государственных ведомств, служб и учреждений системы здравоохранения.		Регистрационные документы: - авторская анкета для проведения опроса пациентов городской поликлиники г. Ростова-на-Дону - авторская анкета для опроса врачей-терапевтов городской поликлиники г. Ростова-на-Дону - сценарий фокус-группы врачей-терапевтов городской поликлиники г. Ростова-на-Дону	

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

§ 3.1. Организация первичной-медико-санитарной помощи в г.Ростов-на-Дону

Медико-социологическое исследование факторов социальной трансформации профессиональной роли участковых врачей-терапевтов проводилось по материалам деятельности участковой терапевтической службы г. Ростова-на-Дону.

С 2016 года в Ростовской области наблюдается сокращение числа амбулаторно-поликлинических медицинских организаций: с 116 в 2014 до 112 единиц в 2018 году. В то же время нагрузка по основным направлениям работы на эти организации постоянно растет (рис. 3.1.1.).

На январь 2019 года в структуре участковой терапевтической службы г. Ростова-на-Дону функционирует 18 поликлиник, в которых работают 261 участковый врач-терапевт.

В г. Ростове-на-Дону прослеживаются некоторые трудности в комплектовании кадрами первичного звена здравоохранения. Так, по данным Управления здравоохранения г. Ростова-на-Дону, при наличии в самостоятельных муниципальных поликлиниках и в поликлиниках при крупных городских больницах при наличии 387 ставок штатных должностей участковых врачей-терапевтов, занято всего 268 ставок. Число физических лиц (работающих по основному месту работы) на занятых должностях еще меньше и составляет 261 человек (укомплектованность штатных должностей составляет 67,4%).

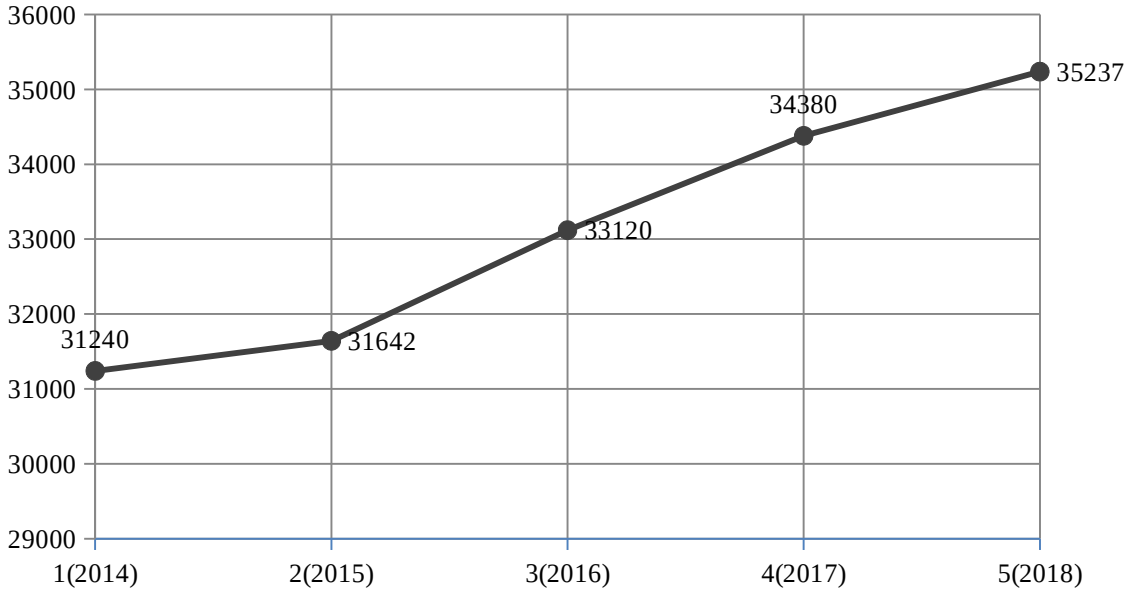

Рисунок 3.1.1. Мощность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций г.Ростова-на-Дону в динамике пяти лет.

Эти данные подтверждаются также показателями посещений на 10 тысяч населения (рис. 3.1.2.).

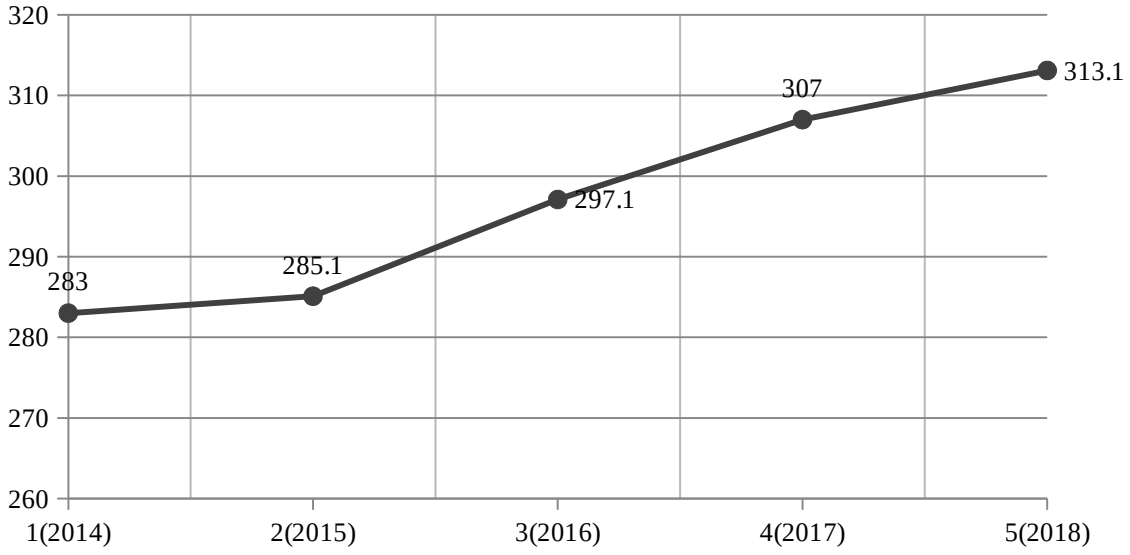

Рисунок 3.1.2. Динамика мощности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций г.Ростова-на-Дону в расчете на 10 тысяч населения.

Проблемы обеспеченности населения г.Ростова-на-Дону врачебными и медсестринскими кадрами, тенденция к росту числа лиц пенсионного и более старшего возраста определяет особенности организации работы участкового

врача-терапевта в системе оказания первичной медико-санитарной помощи, обуславливая высокую нагрузку на этих специалистов.

В настоящее время в первичном звене здравоохранения города занято свыше 260 участковых врачей-терапевтов. Укомплектованность должностей по данной специальности составила в 2016 году 64,6%, в 2017 – 58,9%, в 2018 – 67,4%. При этом только 1 медицинская организация в рассматриваемой структуре была обеспечена кадрами на 100%, а минимальный уровень укомплектованности составлял 47,1%. Укомплектованность участковой терапевтической службы медицинскими сестрами в 2017 году составляла 55,8%, в 2018-м – 58,3% (в среднем по поликлиникам города).

В участковой терапевтической службе по состоянию на 2017 год в среднем насчитывается 57,8% участковых врачей терапевтов с высшей врачебной категорией, 27,6% - с первой и 14,5% - со второй категорией. Данная характеристика кадрового состава, с одной стороны, дает высокую оценку профессионализма врачей, но и отражает возрастной состав с преобладанием лиц старшего возраста. По результатам проведенного корреляционного анализа можно отметить, что имеется прямая корреляционная связь между категорией врачей-терапевтов и их возрастом ($r = 0,6$, $p<0,05$).

Профессиональную занятость и нагрузку участковых врачей-терапевтов характеризуют данные о коэффициенте совместительства, который в 2018 году составил в среднем 1,19 (максимальный 1,56). Показатель превышающий 1,0 был зарегистрирован в десяти медицинских организациях из 18. В 2018 году ситуация улучшилась и коэффициент совместительства снизился до 1,09, но максимальный показатель составил 1,96. Превышение значения более одного наблюдалось в 14 медицинских организациях из 18.

Обеспеченность населения первичной медико-санитарной помощью взаимосвязана с изменениями демографических показателей в регионе.

По данным Росстата, в 2018 г. административно-территориальное устройство Ростовской области представлено наличием 12 городских округов, 12 муниципальных районов и 43 городских и сельских поселений. Город Ростов-на-Дону занимает территорию 349 км^2, при этом плотность населения 3 224,2 на 1 км^2, что определяет нагрузку на первичное звено системы здравоохранения.

При этом наблюдается положительная тенденция динамики численности населения г.Ростов-на-Дону за последние 5 лет (рис 3.1.3.).

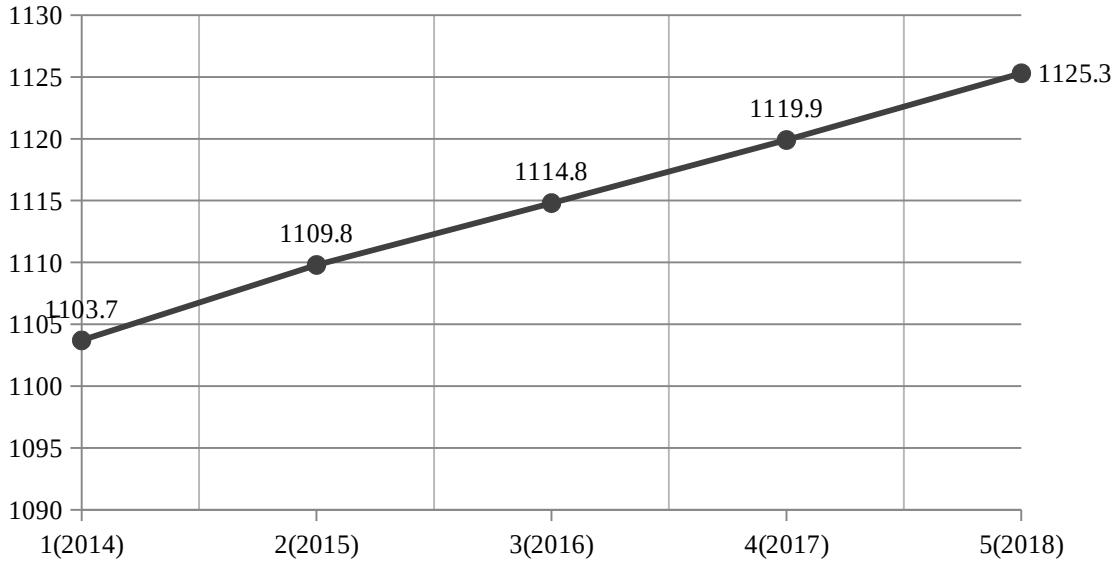

Рисунок 3.1.3. Численность населения г.Ростова–на-Дону
в динамике последние 5 лет (тыс. чел.).

В то же время в самой Ростовской области отмечается отрицательная динамики численности населения за последние 5 лет (рис. 3.1.4.).

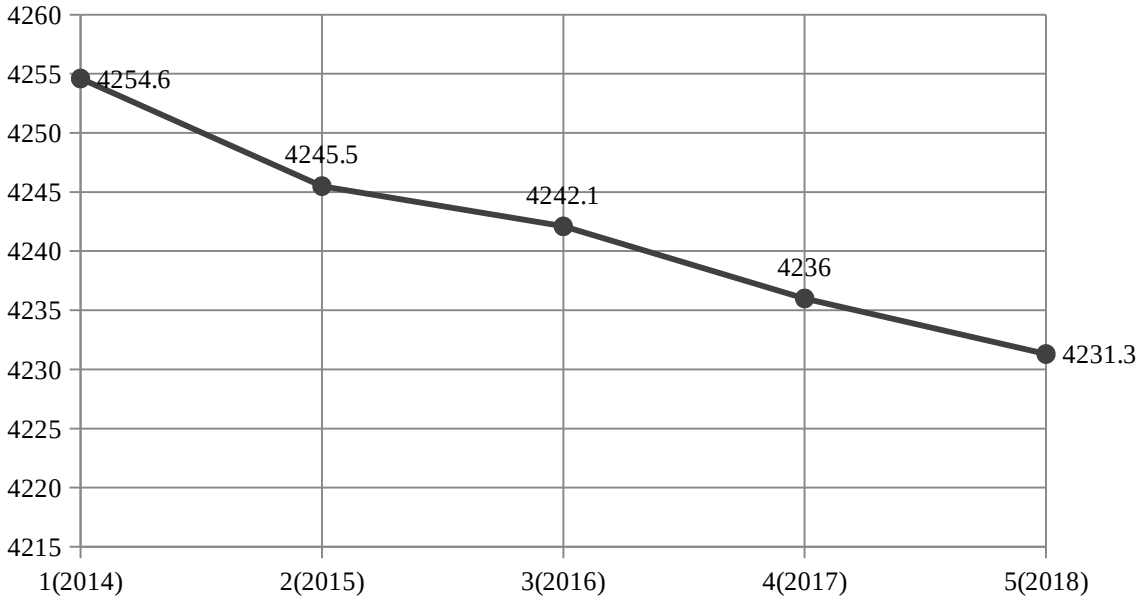

Рисунок 3.1.4. Численность населения Ростовской области
в динамике последние 5 лет (тыс. чел.).

Это позволяет предположить, что незначительный рост численности населения г.Ростова-на-Дону скорее всего обусловлен миграцией населения из области в центр, что характерно для всей России, а прирост населения скорее всего минимальный или отсутствует. Предполагаемая стагнация демографической ситуации подтверждается динамикой рождаемости.

В то же время анализ демографических показателей демонстрирует явный прирост рождаемости в г. Ростове-на-Дону (рис. 3.1.5).

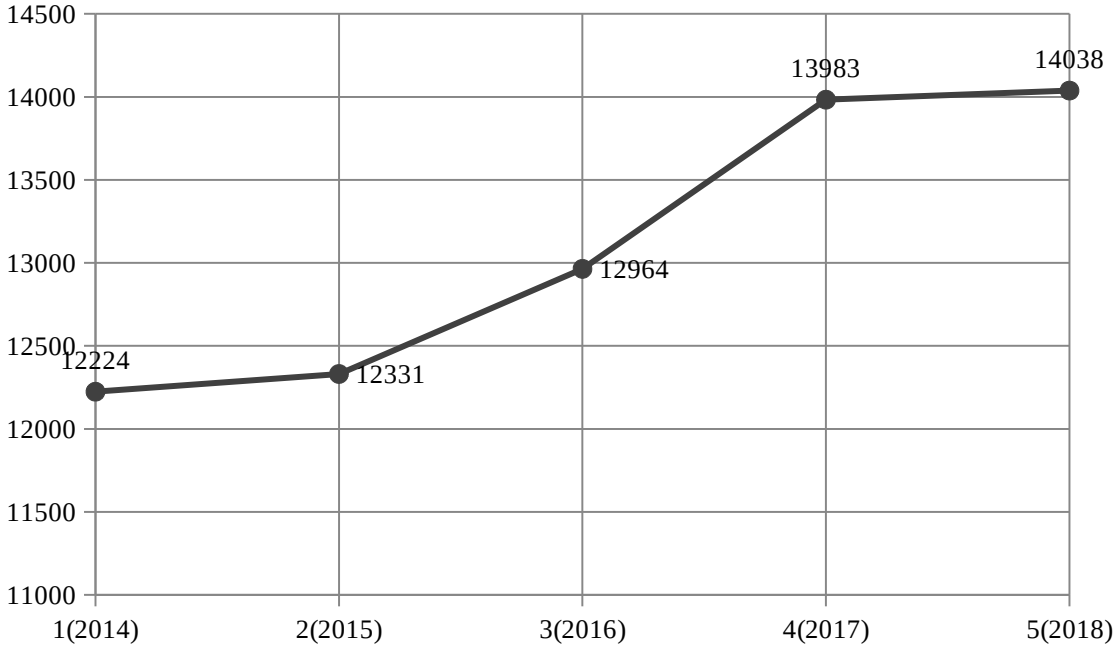

Рисунок 3.1.5. Динамика рождаемости в г.Ростове–на-Дону.

Отмеченная динамика отражает основные целевые показатели деятельности системы здравоохранения (укомплектованность МО медицинским персоналом, численность населения на врачебном участке, заболеваемость населения, смертность от основных причин и др.), достижение которых является одной из приоритетных задач модернизации национальной системы здравоохранения.

Анализ численности пенсионеров в г.Ростове-на-Дону демонстрирует динамику их роста, и отражает общероссийскую тенденцию феномена «постарения нации» (рис. 3.1.6.).

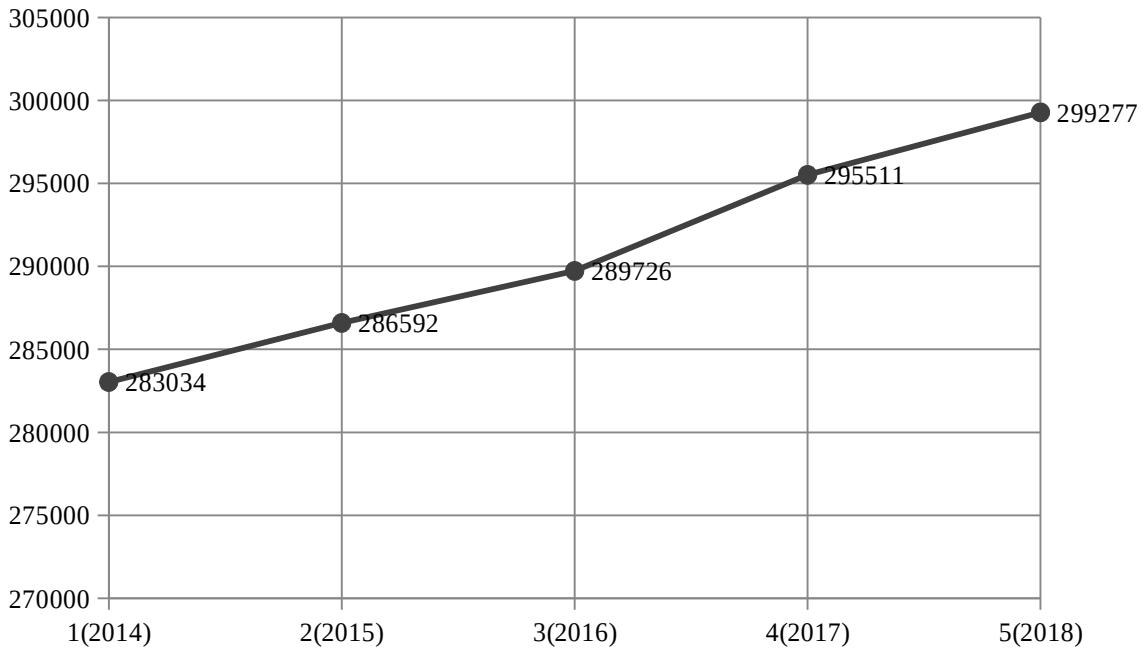

Рисунок 3.1.6. Численность пенсионеров в г.Ростове-на-Дону в динамике за 2014-2018 гг.

При этом в Ростовской области эта тенденция выражена сильнее, что позволяет предположить сохранение рассматриваемого тренда для г.Ростова-на-Дону в ближайшей перспективе (рис. 3.1.7.).

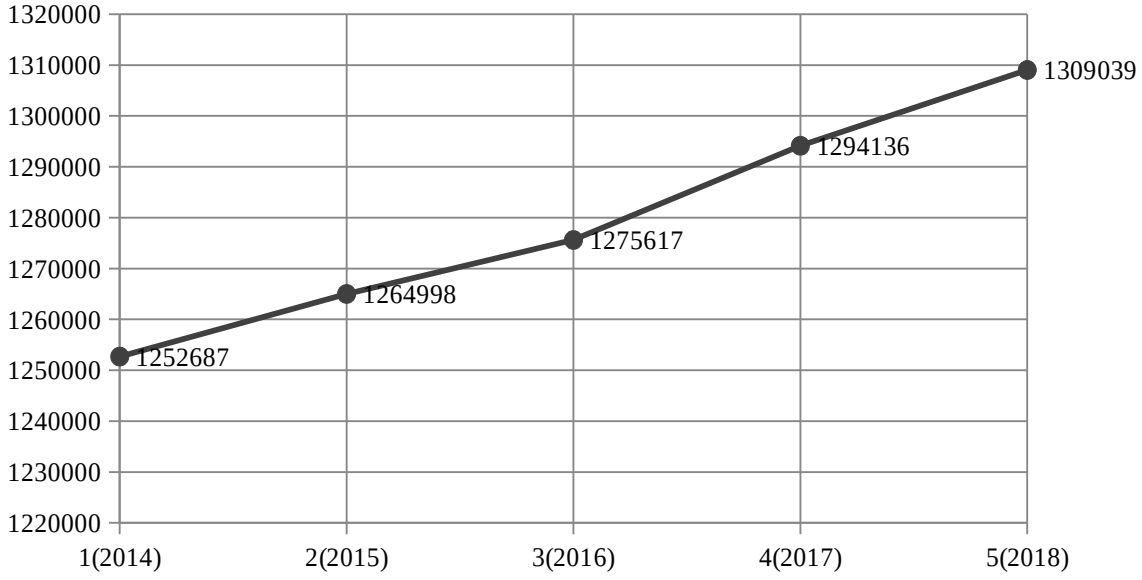

Рисунок 3.1.7. Численность пенсионеров в Ростовской области в динамике за 2014-2018 гг.

Структура заболеваемости взрослого населения в г.Ростове на-Дону также опосредованно отражает нагрузку на участковую терапевтическую службу. Так, по данным регионального отдела Росстата, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, болезни эндокринной системы, а также болезни нервной системы занимают первые места в рейтинге по показателям болезненности и первичной заболеваемости в городе. Наблюдая динамику болезненности населения г. Ростова-на-Дону с 2014 по 2018 гг. можно отметить рост заболеваний системы крови в 2 раза, болезней эндокринной системы в 1,3 раза, а болезней нервной системы в 1,5 раза. Первичная заболеваемость за указанный период увеличилась в 2,4 раза, в 1,7 раза и в 2,2 раза соответственно.

В г. Ростове-на-Дону наблюдается дефицит медицинских специалистов (рис.3.1.8.). Кроме того, по данным Росстата отмечается негативная тенденция к усугублению кадрового дефицита на местах, что выражается в превышении коэффициентов совместительства более 1,0, снижении обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом.

При этом на 10 тысяч населения приходится 74,7 врача всех специальностей, с отрицательной динамикой этого показателя за последние пять лет (рис.3.1.9.).

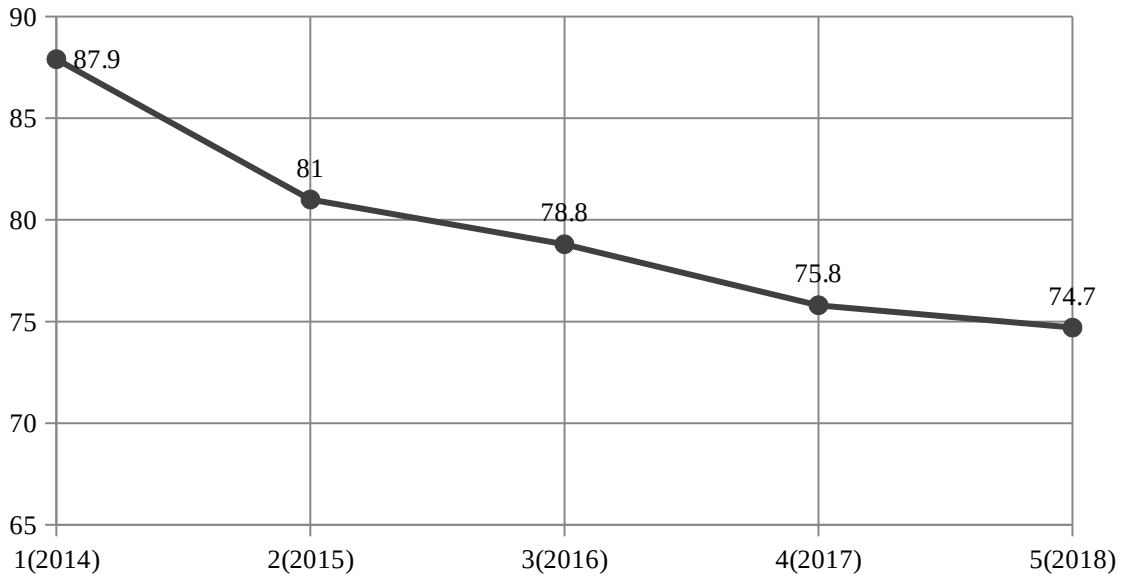

Рисунок 3.1.8. Динамика обеспеченности населения г.Ростова-на-Дону врачами в расчете на 10 тысяч населения.

Выявленные показатели и их динамика отражает также нагрузку на участковую службу, на которую приходится основной объем обращений граждан. При этом дефицит среднего медицинского персонала не носит устойчивой тенденции к росту (рис.3.1.9.).

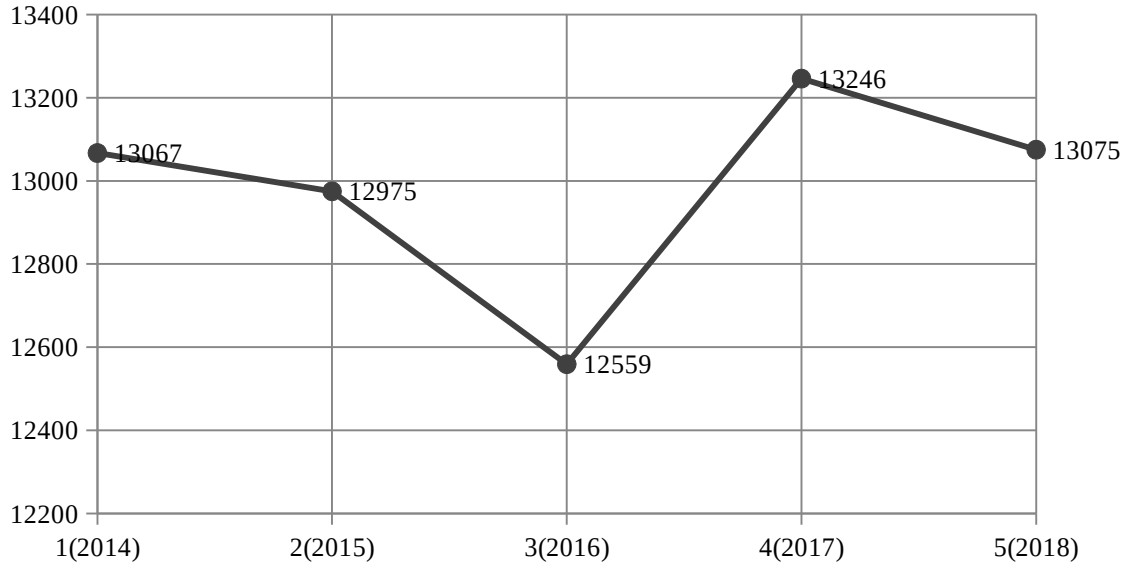

Рисунок 3.1.9. Обеспеченность населения г.Ростова-на-Дону средним медицинским персоналом в динамике пяти лет.

В то же время на 10 тысяч населения приходится только 116,2 специалистов со средним медицинским образованием. Таким образом, соотношение врач: медсестра составляет 1:1,28 вместо рекомендованного ВОЗ 1:4. Можно предположить, что помимо нагрузки за счет дефицита врачебных кадров, врачам приходится частично выполнять и медсестринскую работу, особенно по части ведения медицинской документации и т.п.

Необходимо понимать сначала о том, что г. Ростов-на-Дону является типичным региональным городом, центром субъекта, где имеется значительная инфраструктура и высокая плотность населения, которые постоянно растут в условиях урбанизации. Поэтому это может послужить основой для исследования, а результаты могут быть экстраполированы на другие региональные центры РФ.

§ 3.2. Социально-конструированный портрет профессиональной группы участковых врачей-терапевтов (по материалам деятельности муниципальных поликлиник г. Ростова-на-Дону)

В ходе социологического исследования установлено, что в группах опрошенных врачей преобладали женщины (88,6%), в то время как мужчин было всего 11,4%, что соответствует структуре кадрового состава участковых врачей-терапевтов в городе.

После прохождения постдипломной специализации врачи получили врачебные сертификаты по специальностям: терапевт – 85,4%, участковый врач-терапевт – 6,9% и ВОП – 7,7%, хотя все они были трудоустроены на должностях участковых врачей-терапевтов. Это вполне оправдано с практической точки зрения, поскольку виды и уровни профессиональных компетенций у врачей этих специализаций, как правило по многим позициям совпадают.

По семейному статусу, как показывают данные таблицы 3.2.1., наибольший удельный вес врачей, имеющих семьи, отмечено в возрастных группах до 29 лет, 30-39 лет и 50-59 лет. С возрастом уменьшается удельный вес не состоящих в браке респондентов с 40,0% в группе до 29 лет до 0% в группе старше 60 лет. Выявлена негативная тенденция к росту удельного веса лиц, находящихся в разводе. В возрастной группе 40-49 лет удельный вес разведенных составил 35,9%. Учитывая, что в эту группу попали респонденты, которые развелись в предшествующие годы (возрастные группы до 29 лет и 30-39 лет), можно сказать, что к этому возрасту распадается каждая третья врачебная семья. В последующих возрастных группах уровень разводов стабилизируется, поскольку в группах 50-59 лет и старше 60 лет этот показатель примерно аналогичен (15,8% и 19,0%, $p>0,05$).

Таблица 3.2.1.

Распределение (в %) респондентов с учетом их семейного положения в выделенных возрастных группах

Семейное положение (уд. вес в %)	Возрастные группы (число лет)					Всего
	до 29	30-39	40-49	50-59	более 60	
Женат (замужем)	50,0	65,9	46,2	73,7	47,6	56,9
Холост (не замужем)	40,0	22,0	15,4	5,3	0,0	15,4
Разведен (разведена)	10,0	12,2	35,9	15,8	19,0	20,8
Вдовец (вдова)	0,0	0,0	2,6	5,3	33,3	6,9
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3.2.2.

Распределение (в %) респондентов по стажу работы в должности участкового врача-терапевта

	Стаж работы (число лет)					
Распределение врачей по стажу работы (в %)	до 5 лет	6-10 лет	11-20 лет	21-30	более 30	Всего
	7,6	16,0	35,1	19,1	22,2	100,0

Таблица 3.2.3.

Удельный вес (в %) респондентов с разным объемом занятости в должности участкового врача-терапевта

Объем занятости (величина ставки)	0,25	0,5	0,75	1	1,5	> 1,5	Всего
	2,3	4,7	3,1	61,7	26,6	1,6	100,0

Таблица 3.2.4.

Распределение (в %) опрошенных врачей с учетом квалификации

Наличие квалификационной категории	Отсутствует	2-я	1-я	Высшая	Наличие уч. ст. (к.м.н., д.м.н.)	Всего
	34,1	17,5	19,2	29,2	0	100,0

Как видно из табл. 3.2.2. на момент опроса, удельный вес специалистов со стажем до 5 лет составил всего 7,6%, 6-10 лет – 16,0%, со стажем 11-30 лет – 54,2%, 30 лет и более – 22,2%. Таким образом, врачи-терапевты первичного звена имеют значимый профессиональный стаж, что позволяет ожидать от них обеспечение необходимого качества работы. Об этом же свидетельствует и тот факт, что только треть специалистов (34,1%) не имеют квалификационной категории. Большинство врачей (61,7%) работают на 1 ставку, хотя достаточно велика доля специалистов, работающих на 1,5 ставки и более (28,2%) (табл. 3.2.3 и табл. 3.2.4).

Имущественная обеспеченность семей врачей оценивалась по предложенному в работе Ивенской Т.А. среднегрупповому показателю указанных респондентами единиц собственности (УЕС) на 100 опрошенных [75], что отражено в анкете (Приложение 1). Учитывавшиеся виды собственности отражены в п.12 «Анкеты» (Приложение 1)

Таблица 3.2.5.

Показатели имущественной обеспеченности врачей (в единицах УЕС на 100 опрошенных респондент*ов*) в выделенных возрастных группах

Показатель	Возрастные группы (число лет)				
	до 29	30-39	40-49	50-59	60 лет и более
Абсолютное число единиц собственности	5	36	38	24	22
УЕС	50,0	83,7	97,4	126,3	104,8

Данные таблицы 3.2.5. показывают, что приращение собственности наиболее активно происходит в возрастных группах от 30 до 59 лет.

Показатель УЕС является интегральным показателем, и он достоверно подтверждает, что имущественная обеспеченность в выделенных возрастных группах действительно возрастает, независимо от того, в каком возрасте была приобретена та или иная собственность.

Показатель УЕС в возрастной группе 50-59 лет (126,3) превышает аналогичный показатель в возрастной группе до 29 лет в 2,5 раза (50,0). В группе врачей 60 лет и старше показатель УЕС снижается до 104,8.

Основными видами собственности является изолированная квартира – 61,1%, легковой автомобиль – 29,6% и отдельный дом – 11,2%.

При изучении жилищных условий респондентов установлено (табл. 3.2.6.), что 54,8% из них имеют государственную квартиру, 10,3% – ипотечное жилье, 9,5% – собственный дом, 10,3% – другие виды (квартира супруга или родителей) и 8,7% – арендуемое жилье.

Среднее значение величины жилой площади на 1 члена семьи по всей выборке составило 19,4 ±2,8 м^2, что близко к европейской норме (20 м^2 на 1 члена семьи). Наименьшее значение площади квартиры, приходящейся на 1-го члена семьи (15,4 – 15,6 м^2), отмечено в возрастных группах 40-59 лет.

Таблица 3.2.6

Характеристика жилищных условий респондентов (распределение в % различных видов жилья) в выделенных возрастных группах

Жилищные условия врачей (уд. вес в %)	Возрастные группы (число лет)					Всего
	до 29	30-39	40-49	50-59	более 60	
Изолированная гос. квартира	30,0	56,4	43,2	84,2	57,1	54,8
Коммунальная гос. квартира	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,8
Ипотечное жилье	0,0	17,9	16,2	0,0	0,0	10,3
Собственный дом	10,0	5,1	10,8	0,0	23,8	9,5
Общежитие	10,0	0,0	2,7	0,0	0,0	1,6
Квартира гостиничного типа	0,0	2,6	8,1	5,3	0,0	4,0
Арендуемое жилье	50,0	10,3	5,4	0,0	0,0	8,7
Другое	0,0	7,7	13,5	10,5	14,3	10,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Основными источниками дохода в семьях врачей (табл. 3.2.7.) являются заработок отца и матери врача, вклад которых в семейный бюджет составляет 1/3 и больше. Значимый вклад в семейный бюджет вносит также доход, определяемый пенсионным обеспечением членов семьи, являющихся пенсионерами (в целом по выборке это имеет значение для 15,7% семей). В группе молодых специалистов в возрастной группе до 29 лет существенное значение имеет материальная поддержка родителей и других членов семьи (33,3% респондентов данной группы указали именно такой вариант).

Для оценки уровня материального дохода семьи была рассчитана величина дохода (в руб.) на одного члена семьи в месяц. В целом по всей выборке она составила 16601,7 рублей в месяц на одного члена семьи. По данным Министерства труда и социального развития Ростовской области величина прожиточного минимума (ВПМ) в расчете на душу населения в 2018 году составила 9657 рублей [385]. Таким образом, средний доход семьи врачей в расчете на 1 человека превышает величину ВПМ только в 1,7 раза, что говорит о недостаточном уровне материальной обеспеченности. Социологические опросы россиян, проводившихся ВЦИОМ, показали, что примерно 70-75% опрошенных в качестве приемлемого дохода указывают превышение ВПМ в пять–семь раз. Такая картина имеет место во всех выделенных возрастных группах. В возрастной группе до 29 лет это превышение составило 1,84, в группе 30-39 – 1,54, 40-49 – 1,59, 50-59 лет – 1,87, 60 лет и старше – 2,35.

Таблица 3.2.7.

Распределение (в %) источников доходов семей респондентов в выделенных возрастных группах

Источники дохода семьи	Возрастные группы (число лет)					Всего
	до 29	30-39	40-49	50-59	более 60	
Заработок отца семейства	41,7	43,3	26,3	35,3	5,7	30,3
Заработок матери	16,7	33,3	45,6	32,4	25,7	34,3
Пенсии	8,3	3,3	10,5	17,6	45,7	15,7
Компенсации на детей	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,5

Заработок детей	0,0	0,0	0,0	5,9	11,4	3,0
Стипендии детей	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,5
Пособия	0,0	3,3	5,3	0,0	2,9	3,0
Доходы от личного подсобного хозяйства	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Помощь родителей (родственников)	33,3	8,3	5,2	5,9	0,0	7,1
Другие источники	0,0	6,8	5,3	2,9	8,6	5,6
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Большинство опрошенных врачей (75,4%) (табл. 3.2.8.) отметили свое неудовлетворительное материальное положение, поскольку у 34,1% из них «денег постоянно не хватает» и у 41,3% «денег хватает только на ежедневные расходы». И только пятая часть опрошенных врачей отметила, что «в основном, денег хватает».

По мнению экономистов и социологов семьи с низкими доходами не имеют необходимой материальной базы так называемого «потенциала развития». Другими словами, такие семьи не имеют возможности вкладывать средства в образование детей, в сохранение и поддержание здоровья, приобщение к культурным ценностям, активный отдых и др.

Таблица 3.2.8.

Удельный вес (в %) оценки материального положения семьи по мнению респондентов в выделенных возрастных группах

Субъективная оценка мат. положения семьи (в%)	Возрастные группы (число лет)					Всего
	до 29	30-39	40-49	50-59	более 60	
Денег постоянно не хватает	25,0	38,5	41,0	21,1	28,6	34,1
Хватает на ежедневные расходы	62,5	51,3	33,3	31,6	38,1	41,3
В основном денег хватает	12,5	10,3	20,5	47,4	33,3	23,0
Имеем возможность откладывать небольшие сбережения	0,0	0,0	5,1	0,0	0,0	1,6
Живем обеспеченно, можем позволить себе все	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таким образом, исследованием установлено, что уровень жизни участковых врачей-терапевтов все еще остается недостаточно оптимальным,

поскольку 25-40% из них относят себя к категории малообеспеченных и бедных.

Можно отметить высокий доступ врачей к современным компьютерным информационным технологиям. 91,9% рабочих мест врачей обеспечены компьютерами. В то же время доступ к интернету имеется всего на 54,4% рабочих местах.

Врачи, принявшие участие в анкетировании, также отметили, что в их организациях за последние 3 года имело место развитие материально-технической базы и реализация организационных мероприятий, направленных на повышение качества работы. Так, 69,1% респондентов указали на обеспеченность рабочих мест компьютерами, 33,3% – на подключение к интернету, 43,1% – внедрение электронной медицинской карты, 47,2% – на упорядочение записи к врачу. Кроме того, пациенты указали на другие нерешенные проблемы в вопросах организации приема в поликлиниках.

В частности, недостаточно решенным является вопрос об улучшении координации в работе различных подразделений поликлиники. На это указали около 20 % опрошенных.

Повседневное обеспечение необходимого качества медицинской помощи имеет первостепенное значение в деятельности медицинской организации.

В соответствии с требованиями Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ [2] для медицинских организаций и медицинских работников была внедрена система контроля качества медицинской помощи. Результаты анкетирования врачей выявили достаточно низкую оценку ими эффективности данной системы. Оценки врачей по реализации системы контроля качества распределились следующим образом: «повысилась ответственность медицинского персонала» – 17,4%, который оценивается комиссией по контролю безопасности и качества медицинской помощи; по мнению врачей,

(18,2%) «улучшилось качество медицинской помощи»; «увеличился объем «бумажной» работы» – 56,2%; «система контроля не дала ожидаемого результата» – 29,8% ответов. Приведенные данные косвенно свидетельствуют о достаточно высокой консервативности медицинского сообщества, его неверии в полезность инноваций и субъективное нежелание врачей активно внедрять их в практическую работу.

Представляет интерес тот факт, что среди значительной части врачей, занятых в первичном звене здравоохранения, имеют место признаки «социального пессимизма». Так, на вопрос «Как бы вы оценили изменения в Вашей профессиональной деятельности за прошедшие три года?», 34,4% респондентов ответили, что она ухудшилась. Оптимистическая оценка – «работа улучшилась» дана 27,3% респондентов и «не изменилась» – 26,6%.

С приведенными выше утверждениями в определенной мере согласуется вопрос о возможности смены работы или ее характера. Ответы врачей показали, что 67,7% из них привержены работе в своей медицинской организации. Между тем 15,0% врачей хотели бы сменить место работы на другое государственное медицинское учреждение, а 11,0% – на частную медицинскую организацию. 7,1% опрошенных врачей разочаровались в своей врачебной профессии и, если бы представилась реальная возможность, они бы сменили профессию врача на другую.

Анализ мотивов профессиональной деятельности участковых врачей-терапевтов (табл. 3.2.9.) позволил выделить ряд мотивов:

- «возможность заработать деньги на жизнь» (79,5% ответов);
- «возможность реализовать себя в профессии» (65,1%);
- «сострадание и помощь больному» (61,4%);
- «профессиональный рост» (44,0%);
- «возможность при необходимости помочь близким, себе и друзьям в сохранении здоровья» (42,4%).

Таблица 3.2.9.

Распределение ответов респондентов с учетом характера мотивационных установок в возрастных группах (n =221)

№ пп	Виды мотивов	Возрастные группы (число лет)					Всего
		до 29	30-39	40-49	50-59	более 60	
1	Возможность заработать деньги на жизнь	70,0	74,4	84,6	84,2	81,0	79,5
2	Возможность реализовать себя в профессии	60,0	67,4	66,7	68,4	57,1	65,1
3	Сострадание и помощь больному	70,0	62,8	53,8	68,4	61,9	61,4
4	Профессиональный рост	30,0	60,5	75,9	57,4	19,0	44,0
5	Возможность завоевать уважение коллег	10,0	18,6	12,8	21,1	19,0	16,6
6	Возможность сделать карьеру	50,0	25,6	2,6	10,5	4,8	15,1
7	Гарантия занятости	20,0	30,2	41,0	31,6	38,1	34,1
8	Невозможность устроиться на более высокооплачиваемую работу	0	27,9	12,8	10,5	0	14,4
9	Уважение, поддержка семьи и близких друзей	10,0	25,6	33,3	36,8	19,0	27,3
10	Возможность при необходимости помочь близким, друзьям, себе в сохранении здоровья	50,0	48,8	38,5	47,4	28,6	42,4
11	Расширение возможностей общения с другими людьми	10,0	7,0	15,4	21,1	14,3	12,4

*Примечание: сумма удельных весов ответов по каждой возрастной группе может превышать 100%, поскольку респондент мог выбрать комбинацию различных ответов.

Интересно отметить, что мотивационная структура профессиональной деятельности врачей выделенных возрастных групп в основном повторяет приведенные выше данные. Вместе с тем, обращает внимание, что в группе врачей в возрасте до 29 лет весьма значимым (50,0% ответов) является мотив возможности карьерного роста, а в группе 40-49 лет высокое место занимает стремление к профессиональному совершенствованию (75,9% ответов).

Таким образом, в структуре мотивов можно выделить два основных вектора, определяющих особенности профессиональной деятельности участковых врачей-терапевтов. Первый вектор может быть охарактеризован как прагматически-профессиональный (1, 2, 4, 6, 7, 8 пункты таблицы), а второй как личностно-гуманитарный (3, 5, 9, 10 пункты таблицы).

Таблица 3.2.10.

Характеристика главных жизненных ценностей опрошенных врачей в выделенных возрастных группах (удельный вес ответов в %)

Виды мотивов	Возрастные группы (число лет)					Всего
	до 29	30-39	40-49	50-59	более 60	
Работа, соответствующая моей квалификации и профессиональному опыту	60,0	23,3	17,9	36,8	42,9	29,5
Материальное благополучие	40,0	44,2	35,9	52,6	14,3	37,9
Нормальные жилищные условия	40,0	20,9	20,5	21,1	19,0	22,0
Здоровье	50,0	46,5	35,9	26,3	28,6	37,9
Семейное благополучие	60,0	69,8	51,3	47,4	38,1	35,3
Успехи детей	10,0	16,3	33,3	31,6	14,3	22,7
Возможность проявить свои способности, иметь доп. заработок	10,0	16,3	10,3	0	0	9,1
Отдых, культура	20,0	20,9	15,4	10,5	14,3	16,7

*Примечание: сумма удельных весов ответов по каждой возрастной группе может превышать 100%, поскольку респондент мог выбрать комбинацию различных ответов.

Основными жизненными ценностями врачей-терапевтов (табл. 3.2.10.) являются материальное благополучие и здоровье, которые были отмечены поровну у 37,9% респондентов. Существенный удельный вес в системе жизненных ценностей у 35,3% респондентов занимает семейное благополучие и у 29,5% – работа, соответствующая квалификации и профессиональному опыту. У более чем 1/5 части респондентов в иерархии жизненных ценностей имеют значение нормальные жилищные условия и успехи детей. По приведенным в табл. 3.2.10. данным может сложиться впечатление, что участковые врачи-терапевты не имеют больших профессиональных амбиций, поскольку на утверждение «Возможность проявить свои способности» ответили всего 9,1% опрошенных.

Это утверждение несколько противоречит тому факту, что как было указано ранее, около 75% врачей имеют квалификационные категории, чего, как правило, невозможно достигнуть, если у специалиста снижена мотивация к профессиональному совершенствованию.

Особое внимание в исследовании было уделено оценке удовлетворенности врачей-терапевтов различными сторонами жизни. Установлено, что наиболее высокие показатели удовлетворенности врачей (табл.3.2.11.) отмечены по таким показателям, как образование и профессия (специальность). Средний балл по этим показателям (использовалась 5-ти балльная шкала) составил соответственно 4,1±0,1 и 3,7±0,1 баллов. Достаточно высокая оценка выставлена также удовлетворенности жилищными условиями (3,4±0,1 балла). Наименьшие показатели удовлетворенности отмечены по таким критериям, как материальное положение семьи (2,3±0,11 баллов) и размер заработной платы (2,1±0,09 баллов). Что касается оценки удовлетворенности качеством жизни в целом, то его среднее значение по всему контингенту опрошенных составило 3,1±0,14 балла.

Таблица 3.2.11.

Оценка (в баллах – M±m) удовлетворенности врачей различными сторонами жизни в выделенных возрастных группах (диапазон оценок от 1 до 5 баллов)

Основные	Возрастные группы (число лет)					Всего
	до 29	30-39	40-49	50-59	более 60	
Жилищные условия	3,7±0,46	3,3±0,19	3,4±0,25	3,2±0,35	4,0±0,33	3,4±0,13
Образование	4,4±0,32	3,9±0,14	3,9±0,22	4,4±0,16	4,2±0,32	4,1±0,10
Профессия (специальность)	3,8±0,47	3,5±0,15	3,6±0,20	4,3±0,19	4,0±0,32	3,7±0,10
Размер заработной платы	2,1±0,35	2,0±0,15	2,0±0,17	2,4±0,28	2,2±0,26	2,1±0,09
Материальное положение семьи	3,3±0,41	2,3±0,18	2,0±0,18	2,3±0,29	2,2±0,31	2,3±0,11
Успехи в жизни	3,1±0,25	2,9±0,18	2,9±0,22	3,0±0,33	3,1±0,37	3,0±0,12
Качество жизни в целом	4,3±0,25	3,3±0,23	3,1±0,23	3,0±0,33	2,6±0,46	3,1±0,14
Средний балл по всем показателям	3,5±0,19	3,0±0,08	3,0±0,09	3,2±0,13	3,2±0,15	3,1±0,05

*Примечание: оценка ответов производилась по 5-ти балльной шкале: 5 баллов – полностью удовлетворен; 4 балла – «скорее да»; 3 балла – «и да, и нет»; 2 балла – «скорее нет»; 1 балл – совсем не удовлетворен; «затрудняюсь ответить» – 0 баллов.

По некоторым показателям прослеживается отчетливая динамика изменения в разных возрастных группах. Это характерно для такого критерия как «Качество жизни в целом». По мере увеличения возраста значение

коэффициента имеет тенденцию к снижению. Так, если в возрастной группе до 29 лет показатель составил 4,3±0,25 балла, то в возрастной группе 30-39 лет – 3,3±0,23 (снижение в 1,3 раза, $p<0,05$); в группе 40-49 – 3,1±0,23 (снижение в 1,4 раза, $p<0,05$); в группе 50-59 – 3,0 ±0,33 (снижение в 1,43 раза, $p<0,05$) и в возрастной группе 60 лет и более – 2,6 ±0,46 (снижение в 1,65 раза, $p<0,05$).

По другим изученным показателям значимая возрастная динамика не установлена.

Представляло интерес изучение мнения практических врачей о факторах, которые не позволяют в полной мере внедрить в деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений, клинико-диагностические стандарты, утвержденные Минздравом РФ. По мнению врачей (52,3%), чаще всего это происходит вследствие недостаточной укомплектованности поликлиник медицинским персоналом (врачами и средним медицинским персоналом). На отсутствие необходимого оборудования указали 18,0% врачей и требующихся лекарственных средств – 12,5%, пятая часть врачей затруднились ответить на данный вопрос.

Таким образом, проведенное нами социологическое исследование по изучению мнения группы участковых врачей-терапевтов (232 человека) г. Ростов-на-Дону позволило нам сконструировать представление о социальном портрете современного участкового врача – терапевта: это женщина, среднего возраста, с высшим образованием, со стажем работы более 10 лет, имеющая преимущественно высшую или первую квалификационную категорию, состоящую в браке, с детьми. Основными жизненными ценностями, которыми являются материальное благополучие, здоровье, семья, наличие работы. Так же, диссертационное исследование позволило выявить целый ряд нерешенных проблем и трудностей в их личностно-психологической, мотивационной и профессиональной сферах жизни. Это отражается на качестве семейных отношений, качестве жизни в целом, обуславливает неудовлетворенность работой и снижает уровень

мотивационных установок, которые могли бы оказать существенное влияние на качество профессиональной деятельности и соответственно на качество предоставляемых медицинских услуг.

Большинство врачей (85,4%) имеют сертификаты по специальности «терапия». С учетом возрастного фактора можно отметить, что среди врачей преобладает возрастная группа 34-43 года, хотя имеют значительный удельный вес (41,1%) врачи старших возрастных групп.

Имеют квалификационные категории 65,9% врачей. С возрастом и повышением стажа имеет место улучшение материального положения семей врачей. Семейные доходы у большинства врачей позволяют удовлетворять лишь текущие потребности, при этом треть врачей отметила, что «денег постоянно не хватает».

Социально-конструированный портрет участкового врача-терапевта, предложенный диссертантом на основании собственного исследования, достаточно исчерпывающе описывает социальную роль этой группы врачей.

До настоящего времени среди ученых нет единых подходов в понимании, трактовке, определении социальной роли, в связи с чем любая исследовательская работа в этом направлении вносит очередной вклад в расширение понимания этой дефиниции.

На наш взгляд, феномен социальной роли участкового врача-терапевта заключается в формировании взаимосвязи между мотивами действия конкретного врача в рамках социального института медицины и социальными практиками, осуществления своих прав и обязанностей, связанных с конкретным статусом.

Вместе с тем необходимо заметить, что социальная роль врача это не изолированный феномен, присущий только социальному институту медицины, а его нужно рассматривать в тесной связи с социальными отношениями в обществе, что и предпринято диссертантом при конструировании социального портрета и формировании социальной роли врача как совокупности стабильных, актуальных для социума,

перспективных характеристик, интериоризированных в профессиональной деятельности. Социальная роль участкового врача-терапевта является частью коллективной организации медицинских работников амбулаторного звена, и в это же время является базовой (минимальной) единицей социального института медицины и выполняет функции распределения взаимодействия между медицинской организацией и основным субъектом здравоохранения – пациентом.

Исходя из данных проанализированных научных, автор диссертации отмечает, что каждая социальная роль имеет набор признаков, которые изменяются в зависимости от социально-исторических условий и социокультурных особенностей социума. Это также касается и социальной роли участкового врача-терапевта. В ходе исследования нами выявлено, например, что основными мотивами выбора профессии участкового врача-терапевта являлись:

1. Возможность заработать деньги на жизнь (79,5% опрошенных врачей).
2. Возможность реализовать себя в профессии (65,1%).
3. Сострадание и помощь больному (61,4%).

Таким образом, мы пришли к выводу о том что при изменении социокультурных особенностей в условиях возвращения к принципам рыночной экономики, при неизменности принципов и канонов предоставления медицинской помощи в текущий период развития российского социума произошла частичная социальная трансформация профессиональной роли врача участкового врача-терапевта, заключающаяся в некотором изменении векторов мотивационных установок и в переходе на первый план в ролевых установках участкового врача-терапевта вопросов материального благополучия у значительной части исследуемой группы. В последующем, на наш взгляд полагаем, было бы целесообразным при анализе деятельности социального института медицины осуществлять его, начиная с анализа социальной роли участкового врача-терапевта, которая

может изменяться в зависимости от развития социально-исторических условий российского социума.

В процессе усвоения новой социальной роли, врач развивается и как личность, совершенствуя свои навыки, накапливая профессиональные опыт и знания, развивая свои креативные способности.

Сопоставление действий врача с ролевыми ожиданиями пациентов, оптимальное исполнение им своей социальной роли в современных реалиях является основой удовлетворительного взаимодействия с пациентом в процессе предоставления медицинской помощи адекватного качества.

Диссертант на основании вышеизложенного констатирует, что социальная роль врача не является «застывшим» константным стереотипом, а является динамической единицей социального института медицины, подвергающейся трансформации в связи с динамикой самого социума и его социокультурных традиций.

§ 3.3. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов

Социальная роль врача - это, прежде всего, коллективные ожидания и представления пациентов о враче [162]; его собственное представление о моделях своего поведения в процессе взаимоотношений с больными и коллегами на основании своих прав и обязанностей; а также взаимодействие с социальным институтом медицины, одним из главных составляющих элементов которого является сам участковый врач-терапевт. В современной модели медицинской помощи обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг невозможно без создания позитивных взаимоотношений в команде медицинских специалистов, что требует тщательного изучения социальных ролей и профилактике межличностных ролевых конфликтов [242]. Выявление основных причин конфликтов, изучение механизмов их

влияния на малые социальные группы и выбор стиля управления конфликтами помогут организаторам и менеджерам здравоохранения создать организационную этику и культуру, которая будет способствовать укреплению медицинского сообщества и создаст наилучшую возможную среду для оказания высококачественных медицинских услуг.

В современных исследованиях отражаются тенденции роста показателей психоэмоционального выгорания врачей [337], происходит усиление организационного контроля со стороны системы здравоохранения и страховых медицинских организаций и потеря врачами автономии, что несомненно влияет на их идентичность [343]. Это формирует психоэмоциональный дискомфорт, который несмотря на рассмотренные способы создания организационного климата и «конфликт-менеджмент» [247], все же может способствовать решениям врачей уйти из профессии.

Важным направлением является изучение ролевых конфликтов как факторов трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта – и в этом отношении особый интерес представляют наработки московской школы социологии медицины [159]. Отмечается, что значительную роль в нарастании кадрового кризиса играют ролевые конфликты не только во взаимоотношениях «врач-пациент», но и в связке «врач-врач» и «работодатель-врач».

Среди факторов, обеспечивающих конструктивные взаимоотношения врача с коллегами и пациентами, а также формирование бесконфликтной рабочей среды большое значение имеет наличие необходимых компетенций и соответствие профессионального уровня врача требованиям должности. Проведенное социологическое исследование (фокус-группы с участковыми врачами-терапевтами) позволило выявить зависимость их мнений к различным проблемам от таких факторов как пол, возраст, длительности работы по специальности, уровень дохода и т.д.

Исследование было реализовано на базе ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России и Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый

МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовского Университета) в 2018-2019 гг. Целью исследования явилось изучение особенностей изменения профессиональной роли участковых врачей-терапевтов в первичном звене российской системы здравоохранения на современном этапе (на основе мнений молодых и опытных врачей).

В соответствии с особенностями проведения фокус-групп (Р. Мертон, 1991; Крюгер, Б. Трейси, 2003; О. Оберемко, Н. Терентьева, 2018) были учтены следующие утверждения: была определена ситуация и сформированы гипотезы; респонденты являлись участниками ситуации, имели общий опыт; разработан сценарий интервью и сформулированы точные вопросы в области предполагаемой гипотезы; модерация интервью предполагала фокусирование на субъективных переживаниях людей по поводу заранее проанализированной ситуации. Принимая во внимание, что необходимый профессиональный уровень в работе достигается молодыми врачами при стаже не менее пяти лет (М.Г. Жданова, 1996), рекрутинг респондентов осуществлялся по критерию стажа профессиональной деятельности: фокус-группа № 1 («молодые врачи») – стаж работы до 6 лет (n=8, средний стаж работы 5,25±1,12 лет, средний возраст 27,4±2,21) и фокус-группа № 2 («опытные врачи») (n=8, средний стаж 24,57±1,23 года, средний возраст 50,2±2,42).

Для осуществления исследования предполагалось использовать внерабочее время и удобное для врачей место проведения, оборудованное видео- и аудиоаппаратурой. Обсуждение строилось в соответствии со сценарием фокус-группового интервью, при этом модераторы ставили основные, принципиальные темы для обсуждения, и каждый заинтересованный участник имел возможность краткого высказывания (2-3 минуты) по поставленной проблеме. Эмпирический материал мнений был дополнен иллюстративными примерами из практики работы, «случаями из жизни», практическими предложениями.

Анализ данных был построен в соответствии с рекомендациями (О. Оберемко, 2018; О. Мельникова, 2007]: фокусированное интервью предполагало видео- и аудиофиксацию заседаний, материалы были детально транскрибированы (с учетом невербальной речи). Непосредственно анализ и интерпретация данных были реализованы методом группировки данных в соответствии с семантико-смысловым содержанием высказываний и выделением основных эмпирических закономерностей и трендов.

Несмотря на то, что, согласно разработанному сценарию, участникам фокус-групп предлагались к обсуждению одинаковые по смыслу инициирующие вопросы, в процессе обсуждения выяснилось, что врачи проявляли интерес к разным проблемам, в зависимости от стажа профессиональной деятельности.

Молодые врачи (участники фокус-группы №1) более эмоционально описывали особенности современных взаимоотношений врача и пациента. При этом в высказываниях молодых медицинских специалистов отмечается, что специфика рассматриваемых отношений во-многом обусловлена доступностью (дез)информации о заболевании в интернет-пространстве: «с пациентами стало тяжелее работать, потому что ложная информация, интернет заполнен информацией и правильной, и неправильной - а пациенты чаще всего выбирают наиболее «удобную» для него, поэтому переубедить пациента очень тяжело» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года).

При этом врачи отмечают, что «это создает дополнительную психологическую нагрузку и отнимает много времени» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года). По мнению молодых врачей, «пациент все равно останется при своём мнении», «очень много времени тратится впустую: ты рассказываешь, объясняешь, но, как говорят, «в одно ухо влетело – в другое вылетело», и даже слушать не хотят» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года).

Проблема, по мнению врачей, заключается в том, что «медицинская информация по любым заболеваниям сейчас очень доступна в интернете, с изложением симптомов, вопросов диагностики и методов лечения. Далеко не

все пациенты имеют медицинское образование, поэтому то, что написано в интернете пациент воспринимает, как истину и может прийти к врачу с самостоятельно поставленным диагнозом» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года).

(пациенты предпочитают «отзывы почитать, соседей, подружек спросить», «пациенты стали более трудные, гораздо лучше, когда пациент понимает свою некомпетентность в медицинских вопросах и полностью доверяет врачу» (врач-терапевт «ГЭ», стаж 2,5 года))

Врачи не против самого факта доступности сегодня медицинской информации: «если бы пациент был «подкован» правильно, то с ним было бы легче найти общий язык» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года). Проблема в низкой медицинской грамотности пациентов: «у нас есть ещё много пациентов, у которых очень низкая медицинская грамотность» (врач-терапевт «ГЭ», стаж 2,5 года).

Именно мнимая медицинская информированность пациента, в дополнение к падению уровня престижа медицинской профессии является причиной большого числа жалоб на врачей. Кроме того, медицинская «псевдограмотность» обусловливает формирование ряда конфликтов:

Наряду с этим, ложная информированность пациента о заболевании или схеме лечения также способствует формированию негативных установок в отношении профилактических мероприятий: врачи отмечают, что пациенты «не готовы к тому, чтобы усваивать рекомендации по профилактике» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года) и при этом пациенты приводят аргумент, что «эти заболевания меня сейчас не беспокоят» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года).

Одновременно медицинские специалисты отмечают низкий уровень приверженности пациентов как к профилактическим мероприятиям, так и к лечению: «назначенный курс лечения пациенты не до конца доводят, потому что почувствовали облегчение» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет), и то, «что ему нужно проходить реабилитацию, заниматься восстановительным

лечением, заниматься лечебной физкультурой – отходит на второй план» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

В процессе дискуссии врач, в качестве иллюстрации к данному факту, приводит такой пример: «Самое распространенное сердечно-сосудистое заболевание у нас – это гипертоническая болезнь. Вот, если у 10 пациентов, которые приходят к вам на приём, спросить, что такое гипертоническая болезнь, уверен – 8-9 человек не смогут ответить, 1-2 знают. Хотя это самое распространённое заболевание и о нем говорят по телевизору и в других средствах массовой информации и какие факторы риска, и как профилактировать, тем не менее, информированность пациентов низкая» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года).

Респонденты второй фокус-группы также отмечают низкую медицинскую грамотность пациентов: «пациенты считают, что в каких-то вопросах они имеют медицинскую грамотность, на самом деле, если разобраться, то медицинская грамотность нашего населения очень низкая. И они в силу своей низкой медграмотности порой предъявляют к нам завышенные требования» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет). Это является причиной большинства конфликтов, потому что «пациент выступает в роли судьи врача, оценивает те лечебные назначения, которые вы делаете как бы с точки зрения любителя-профессионала. Хотя он не подготовлен, и его требования часто бывают неадекватные, необъективные» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет), «врач не должен нравиться или нет, пациент должен выполнять его назначения» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет), «больные воспринимают дословно то, что написано в инструкции к лекарствам: «У меня нет такого заболевания, а врач назначил лекарство», с его точки зрения, неправильно. Отсюда вывод – врач плохой» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет).

Так же, как и молодые врачи, участники фокус группы № 2, отметили падение авторитета врача, желание заменить врача доступной информацией: «пациентам «помогают» инструкции к приему тех или иных лекарств, ведь

там все написано: действующее вещество, дозировка, механизм действия, побочные эффекты и т.д. – больные все читают, а потом сравнивают это с назначением врача. Эта информация может дезинформировать пациентов**,** и они неправильно оценивают назначения врача» (врач-терапевт «НА», стаж 41 год).

Так, респондент приводит пример: «Пациент, прочитав инструкцию к назначенному препарату, гневно возмущается: «В инструкции написано, что препарат может применяться при эпилепсии. Почему вы мне назначаете этот препарат? Никакой эпилепсии у меня нет» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет). И в этой ситуации «больной делает вывод, что врач профессионально плохо подготовлен, хотя он (*пациент*) совершенно некомпетентен по данному вопросу» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет).

Несмотря на общий подход к проблеме, молодые врачи более обеспокоены низким авторитетом врача, и более эмоционально высказываются на эту тему, уделяя ей больше времени в процессе дискуссии. Врачи отмечают, что пациенты ведут себя некорректно: «пациенты указывают врачам, что им нужно делать», «рабочий день закончился, пациент не записан, а требует выписать лекарство. Я говорю пациенту, приходите завтра, мой прием уже закончился. А мне отвечают**:** «Ну и что, что ***ты*** закончила прием?!» (врач-терапевт «ЕС», стаж 2 года), «пациенты относятся к врачам-терапевтам, кем я являюсь, неуважительно. Да и в принципе ко всем врачам отношение такое» (врач-терапевт «ЕС», стаж 2 года), «они заходят и с порога кричат, мне анализ такой-то, направление к тому-то. То есть мы как стол заказов», (врач-терапевт «ГЭ», стаж 2,5 года) «еще мне МРТ нужно сделать и бесплатно, пожалуйста, и желательно такого-то числа в такое-то время», (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет) «Как? Мне нужно сейчас, в это время!», (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет) «Пациенты не могут ждать». При этом пациенты не реагируют на аргументы врачей: «У нас как организовано: беременные вне очереди, инвалиды вне очереди, по острой боли вне очереди, социальный работник вне очереди. И все приходят в один

час и к тому же не по записи. Объяснить им, то что они должны создать очередь между собой, не представляется возможным» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

Молодые врачи отмечают, что тщетно пытаются установить контакт со «скандальными» пациентами: «а если по доброте душевной все же примешь пациента после окончания приема, то он тебя вообще считает потом круглосуточно обязанным» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года).

Все участники исследования указали на наблюдаемую в обществе негативацию восприятия врачебной профессии: «если раньше считалось, что врач – это Бог, то сейчас «кто такой этот врач вообще?» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет), «если раньше считалось, что мы оказываем помощь, то сейчас мы услуги оказываем» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года), «они порой даже имени врача не знают. Обращаются ко мне со словами «Девушка!» … я себя чувствую, как за прилавком в магазине в колбасном отделе» (врач-терапевт «ГЭ», стаж 2,5 года), «ни малейшего уважения» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года).

При этом молодые врачи отмечают, что их отношения с пациентами нельзя назвать «партнерскими» - всю ответственность за состояние своего здоровья пациент перекладывает на врача. Одновременно респонденты указывают на отсутствие ответственности пациента за ложный вызов и понимания границ обязанностей врача: «…отношение к вызову на дом безответственное. Я прихожу, а пациент ушел гулять. .. У него температура 37,5. Да! И все, вот причина вызова – 37,5! (температура тела). И отказать мы не можем» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет), «или причина вызова: «Мне нужна от вас справка, что мне можно идти на операцию. У меня дела тут, вы можете привезти?». И ты везешь, иначе будет жалоба» (врач-терапевт «ГЭ», стаж 2,5 года).

Рост числа жалоб пациентов увеличивает психологическое давление на врача: «если не так взглянешь, не так ответишь, то жалоба. И в итоге ты все равно будешь отвечать на эту жалобу, что ты оказался не прав» (врач-

терапевт «КС», стаж 3 года). Молодых врачей эмоционально задевает, что пациенты не желают строить отношения, а предпочитают требовать: «еще врач должен всегда улыбаться» (врач-терапевт «ГЭ», стаж 2,5 года), «мы роботы» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года), «мы не имеем права плохо себя чувствовать» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года), «больные предъявляют чрезмерные и необоснованные претензии, они не понимают, что мы потратили на обучение 8 лет жизни» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

В отличие от молодых врачей, более опытные врачи убеждены, что «большинство жалоб пациентов не обоснованы» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет), и в этом отношении важную роль играет реакция на них руководства: «И руководство наше эти самые жалобы рассматривает, и начинает врач «строчить» объяснительные на эти необоснованные жалобы. Поэтому у пациентов такое отношение к врачам. Руководство не должно вот так необоснованные жалобы рассматривать и идти на поводу у пациентов» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет).

Более опытные врачи (фокус группа № 2) больше внимание уделили проблеме незащищенности врачей. По мнению врачей, причина такого положения должна рассматриваться на макроуровне: «Мы не защищены ни внутри коллектива, ни вне его. Законодательно врач виноват априори» (врач-терапевт «ЛИ», стаж 40 лет), «моя последняя учеба по повышению квалификации на кафедре организации здравоохранения как раз заключалась в том, что нам читали этот закон, из которого следует, что врач везде виноват. То есть, конечно, лучше не допускать конфликтов с пациентом. Это даже не факт, что это обоснованная жалоба, это просто обращение пациента на любой сайт и врач уже виноват» (врач-терапевт «ЛИ», стаж 40 лет), «никого не интересует, по какой причине этот конфликт возникает. Факт обращения – обоснованный или нет – это уже дефектура. Почему этот дефект?», «… получается порочный круг: нет возможности создать что-то внутри учреждения, врач виноват, потому что нет информированности пациента. Нет

информированности – опять все виноваты» (врач-терапевт «МВ», стаж 20 лет).

Падение престижа врача («учителя и врачи раньше считались элитой» (врач-терапевт «МВ», стаж 20 лет)) все респонденты-врачи связывают, прежде всего, с недостаточно объективным освещением деятельности медицинских организаций и специалистов в средствах массовой информации.

Врачи второй фокус-группы считают необходимым повышать престиж врача: «нужно менять общественное мнение, не обвинять врачей по телевидению, для этого есть и другие организации, которые решают эти вопросы» (врач-терапевт «МВ», стаж 20 лет), «надо как-то освещать везде, чтобы народ понимал, что врач несет ответственность за ваше здоровье, поэтому должны врача поддерживать, относиться с уважением, а не искать какие-то негативные факты, а потом это вытаскивать на негативный суд общественности» (врач-терапевт «НА», стаж 41 год).

При этом именно молодые врачи отмечают отсутствие социальной защищенности медицинских специалистов: «низкая социальная защищенность медицинских работников - врачей, в частности» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года), «нет никакой поддержки врачей, не к кому пойти пожаловаться» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет), «нет никакой защиты, ни юридической, ни материальной, ни социальной» (врач-терапевт «ГЭ», стаж 2,5 года), «пациент всегда прав!» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года), «да, пациент всегда прав, потому, что врач не защищен. Если бы у нас была бы защита, то так бы пациенты не поступали. Если бы решали справедливо вопрос о том, кто прав – пациент или все-таки врач. А сейчас все на стороне пациента. Тогда, может быть, было бы другое отношение пациентов к врачам» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

Врачи старшего поколения связывают падение престижа своей профессии с общими социо-структурными и экономическими изменениями в стране: «Это издержки того, что после 90-х годов утрачена система морально-нравственного воспитания людей, молодежи, в частности».

В ходе дискуссии были определены основные объективные причины конфликтов с пациентами. В частности, это отсутствие достаточного времени для терапевтического приема. В первой фокус группе отметили, что «на прием врачу дается мало времени, есть задержка приема» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет), «врачи не укладываются в то время, которое пациенту назначено» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года). Причину такого положения молодые врачи видят в неравномерности распределения пациентов (повторное обращение, направления к узким специалистам). В ходе обсуждения возникло предложение:) «поток пациентов можно разделить на первичных (если первичные пациенты, то вам приходится собирать анамнез: паспортная часть, anamnesis morbi, anamnesis vitae.) и повторных», «предварительный осмотр пациента в кабинете предварительного приема, когда приходит первичный больной, он … идёт в кабинет предварительного приема, где медсестра … или врач могли бы эту информацию собирать на первичного пациента и заполнять эту часть», «при предварительном осмотре можно фиксировать такие данные, как антропометрия, масса тела, температура, давление и жалобы» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года.

Сразу же появились и контраргументы такого предложения: «каждый складывает свое мнение при общении с пациентом. У того, кто будет собирать первичный анамнез, будет своё мнение, а у меня свое может сложиться, в том числе и предварительный диагноз, а как быть с теми, кто к узким специалистам обращается? Терапевт соберёт анамнез с терапевтической точки зрения, невролог - с неврологической точки зрения, и к тому же это будет вызывать раздражение пациента» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

Безусловно, положительной оценки заслуживает то, что обсуждаемая проблема оценивалась и с позиций пациента: «так как он - пациент, мы должны в первую очередь относиться к нему, как к человеку, страдающему от заболевания» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет), «когда больной начинает общаться с 2-мя специалистами практически одномоментно, с небольшим

интервалом, то это вызывает у него больше психологического раздражения или неприятия. Он считает, что тут формализовали», «с точки зрения экономии времени врача, но пациента не особенно интересует ваше время, ему важно, чтобы врач не смотрел на часы, когда проводит прием. пациент заинтересован в том, чтобы ему уделили как можно больше времени» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года).

У врачей второй фокус группы другое мнение: «О нормативах времени на прием одного больного: при условии, если бы у нас были укомплектованы штаты, как врачебные, так и медсестринские, в общем-то 12 минут, которые нам выделяются, было бы достаточно. Но учитывая то, что у нас в поликлинике неукомплектованность постоянная, не хватает то врача, то медсестер, время приема за счет этого увеличиваются и мы не укладываемся в нормативы» (врач-терапевт «ЛИ», стаж 40 лет). Видимо, практический опыт врачей этой группы позволяет им видеть объективные причины проблемы: дефицит кадров в первичном звене.

В связи с этим во второй фокус-группе возникло обсуждение проблемы ухода молодых специалистов из первичного звена: «Они должны быть умными и трудоспособными, а за зарплату в 12-15 тысяч рублей умные девочки не будут работать» (врач-терапевт «ДВ», стаж 26 лет), «они идут работать в коммерческие структуры. Сейчас открыты различные центры, где часть квот получают поликлиники, а остальные объемы работ выполняются на коммерческой основе. Поэтому они имеют возможность получать доход и зарплата медицинских сестер может быть в 2 раза больше, чем у врачей в поликлинике» (врач-терапевт «НА», стаж 41 год).

Несмотря на различный подход к вопросу времени приема участкового терапевта, модератор перевел дискуссию в область современных инноваций в первичном звене. Молодые врачи дали в целом более эффективную оценку электронной записи к врачу: «электронная запись – это определённые плюсы. Как врачу, так и пациенту. *Пациентам* – это однозначно. То, что они экономят свое время», «*врачу*, …потому что он работает по графику с учетом

числа записавшихся больных», «рабочий день он тоже может планировать» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет).

Врачи второй фокус группы также положительно оценили общую тенденцию информатизации в первичном звене: «в компьютеризации нашей работы есть один положительный момент, что использование информационных технологий позволило упорядочить прием больных, то есть больные записываются через интернет, и формируется очередность приема» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет), «намного легче стало работать, чем это было раньше. Если используется система ЕГИС и если в ней работать правильно, то она идеальная».

Но сразу отметили и возникающие в связи с этим проблемы, которые можно сгруппировать по следующим направлениям:

- дублирование информации: «мне приходится вносить информацию о больном в компьютер и дублировать ее в бумажном варианте, т.е в амбулаторной карте» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет);

- сокращение времени «живого» общения: «на беседу с больным практически не остается»;

- низкий уровень компьютерной грамотности врачей-пенсионеров: «работает много врачей после пенсионного возраста, которые просто физически не могут освоить компьютер на должном уровне» (врач-терапевт «ВЮ», стаж 27 лет),

- отсутствие единой информационной платформы: «ЕГИС и если в ней работать правильно, то она идеальная. Но многие врачи в ней не работают. В этой системе не работают вспомогательные службы: клинико-лабораторная, функциональных исследований, рентгеновских исследований и др. Из-за того, что они не работают в системе ЕГИС, информация к врачу поступает не в электронном виде, а на бумажных носителях, как и раньше. Количество бумажной информации не уменьшились» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет), «наши лаборатории в этой системе не работают. И вряд ли будут работать.» (врач-терапевт «ДВ», стаж 26 лет), «если бы эта система была внедрена в

наших лабораториях, где штаты предусматривают должности одного лаборанта и двух врачей, они бы просто физически не смогли использовать эту систему» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет), «кроме того, мы не можем отслеживать повторные явки больного, т.к. на нашем компьютере и на компьютере в регистратуре не работает функция «повторная явка» (врач-терапевт «ЛИ», стаж 40 лет).

Молодые врачи к сложностям информатизации отнесли и отсутствие понимания со стороны пациентов: «Доктор, вы будете играть с компьютером или разговаривать со мной?» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет), - то есть пациенты не понимают, что я использую компьютер, как рабочий инструмент. Это может порождать жалобы». Молодые врачи также отметили «цифровое» неравенство между врачами - пенсионерами и более молодым поколением, усугубляемое отсутствием медсестры: «у некоторых врачей вообще нет медсестер, либо это пожилые пенсионерки, которые не могут освоить компьютерную грамотность» (врач-терапевт «ГЭ», стаж 2,5 года), «было бы идеально, если бы при работе с пациентом вы могли диктовать информацию медсестре, а она набирала бы все это на компьютере» (врач-терапевт «ЕС», стаж 2 года). Кроме того, молодые врачи справедливо отметили невысокое оснащение ряда поликлиник: «в кабинете врача нужно иметь два компьютера: сейчас один компьютер» (врач-терапевт «ЕС», стаж 2 года), «работают через раз», «выход в интернет не во всех кабинетах» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет).

Для решения этих проблем, по мнению врачей обеих групп, в поликлиниках необходима реально работающая служба технической поддержки, и, по мнению врачей второй фокус группы, необходимо решение кадровой проблемы: «начинать надо с того, чтобы были укомплектованы врачами все участки» (врач-терапевт «ВЮ», стаж 27 лет).

Вызывает определенное психологическое напряжение у врачей и процедура повышения квалификации. Молодые врачи мотивированы на постоянное повышение своей квалификации: «конечно, хотелось бы больше

учиться и совершенствовать свои знания и умения. Знания врача – это его сила», «проходили повышение квалификации в плановом порядке», «хотелось, чтобы текущее повышение квалификации было почаще, хотя бы один раз в год. Но так как нехватка кадров, руководство чаще всего не делает этого. Но руководство мед. организации не всегда нас поддерживает» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет).

В то же время молодые врачи настороженно относятся к балльной системе аккредитации: «если бы проводили на территории поликлиники такие конференции хотя бы раз в 3 месяца, то было бы удобно. А так, когда они по всему городу и их время чаще всего совпадает с твоим приемом, то это становится практически нереальным» и «как их набрать? Мы же не можем с работы отлучаться никак» (врач-терапевт «КС», стаж 3 года). Врачи обеспокоены возможностью набрать нужное число баллов в условиях удаленности места проведения конференций: «но как, на них (конференции) попасть, мы же работаем? К тому же не каждая конференция выдает баллы. – с января месяца я была на 5 конференциях. Сейчас, 16 апреля будет 6 конференция и в первый раз будет выдача сертификатов участника, где внизу написано количество баллов. Больше 2-3 баллов не выдают» (вначале врачи ответили хором, а далее дополняли друг друга).

Другая проблема, отмеченная врачами первой фокус группы – редкость профильных конференций: «нужно посетить более 50 конференций за 5 лет получается. А еще, во-первых, они должны соответствовать профилю вашей работы. А если взять, например, наш университет, то по специальности бывает в лучшем случае одна конференция в год. А для некоторых специальностей даже раз в год не проводится. Не помню, когда в последний раз была научно-практическая конференция по неврологии» (врач-терапевт «ЕС», стаж 2 года).

Врачи второй фокус-группы также отмечают необходимость совершенствования знаний: «врачи все равно ходят на конференции, все повышают свои знания, конечно, это самому врачу интересно» (врач-терапевт

«АХ», стаж 15 лет), но крайне скептически относятся к балльной системе аккредитации, отмечая неудобство: «Я прошла аккредитацию, у меня, допустим, повысилась зарплата, я получила перспективы и шанс достичь чего-то лучшего? Нет! Для чего это делается? Работник первичного звена, если не прошел эту аккредитацию, вы уверены, что он в состоянии будет или захочет пройти? При наличии трех терапевтов на ставку, из них пожилая категория составляет гораздо больше, чем молодежь, приходящая в поликлинику. Они не пройдут аккредитацию, куда они пойдут, и кто их место займет?» (врач-терапевт «МВ», стаж 20 лет).

Особенно скептически врачи настроены в отношении перспективы бальной системы для врачей пенсионного возраста: «такая система аккредитации не принесет пользы многим врачам, особенно пожилым, которые не смогут набрать необходимое число баллов» (врач-терапевт «ВЮ», стаж 27 лет). Причины такого отношения можно условно разделить на группы:

- электронное неравенство: «не у всех есть даже персональные компьютеры» (врач-терапевт «ВЮ», стаж 27 лет);

- необученность работать в интернет-пространстве (онлайн): «Вот я получил сертификат, занимался подготовкой отчета не один день. Зарегистрироваться на сайте не смог. А люди постарше, они не смогут чисто технически» (врач-терапевт «ВЮ», стаж 27 лет),

- технические ошибки, недоработанность сайтов: «Профессор-терапевт не смогла сдать экзамен, ее вопросы были по желудочно-кишечным кровотечениям. Ей поставили неудовлетворительную оценку. Она говорит: «Уважаемые разработчики, я же сама составляла эти вопросы, как такое могло быть?». Говорит, пару дней информация «повисела» на сайте, потом обращение исчезло. Так что аккредитация – это вещь не всегда объективная» (врач-терапевт «ВЮ», стаж 27 лет).

По поводу дистанционных форм обучения и аккредитации определенную настороженность проявила и вся группа молодых врачей. Среди основных причин такого отношения выделяются следующие:

- низкая система оценки в баллах: «например, я через интернет слушаю лекции кафедры повышения квалификации, потом прохожу тесты, и мне за это дают баллы. Потом есть онлайн вебинары всевозможные, опять же в конце прохожу тесты. Если прохожу их, то дают определенное количество баллов. Но за лекции и вебинары дают очень мало баллов, 1-2 обычно» (врач-терапевт «ЕС», стаж 2 года);

- неудобное время: «вебинары в основном транслируются в 20:00 часов. Мне с ребенком это не совсем удобно, в это время ребенка нужно готовить ко сну, а у нас вебинар. Нужно их транслировать в позднее время, где-то в 22-23 часа» (врач-терапевт «ЕС», стаж 2 года).

Наибольшее расхождение во мнениях врачей разных возрастных групп было получено при обсуждении вопроса о внедрении клинических протоколов (стандартов лечения). Несмотря на то, что Минздрав внедрил уже сотни протоколов и клинических рекомендаций по клинико-диагностическим подходам с учетом различных видов заболеваний, среди ответов молодых врачей встретились и такие варианты: «я не пользуюсь» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет), «информация не доходит. - она доходит, просто не всегда удается этим пользоваться» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет), «иногда приходится уходить от стандартов, хотя юридически мы обязаны их строго соблюдать», «во многих случаях придерживаться стандарта на 100% не получается» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

Такое отношение молодых врачей к клинико-диагностическим стандартам обусловлено рядом причин, основная из которых – это отсутствие индивидуального подхода: «больные разные и нуждаются в индивидуальном подходе» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет), «к больному нужно подходить индивидуально. Вот, например, для снятия выраженного болевого синдрома по стандарту необходимо назначение НПВС, а у пациента – открытая язва

желудка, которая является абсолютным противопоказанием для назначения НПВС. Как я их назначу? Как я буду действовать по стандарту? Безусловно, при таких патологиях, как обширный инфаркт миокарда или инсульт и больной доставлен в стационар, там, конечно, можно лечить строго по стандарту» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

В ряде случаев врачи считают, что стандарты не подходят «особенно при осложненных видах патологии, когда назначение тех или иных лекарственных препаратов, что предусмотрено стандартом, может усугубить течение сопутствующих заболеваний» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

В то же время врачи с большим профессиональным стажем не проявляют тревожности в этом аспекте: «у нас определенные стандарты, в принципе, всегда были, по определенным заболеваниям. Они нам не мешают, помогают» (врач-терапевт «ЛИ», стаж 40 лет). Хотя соглашаются, что «… вообще это чисто индивидуальное – относительно каждого больного» (врач-терапевт «ЛИ», стаж 40 лет). Тревогу врачей этой группы вызывает только их доступность в техническом плане: «есть стандарты в распечатанном виде, … а в компьютере кроме ЕГИС ничего нет, в мировую сеть не зайдешь», «в системе ЕГИС это невозможно», «нет выхода в интернет, только в ЕГИС. ЕГИС тоже через интернет» (врач-терапевт «ЛИ» стаж 40 лет, врач-терапевт «ЕА» стаж 19 лет).

Таким образом, если молодые врачи считают, что стандарты лишают их индивидуального подхода к лечению, то опытные врачи не видят в этом проблемы, решая вопрос через коллегиальное мнение, консилиум и т.д. Напротив, врачей с большим стажем расстраивает невозможность применять стандарты более оперативно, используя интернет-ресурсы.

В дискуссии был затронут вопрос оплаты труда, на который молодые врачи также откликнулись более эмоционально, демонстрируя, что это довольно болезненная для них тема: «Это ужасно, что у нас такая мизерная зарплата. У вас там были вопросы по поводу семьи, материального достатка,

да мне стыдно своей семье озвучивать мою зарплату, честное слово!» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет).

Молодые врачи считают несправедливой такую оплату труда: «учитывая, что в нашем ВУЗе мы дольше всех учимся, 8 лет, что образование у нас должно быть непрерывным, учитывая неблагодарность пациентов, да всю медицину в общем, из чего складывается зарплата врача, которая ниже прожиточного минимума, 7200 рублей, это ли не унизительно?» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет), «как участковый терапевт должен по участку пробежать, все сделать, плюс диспансеризация, выполнить план, всякие дела прочие» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет).

Врачи второй фокус группы также отметили, что зарплата не соответствует средней по региону и высказали сожаление в изменении подхода в эффективном контракте (утрачены ряд надбавок «участие в диспансеризации тоже не дает надбавку, это сейчас включили в ОМС» (врач-терапевт «ЕА», стаж 19 лет)).

Но более острой темой, взаимосвязанной с оплатой труда, врачи обеих групп считают дефицит кадров в первичном звене: «Не хватает кадров. Это же где-то фиксируется, что кадров не хватает?» (врач-терапевт «ГТ», стаж 6 лет), «У нас из участковых терапевтов только 2 человека, которые ходят по участку. У меня сейчас 10 вызовов, из них 1 – только из моего участка» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет), «на участке в среднем 2100-2200 человек, но на самом деле больше. И участков 14. На самом деле, если брать по нормативам, то это получается полторы ставки. 1700 человек – нагрузка на участкового терапевта, значит это полторы ставки. Нам не учитывают добавление этих пациентов на участок» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет).

Проблема дефицита кадров инициирует другие проблемы:

- уход из отрасли молодых специалистов: «поэтому молодежь не задерживается в бесплатной медицине» (врач-терапевт «МВ», стаж 20 лет);

- осложнения отношений с пациентами: «дефицит кадров даже в терапии настолько большой, что если бы не было дефицита кадров, и не было бы жалоб» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет);

- снижение качества оказания помощи: «Безусловно, улучшилось бы также качество обслуживания пациентов», «врачи все бы успевали делать на уровне современных требований» (врач-терапевт «НВ», стаж 5 лет).

Вопрос о профессиональных сообществах не вызвал интереса участников фокус групп, а врачи 2 фокус группы высказали свое скептическое отношение: «В интернете есть очень нехорошие статьи о врачебных сообществах…» (врач-терапевт «ВЮ», стаж 27 лет).

Неудовлетворенность врачей рассмотренными аспектами своего труда вызывает разочарование и снижает интерес к профессиональному росту: «У меня уже 20 лет работы, и, если 15 лет назад я могла сказать, что у меня было желание совершенствоваться и в чем-то двигаться, сейчас – лишь бы меня не трогали» (врач-терапевт «МВ», стаж 20 лет), «Мы уйдем на пенсию, а молодежь не придет», «у нас нет желания, если один человек выполняет обязанности трех, а то и четырех людей. Мы не говорим о среднем медперсонале, которого не хватает. Мы говорим о тех условиях, которые сейчас созданы, в данный момент» (врач-терапевт «ЛИ», стаж 40 лет).

Выводы по результатам анализа фокус групп представлены в таблице 3.3.1.

Таблица 3.3.1.

Оценка инициирующих факторов ролевых конфликтов в медицине участниками фокус-групп

N	Отмеченная проблема или явление	Оценка участников фокус-групп	
		Фокус группа № 1 (врачи со стажем менее 10	Фокус группа № 2 (врачи ос стажем более 10

		лет)	лет)
1	Сложности взаимоотношений с пациентами	«Ложная информированность пациента» (доступность медицинской информации на фоне низкой медицинской грамотности)	Дезинформация в интернет-ресурсах, заблуждения пациентов
		Низкий авторитет врача, как специалиста (в роли экспертов для пациентов выступают соседи, родственники, случайные знакомые в интернет-чатах)	Пациенты предпочитают опираться на содержание инструкции к лекарственному препарату, а не на мнение специалиста
		Неготовность пациентов к профилактике, обусловленная их низкой медицинской грамотностью	«Желание» получить инвалидность
		Низкий уровень комплаентности пациентов к лечению	
		Низкий уровень культуры пациента	
		Рост необоснованных жалоб пациентов	Большинство жалоб пациентов - необоснованные
		Неуважение к труду врача (необоснованные вызовы, требование назначений, «справок», определенных дат приема и т.д.)	
2	Сложности в отношениях с руководством	Негибкость руководства в отношении мероприятий по повышению квалификации (конференции, учеба)	Односторонняя позиция руководства к жалобам пациентов.
			Отсутствие законодательной защиты врачей
			Чрезмерность санкций к врачам
3	Влияние средств масс-медиа на престиж врача		Формирование СМИ негативного образа врача
4	Низкая социальная защищенность врачей	«Пациент всегда прав»	Отсутствие моральной, социальной и юридической поддержки
5	Ограниченное время приема или его	Неоднородность категорий пациентов (первичное,	

	низкая организация	повторное обращение, нуждаемость в консультациях узких специалистов)	
		Неудовлетворенность пациентов отведенным временем приема, недостаточного для психологического комфорта	
6	Дефицит кадров в первичном звене	Рост жалоб пациентов из-за отсутствия участковых терапевтов	Дефицит врачебных и медсестринских кадров в первичном звене
		Увеличение нагрузки приводит к снижению качества оказания помощи	Низкая зарплата не привлекает молодых специалистов
7	Проблемы внедрения информатизации в первичном звене		Дублирование информации в электронном виде и на бумажных носителях
		Отсутствие понимания пациентов к необходимости ведения электронной медкарты	Сокращение времени «живого» общения
		Низкий уровень компьютерной грамотности врачей и медсестер-пенсионеров	Низкий уровень компьютерной грамотности врачей-пенсионеров
		Недостаточный уровень технического оснащения поликлиник	Отсутствие единой информационной платформы
8	Трудности в системе повышения квалификации	Дефицит времени в условиях дефицита кадров	Отсутствие перспектив роста
		Удаленность курсов и конференций	
		Отсутствие или редкость конференций по «узким» специальностям, профильных тем	
9	Неоднозначное отношение к процедуре аккредитации специалистов		Скептическое отношение к дистанционным формам оценки знаний, на фоне проблемы электронного неравенства для врачей пенсионного возраста
10	Скептическое отношение к дистанционным формам обучения и	Недостаточно высокая оценка в баллах	Низкая оценка компетентности сайтов (ошибки ответов, некорректные вопросы и т.д.)

	аккредитации	Неудобное время	Трудности работы в он-лайне (техническое оснащение, навыки работы)
11	Неоднозначное отношение к клинико-диагностическим стандартам	Отсутствие индивидуального подхода к пациенту	Положительная оценка стандартов, возможность индивидуального подхода через механизмы консилиума и т.п.
		Возможность побочных эффектов при сочетанных и осложненных формах патологии	Низкая техническая оснащенность не позволяет использовать стандарты в он-лайн режиме
12	Низкая оплата труда	Оплата труда не соответствует затраченном времени на обучение, работу в условиях дефицита кадров	Изменение системы доплаты (ряд надбавок «ушло» в ОМС)
		Обуславливает уход молодых специалистов	Не привлекает молодых специалистов, тем самым усугубляет кадровый дефицит
		Не удовлетворяет потребностям семьи	
13	Отсутствие перспектив профессионального роста	Привлекательность частного сектора медицинских услуг	Нет желания профессионального совершенствования в предлагаемых условиях

Причины ролевых конфликтов могут быть рассмотрены как основные факторы социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта. При этом необходимо отметить, что наблюдается некоторое их отличие в зависимости от стажа профессиональной деятельности. Для молодых врачи (со стажем менее 10 лет) наиболее важными являются падение престижа врача и отношения с пациентами. В то время как для опытных врачей (стаж работы более 10 лет) более проблематичными являются кадровый дефицит и сложности информатизации профессиональной деятельности.

Заключение: на материале фокус-групп были выявлены возможные факторы ролевых конфликтов участкового врача-терапевта, которые

определяют трансформацию его профессиональной роли. Выявленные у врачей модельной группы негативные тенденции в показателях коммуникативной сферы могут быть рассмотрены как маркеры трансформации профессиональной роли участковых врачей-терапевтов.

Проведенное социологическое исследование групп участковых врачей-терапевтов позволяет сделать следующие выводы.

На материале фокус-групп были выявлены возможные факторы ролевых конфликтов участкового врача-терапевта, которые определяют трансформацию его профессиональной роли. Среди них: ложная информированность пациента на фоне низкой медицинской грамотности, падение авторитета врача, как профессионала; низкий комплаенс пациентов как к лечению, так и профилактике; низкий уровень культуры пациентов; сложности во взаимоотношениями с руководством (односторонняя позиция в отношении жалоб пациента, распределения рабочего времени, повышения квалификации и др.); негативная оценка профессиональной деятельности врача средствами масс-медиа; низкая социальная защищенность врача; дефицит кадров; низкая оплата труда и др. При этом для молодых врачи (со стажем менее 10 лет) наиболее важными являются падение престижа врача и отношения с пациентами. В то время как для опытных врачей (стаж работы более 10 лет) более проблематичными являются кадровый дефицит и сложности информатизации профессиональной деятельности.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно предложить для дальнейшего исследования, что социальная роль врача это, прежде всего, коллективные ожидания и представления пациентов о враче, а также его собственное представление (материалы фокус-группы) о моделях своего поведения в процессе взаимоотношений с пациентами в соответствии со своими предписанными правами и обязанностями и вместе с тем взаимодействие с социальным институтом медицины, одним из главных составляющих элементов которого является и сам участковый врач-терапевт.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 3

Анализ медико-демографической ситуации в Ростовской области и г. Ростове-на-Дону, а также характеристика первичного звена системы здравоохранения г. Ростова-на Дону позволяет сделать следующие выводы:

1. Демографическая ситуация в городе Ростове-на-Дону характеризуется стагнацией общей численности населения на фоне роста числа лиц пенсионного возраста.

2. В системе организации медицинской помощи населению сохраняется дефицит врачебных кадров с тенденцией к его росту. Отмечается также недостаточное обеспечение специалистами со средним медицинским образованием с низким показателем соотношения врач: медицинская сестра - 1:1,28.

3. Численность медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена сокращается при одновременном росте мощности действующих АПУ по показателям посещаемости (в т.ч. по показателям на 10 тыс. населения) (см. § 3.1. (в т.ч. рис 3.1.1 и рис. 3.1.2)).

Отмеченные особенности отражают общероссийские тенденции развития демографической ситуации, а также проблемы кадрового дефицита в первичном звене здравоохранения. Это позволяет полагать, что использование данной эмпирической базы способствует достижению цели и решению задач нашего исследования.

Проведенные медико-социологические исследования деятельности групп участковых врачей-терапевтов позволяют сделать следующие выводы:

1. Профессиональная группа участковых врачей-терапевтов типичного регионального центра России характеризуется рядом особенностей, обусловленными современными социально-экономическими реалиями. Структура мотивации к профессиональной деятельности

представлена следующими мотивами: 1 – «возможность заработать деньги на жизнь» (79,5% ответов); 2 – «возможность реализовать себя в профессии» (65,1%); 3 – «сострадание и помощь больному» (61,4%); 4 – «профессиональный рост» (44,0%); 5 – «возможность при необходимости помочь близким, себе и друзьям в сохранении здоровья» (42,4%). При этом отмечается в целом неудовлетворительное материальное положение (у 75,4%); высокий уровень компьютеризации рабочих мест (91,9% врачей обеспечены автоматизированными рабочими местами) с невысоким уровнем доступности сетевой информации (доступ к интернету имеют 54,4%).

2. По данным материалов фокус-групп были выявлены возможные факторы ролевых конфликтов участкового врача-терапевта, которые определяют социальную трансформацию его профессиональной роли. Среди них: псевдоинформированность пациента на фоне низкой медицинской грамотности; снижение авторитета врача, как профессионала; низкая комплаентность пациентов как к лечению, так и к профилактике; низкий уровень культуры пациентов; сложности во взаимоотношениях с руководством (односторонняя позиция в отношении жалоб пациента, распределения рабочего времени, повышения квалификации и др.); негативная оценка профессиональной деятельности врачей средствами масс-медиа; низкая социальная защищенность врача; дефицит кадров; низкая оплата труда и др. При этом для молодых врачей (со стажем менее 10 лет) наиболее важными являются снижение престижа профессии врача и сложные отношения с пациентами. В то время как для более опытных врачей (стаж работы более 10 лет) более проблематичными являются кадровый дефицит и сложности цифровизации профессиональной деятельности.

3. Выявленные у врачей в исследуемой группе негативные тенденции в показателях коммуникативной сферы могут быть рассмотрены как маркеры социальной трансформации профессиональной роли участковых врачей-терапевтов: низкие показатели коммуникативных качеств (у 34,8%); доминирование организаторских качеств над коммуникативными (78,8%);

низкие показатели коммуникативного контроля (23,1%); коммуникативные помехи, затрудняющие общение (у 47,2%). Это позволяет предположить возможную социальную трансформацию профессиональной роли участковых врачей-терапевтов и в форме профессиональных деформаций, проявляющихся в виде авторитарности, консерватизма, профессиональной индифферентности, доминантности во взаимоотношениях с пациентами в процессе предоставления медицинских услуг.

На основании вышеизложенных материалов исследования, и, используя социологический подход для анализа данных, мы предлагаем структуру интерпретации уровней социальной роли участкового врача-терапевта:

- предписанная роль (образование, должность в медицинской организации, стаж работы, профессиональная нагрузка);
- интериоризация роли (усвоение практических навыков, формирование коммуникативных качеств и коммуникативного контроля при взаимодействии с пациентами и в медицинском коллективе, формирование признания пациентами личности врача, признание коллегами);
- восприятие роли участкового врача-терапевта (самим врачом, а также коллективные ожидания и представления пациентов о нем).

В ходе социологического осмысления полученных в исследовании данных диссертант пришла к заключению, что с учетом социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта ролевые конфликты в современных реалиях возникают вследствие столкновения с несовместимыми ожиданиями пациентов и возможностями врача восполнить их требования, основанные на полученных больными сведений из разных источников (псевдоосведомленность), когда социальный портрет коллективных представлений пациентов не соответствует современным повседневным реалиям. Ролевой конфликт возникает также при предъявлении различных (противоположных) требований участковому

врачу-терапевту (например, требования руководства МО и пациентских организаций могут кардинально отличаться).

Как показало наше исследование, что с учетом социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта, одной из главных причин ролевых конфликтов в настоящее время становится нацеленность на разные типы мотивации с превалированием прагматической (коммерческой) установки, вследствие необходимости получения материальных средств для обеспечения оптимального уровня качества жизни над процессной мотивацией (удовлетворение своей врачебной деятельностью). Это также обусловлено социальной трансформацией ценностного поля в профессиональном пространстве медицины (А.В. Решетников, 2017), когда происходит социальная деформация в условиях возвращения к принципам рыночной экономики канонических ценностей медицинской профессии: от гуманизма к рыночным отношениям в здравоохранении; от альтруизма и эмпатии врача к эмоциональной отстраненности, равнодушию индифферентности по отношению к пациенту; от самоотверженности к работе в пределах трудового договора; от процессной мотивации врача к превалированию работы за вознаграждение.

ГЛАВА 4. ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

§4.1. Социальный портрет пациента муниципальной поликлиники (на примере региона)

Согласно стратегии, озвученной в Послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию 20 февраля 2019 года [3], основное внимание в повышении доступности и качества медицинской помощи уделяется медицинским организациям первичного звена здравоохранения. В связи с этим актуализируется необходимость изучения уровня информированности пациентов муниципальных городских взрослых поликлиник о внедрении цифровых, организационных и информационных технологий в практику оказания медицинской помощи – и в этом отношении уже сегодня можно отметить имеющиеся в русле социологии медицины наработки [151, 158].

Как показывает мировой опыт, уровень информированности пациентов и уровень их приверженности лечению коррелируют [254]. Интересно, что своевременное напоминание о необходимости обследования посредством, например, почтовых карточек [254] показывает существенный рост приверженности пациентов длительной терапии.

Немаловажным компонентом установления конструктивного взаимодействия врача и пациента является принятие пациентами трансформации функций медицинских работников на фоне оптимизации профессиональной структуры кадров в здравоохранении [387, 158]. В современных условиях от врачей ожидается не только выполнение непосредственных рабочих обязанностей, но и совершенствование личностных коммуникативных навыков (включая взаимодействие посредством современных цифровых и информационных технологий) [162] –

что напрямую влияет на уровень удовлетворенности пациентов медицинскими услугами.

Одним из возможных путей повышения уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи выступает регулярное изучение мнения пациентов по ключевым показателям (доступность и качество медицинских услуг, комфорт, маршрутизация пациентов, время ожидания услуги и др.), а также конструирование представления о социальном портрете типичного пациента медицинской организации для адресной работы с целевой аудиторией.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ определено, что важнейшими задачами учреждений первичного звена здравоохранения, к которым относятся и поликлиники (самостоятельные или в составе больниц, медсанчастей и др.) является оказание первичной доврачебной, первичной врачебной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи [2]. И пациент, как потребитель медицинских услуг, вправе рассчитывать на получение своевременной и качественной медицинской помощи.

В период 2018-2019 гг. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ) было проведено медико-социологическое исследование, в котором приняли участие 407 пациентов, получавших медицинские услуги в двенадцати муниципальных поликлиниках города Ростова-на-Дону, схожих по основным признакам: структура поликлиники, численность прикрепленного взрослого населения, штатное количество рекомендуемых должностей медицинских работников.

Исследование проводилось методом очного анонимного анкетирования в рамках принятой методологии. Отбор единиц для участия в анкетном опросе проводился выборочным методом. Обработка статистических данных выполнена при помощи программного обеспечения Statistica 12.0.

Анализ гендерной структуры респондентов показал, что большинство (68,2%) опрошенных составляли женщины, 31,8% составили мужчины - что, в целом, соответствует структуре генеральной совокупности. При статистическом анализе были выделены следующие возрастные группы: 18-25 лет (19,1%), 26-35 лет (15,0%), 36-45 лет (14,5%), 46-55 лет (12,3%), 56-65 лет (16,7%), старше 65 лет (22,4%). Возрастное распределение участников в целом иллюстрирует обращаемость в типовые муниципальные поликлиники города – миллионника, и отражает превалирование пациентов старших возрастных групп.

По образовательному уровню распределение опрошенных было следующим: начальное образование имели 0,6%; неполное среднее – 1,7%; полное среднее – 5,1%; среднее специальное – 30,9%; неоконченное высшее – 10,7% и высшее – 51,1%. Социальный состав респондентов: рабочие – 41,6%, служащие – 7,9%; пенсионеры – 30,9%; учащиеся – 9,6%; временно безработные – 6,2% и инвалиды – 3,9%. В представленном контингенте часть пенсионеров работали (2,9%) и некоторые являлись пенсионерами, одновременно имеющими группу инвалидности (3,7%).

Семейное положение опрошенных характеризовалось следующим образом: женатыми являлись 55,9%; холостыми – 23,2%; разведенными – 9,0% и вдовцами (вдовами) – 11,9%.

Таким образом, социальный портрет типичного пациента муниципальной поликлиники города-миллионника позволяет выделить ряд социально-демографических характеристик – это замужняя, работающая женщина 56-65 лет с высшим образованием, имеющая два и более хронических заболевания. Также в анкете были предусмотрены вопросы, позволившие детализировать социальный портрет типичного пациента и его позицию в отношении состояния собственного здоровья.

Одной из ключевых составляющих социального портрета стандартной городской поликлиники выступила самооценка состояния своего здоровья. Было установлено, что считали себя полностью здоровыми 25,5%

респондентов; «в большей степени здоровыми, чем больными» – 46,8% и «больше больными, чем здоровыми» – 27,7%.

Таблица 4.1.1.

Удельный вес (в %) пациентов с учетом мнения о состоянии здоровья в зависимости от пола и возраста.

Вопрос «Считаете ли вы себя здоровым и трудоспособным ?»	Возрастные группы (число лет)												Все опрошенные
	18-25		26-35		36-45		46-55		56-65		> 65		
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Да, полностью.	61,1	53,3	61,5	15,4	36,4	18,8	25,0	20,0	20,0	5,3	0	8,6	25,5
Больше здоровым, чем больным.	38,9	40,0	38,5	76,9	63,6	75,0	62,5	46,7	40,0	36,8	63,6	25,7	46,8
Больше больным, чем здоровым.	0	6,7	0	7,7	0	6,3	12,5	33,3	40,0	57,9	36,4	65,7	27,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Анализ динамики самооценки здоровья с учетом возраста и пола показал, что в группе мужчин с увеличением возраста, начиная с возрастной группы 36-45 лет, число респондентов, считающих себя полностью здоровыми в сравнении с предыдущими группами, сокращается в 1,7 раза и в последующих группах эта тенденция продолжается. В возрастной группе 65 лет и старше ни один респондент не отнес себя к группе полностью здоровых. Тем не менее, важно отметить, что позитивная оценка состояния своего здоровья по ответу «чувствую себя больше здоровым, чем больным» сохраняется у мужчин до возрастной группы 46-55 лет.

В группе женщин картина самооценки здоровья значительно отличается от группы мужчин. Существенное ($p<0,05$) снижение удельного веса женщин, считающих себя полностью здоровыми, отмечается уже в возрастной группе 26-35 лет, в которой этот показатель в сравнении с предыдущей группой уменьшается в 3,5 раза. В последующих возрастных группах вплоть до группы 56-65 лет удельный вес женщин, считающих себя полностью здоровыми, сохраняется на уровне 19-20%, а в группе 56-65 лет этот показатель в сравнении с предыдущей возрастной группой снижается в 3,8 раза.

Отметим, что женщины более настороженно и внимательно относятся к своему здоровью и обращаются за медицинской помощью при малейших изменениях в состоянии самочувствия и здоровья. Мужчины менее критичны в оценке состояния своего здоровья и реже обращаются за медицинской помощью. Такая тенденция сохраняется вплоть до возрастной группы 46-55 лет, что может способствовать росту обращаемости за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания. В свою очередь у женщин прослеживается более положительная тенденция в оценке своего здоровья.

Для сохранения и укрепления здоровья опрошенные пациенты прибегали к ряду оздоровительных мероприятий – в ранговом порядке на первом месте был вариант ответа «не злоупотребляю алкоголем» – 18,3%; на втором месте – отказ от курения (18,0%); на третьем месте – эмоциональная

уравновешенность (13,1%); четвертое и пятое места заняли варианты ответа «обеспечение нормальной продолжительности сна» и «рационализация режима питания и обеспечение его биологической полноценности» 13,0% и 12,6% соответственно. Таким образом, можно отметить, что пропаганда принципов здорового образа жизни (ЗОЖ) находит понимание и отклик среди населения, однако число следующих принципам ЗОЖ все еще остается незначительным (от 10% до 20% среди опрошенных).

Самооценка респондентами состояния своего здоровья, во-многом, связана с наличием у них хронических заболеваний. Так, на вопрос «Есть ли у Вас хронические заболевания?» в целом по всему контингенту опрошенных были получены следующие ответы: «нет ни одного» (27,7%); одно (25,5%); два (15,8%); три и более (31,0%). У женщин характер ответов был следующим: «нет ни одного» (17,5%); одно (23,7%); два (17,5%); три и более (41,2%). И у мужчин: «нет ни одного» (44,3%); одно (28,6%); два (12,9%); три и более (14,3%). Анализ динамики самооценки здоровья с учетом пола показал, что мужчины чаще считают себя полностью здоровыми – что может указывать как на фактическое хорошее самочувствие мужчин, так и на пренебрежение ими невыраженной или хронической («привычной») симптоматикой и низкий уровень информированности о состоянии своего здоровья.

Среди заболеваний, требующих постоянного обращения за медицинской помощью, пациенты наиболее часто называли сердечно-сосудистую патологию (33,4%), патологию верхних дыхательных путей (23,8%) и желудочно-кишечного тракта (17,4%). Заметим, что 12,6% опрошенных не могла сформулировать свой диагноз.

Представляли интерес данные по обращаемости пациентов в различные медицинские организации, в которых они лечились или проходили обследование. Ответы распределились следующим образом: в муниципальной поликлинике по месту регистрации – 56,3%; в поликлинике по месту фактического проживания – 20,4%; в ведомственной поликлинике –

2,4%; в платной поликлинике – 15,5%; в других медицинских организациях – 5,3%.

Со стратегической точки зрения, которая была озвучена в послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию 20 февраля 2019 года [3], основное внимание в повышении доступности и качества медицинской помощи ложится на учреждения первичного звена здравоохранения (ФАП, сельский врачебный участок, поликлиники взрослые, детские, стоматологические и др.).

Так, в течение года в целом по всему изученному контингенту частота обращений в муниципальную поликлинику составила 3,9±0,33 раза на одного пациента: у женщин – 4,7±0,4 и у мужчин 3,0±0,4.

Таблица 4.1.2.

Частота обращений в муниципальную поликлинику в течение года с учетом пола и возраста пациентов.

Средняя частота обращений в муниципальную поликлинику (M±m)	Возрастные группы (число лет)						По всем опрошенным
	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	
Мужчины	2,5±0,7	2,1±0,4	2,1±0,5	2,5±0,4	4,1±1,0	4,7±1,1	3,0±0,4
Женщины	2,6±0,8	3,1±0,7	4,6±0,8	5,9±0,9	6,1±0,9	6,2±0,8	4,7±0,4
Всего	2,55±0,5	2,6±0,4	3,4±0,6	4,2±0,7	5,1±0,8	5,5±0,7	3,9±0,3

Такое число обращений за поликлинической помощью, в целом, соответствует показателю, указанному в «Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020-2021годов».

При анализе частоты обращений респондентов в поликлинику установлено, что у мужчин среднее число обращений составило 3,0±0,4, а у женщин в 1,6 раза чаще (4,7±0,44, $p<0,001$). У мужчин в возрасте до 46-55 лет частота обращений колеблется в пределах 2,1-2,6 на одного опрошенного и только в возрастных группах старше 56 лет она возрастает до 4,1-4,7

обращений. В возрастной группе 18-25 лет как у мужчин, так и у женщин частота обращений имеет близкие показатели (2,5-2,6). Заметим, что у женщин возрастание числа обращений имеет место в более молодых возрастных группах в сравнении с мужчинами. Этот рост начинается в возрастной группе 26-35 лет и в возрастных группах 46 лет и старше достигает 5,9 – 6,2 обращения на одного пациента ($p<0,05$).

В ходе исследования осуществлен анализ поводов обращения в муниципальную поликлинику. Выделены основные причины обращений: непосредственно по состоянию здоровья (обострение хронического заболевания – 40,5%, возникновение нового заболевания - 19,5%) – I ранговое место, на II ранговом месте - обращения в связи с необходимостью получения медицинской документации (получение листка временной нетрудоспособности – 15,8%, получение санаторно-курортной карты – 7,3%, получение различных справок – 6,8%, получение направления на медико-социальную экспертизу - 3,2% и другие поводы - 2,6%) и на III-м ранговом месте – прохождение диспансеризации (7,9%). Эти показатели важны с организационной точки зрения, поскольку они позволяют предусмотреть реальную нагрузку на участкового врача-терапевта и прогнозировать более рациональное использование бюджета рабочего времени.

Таким образом, наиболее частыми нарушениями здоровья у пациентов муниципальной поликлиники города-миллионника являются сердечно-сосудистая патология (33,4%), заболевания верхних дыхательных путей (23,8%) и желудочно-кишечного тракта (17,4%).

Респонденты оказались достаточно солидарными при оценке основных причин своей неудовлетворенности при обращении в муниципальную поликлинику (табл. 4.1.3.). Их ответы были проанализированы не только в целом по всему массиву опрошенных, но и с учетом возрастных групп. Оказалось, что независимо от возраста содержание оценок было примерно одинаковым. Это дает основание анализировать причины

неудовлетворенности в целом по всей группе опрошенных. Наибольшее неудовлетворение у пациентов вызывают такие недостатки в работе муниципальных поликлиник: большие очереди на прием к врачу (20,3% ответов); дорогостоящие лекарственные средства, выписываемые врачом (19,7%); необходимость пользоваться платными услугами (12,0%); необходимость частого посещения врача по немедицинским вопросам (получение справок, выписок и т.д.) (9,7%); длительный процесс обследования и лечения (9,6%); невнимательное отношение медицинского персонала (9,1%); недостаточно (по мнению опрошенных пациентов) квалифицированное лечение (8,7%).

Таблица 4.1.3.

Основные причины неудовлетворенности пациентов при обращении в муниципальную поликлинику (удельный вес в % различных причин) с учетом возраста пациентов.

Проблемные ситуации	Возрастные группы (число лет)						Все опрошенные
	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	
Большие очереди на прием к врачу	22,3	20,6	20,7	21,9	19,0	18,5	20,3
Считаю лечение в наших поликлиниках недостаточно квалифицированным	8,0	11,3	8,5	4,7	12,0	6,9	8,7
Невнимательное отношение медицинского персонала	7,1	17,5	8,5	4,7	9,0	6,9	9,1
Длительный по времени процесс обследования и лечения	8,9	4,1	8,5	12,5	10,0	13,1	9,6
Необходимость частого посещения врача по немедицинским вопросам (получение справок, выписок и т.д.)	11,6	12,4	11,0	10,9	4,0	9,2	9,7
Много платных медицинских услуг.	13,4	9,3	14,6	9,4	10,0	13,8	12,0
Дорогостоящие лекарственные средства	17,9	13,4	20,7	21,9	23,0	21,5	19,7
Невозможность по болезни пропустить рабочий день	8,0	10,3	6,1	6,3	7,0	2,3	6,5
Другое	2,7	1,0	1,2	7,8	6,0	7,7	4,4

С целью понимания причин неудовлетворенности качеством медицинских услуг соискателем проанализированы проблемы, возникающие у пациентов при обращении за медицинской помощью в муниципальную поликлинику. По рангу ответы распределились следующим образом (выделены 5 наиболее значимых ответа): 1-е место – большие очереди на прием к врачу (20,3%); 2-е место – малодоступность назначаемых врачом лекарственных средств с учетом их дороговизны (19,7%); 3-е место – необходимость получения платных медицинских услуг (12,0%); 4-е место – необходимость частого посещения врача по немедицинским вопросам (получение направлений, выписок, справок, листков временной нетрудоспособности и др.) (9,7%) и 5-е место – длительный по времени процесс обследования и лечения (9,6%).

Из приведенных данных следует, что часть затруднений для пациентов при их обращении в муниципальную поликлинику может быть минимизирована путем интеграции организационных, информационных технологий и ускорения темпов цифровизации системы здравоохранения на муниципальном уровне.

С точки зрения пациентов они не всегда получали в муниципальной поликлинике полноценное обследование и лечение. Респонденты указали, что в полном объеме они получали лечение в 45,6% случаев, частично – 42,9%, мене половины с их точки зрения – 6,6% и не получали вообще 4,9%. Из тех, кто не получил полный курс лечения, основной причиной был отказ больного от терапии из-за длительного срока ожидания. Основной массив отказавшихся составила возрастная группа от 20 до 45 лет.

По мнению пациентов, полное выздоровление имело место в 22,3% случаев; частичное улучшение здоровья – в 57,1%; ухудшение течения имеющегося заболевания и его хронитизация – в 9,2% случаев; состояние здоровья осталось без изменений – в 11,4% случаев.

Пациентами высказано мнение о том, что с их точки зрения было оптимизировано в поликлинике для повышения качества медицинской

помощи. Среди этих мероприятий пациенты отметили введение электронной записи на прием к врачу (25,1%); введение электронной очереди на прием к специалисту (20,6%); сокращено время ожидания приема у врача (16,6%); врачи стали более внимательно относиться к больным (15,2%); улучшилось санитарное просвещение (13,0%) и лекарственное обеспечение (8,1%).

В качестве позитивного факта можно отметить улучшение социально-психологического взаимодействия врача и пациента. Проинтервьюированные пациенты в 42,3% случаев отметили, что отношения между врачом и пациентом значительно улучшились или улучшились. По мнению половины пациентов, эти отношения не изменились. Группа «пессимистов» оказалась незначительной и составила всего 7,8%.

Следует отметить также весьма позитивный факт достаточно редкого обращения пациентов к руководству поликлиники и в контролирующие организации (страховые медицинские организации, Росздравнадзор, ТФОМС, Управление здравоохранением и Минздрав) с претензиями к работе поликлиники или персонала. Эти обращения носят единичный характер (≤1%).

Отдельное внимание было уделено изучению комплаентности пациентов (табл. 4.1.4.). Следует отметить недостаточную комплаентность включенных в исследование респондентов. В полном объеме врачебные рекомендации выполняет 78,6% пациентов, частично – 18,1% и игнорируют рекомендации 3,2%, при этом 1,6% занимаются самолечением. Наибольший негативизм к рекомендациям врача проявляют лица молодого возраста (до 35 лет). Почти 12% или вовсе не выполняет врачебные рекомендации или занимается самолечением. Вероятно, эта группа требует особого внимания врачей и психологов.

Таблица 4.1.4

Удельный вес (в %) респондентов с учетом степени комплаентности.

Соблюдаете ли Вы назначения врача?	Возрастные группы (число лет)						Все опрошенные
	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	
Всегда выполняю полностью	78,8	65,4	77,8	86,4	79,3	82,2	78,6%
Выполняю иногда	18,2	26,9	18,5	13,6	17,2	15,6	18,1%
Никогда не выполняю	3,0	3,8	0,0	0,0	0,0	2,2	1,6%
Занимаюсь самолечением	0,0	3,8	3,7	0,0	3,4	0,0	1,6%
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [6] медицинские организации первичного звена здравоохранения осуществляют сплошную диспансеризацию населения в возрасте 21-74 лет.

Медико-социологическим исследованием установлено, что в 2019 году прошли диспансеризацию лишь четверть (24,7%) опрошенных. В целом, можно выделить два основных барьера, препятствующих росту этого показателя: недостаточно эффективная информационная кампания (нехватку информации о целях, задачах и формах участия в диспансеризации отметили около 20% респондентов в возрастных группах до 35 лет) и недостаточный учет социальных характеристик и структуры занятости пациентов (не учет вариантов удобных интервалов времени и форм проведения диспансеризации обратили внимание от 18,0 до 23,8% респондентов в разных возрастных группах). Все указанные факторы, безусловно, влияют на уровень удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи [310].

Таблица 4.1.5.

Отношение респондентов к организации и проведению сплошной диспансеризации с учетом пола и возраста (удельный вес ответов в %).

	Возрастные группы (число лет)												Все опрошенные
	18-25		26-35		36-45		46-55		56-65		> 65		
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Не располагаю информацией	27,8	13,3	38,5	15,4	9,1	12,5	25,0	14,3	0,0	0,0	27,3	25,0	17,7
В нашей поликлинике не получал предложение пройти диспансеризацию	11,1	20,0	15,4	7,7	36,4	25,0	25,0	21,4	0,0	26,3	9,1	21,9	18,8
Не готов активно участвовать, поскольку необходимо отпрашиваться с работы	33,3	26,7	7,7	30,8	36,4	12,5	25,0	14,3	10,0	10,5	0,0	9,4	17,1
Относился бы положительно при создании оптимальных условий прохождения диспансеризации (во вне рабочее время или на производстве)	16,7	33,3	30,8	23,1	9,1	18,8	12,5	21,4	50,0	26,3	36,4	18,8	23,8
Отношусь положительно принимал участие	11,1	6,7	7,7	23,1	9,1	31,3	12,5	28,6	40,0	36,8	27,3	25,0	22,7

Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В настоящее время в большинстве муниципальных поликлиник был реализован ряд мер по повышению доступности и качества медицинской помощи: улучшение клинико-диагностической базы, повышение квалификации врачей, бесплатное лекарственное обеспечение, упорядочение порядка записи на прием к врачу и проведение необходимых диагностических исследований. В Интернете на сайтах муниципальных поликлиник, Минздрава области и ТФОМС представлены формы обратной связи (телефоны «горячей линии», адреса электронной почты для приема обращений граждан, электронные анкеты), позволяющие пациентам отправлять комментарии о проблемах, с которыми они столкнулись в процессе получения медицинской помощи, а также давать оценку качества работы (в т.ч. анонимно) медицинских организаций и отдельных специалистов.

Среди существенных недостатков в работе поликлиник пациенты отметили такие, которые, прежде всего, связаны с дефицитом информации о целях, задачах и формах участия в диспансеризации, а также возможностью прохождения диспансеризации в наиболее удобных формах и временных интервалах для работающего населения. При этом, по мнению респондентов, проведение сплошной диспансеризации населения должно, прежде всего, включать широкий спектр мер по повышению информированности пациентов (дополнение консультации врача информированием пациента о целях и задачах диспансеризации; распространение информационных материалов (листовок, брошюр, блокнотов) с рекомендациями по возрастным группам и гендерной принадлежности; создание локальной медиасистемы в медицинских организациях (информационные стенды, плакаты, экраны); организация информационных кампаний (социальная реклама о пользе своевременной диспансеризации, создание положительного образа профилактической медицины в СМИ); развитие автоматизированной информационно-коммуникативной системы взаимодействия «медицинская

организация-пациент», «врач-пациент», «страховая медицинская организация-пациент».

Однако ключевым фактором эффективной работы по повышению приверженности пациентов поликлиник к своевременному обращению за медицинской помощью и формированию самосохранительного поведения у пациентов, на взгляд авторов, является адресная информационная работа с ведущей (наиболее представленной) группой пациентов – что требует изучения социально-демографических характеристик обращающихся за медицинской помощью и конструирования социального портрета типичного пациента муниципальной поликлиники города-миллионника. В представленном исследовании – это замужняя, работающая женщина 56-65 лет с высшим образованием, имеющая два и более хронических заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания и желудочно-кишечные заболевания).

Таким образом, проведенное медико-социологическое исследование по «Изучению мнения пациентов поликлинического звена по вопросам качества оказываемых медицинских услуг» позволило выявить ряд проблем в работе учреждений первичного звена здравоохранения и участковых врачей-терапевтов муниципальных городских поликлиник (МБУЗ «Городская поликлиника»: №1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 41, 42; поликлиники при Городских больницах: № 1 им. Семашко, 4, 6, 7, 8, 20) г. Ростова-на-Дону, что позволило сделать следующие выводы:

1. По результатам проведенного исследования (данные по всей выборке) всего четверть опрошенных (25%) считают себя полностью здоровыми.
2. Большинство опрошенных пациентов (76,7%) предпочитают лечение в государственных муниципальных поликлиниках.
3. В большинстве поликлиник за последние годы проводились мероприятия по повышению доступности и качества медицинской помощи. Среди существенных недостатков в работе поликлиник,

пациенты отметили целый ряд погрешностей в организации и проведении сплошной диспансеризации.

§ 4.2. Удовлетворенность пациентов медицинскими услугами, оказываемыми участковым врачом-терапевтом

Введение в правовое поле понятия «медицинская услуга» Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ [2], определяет юридический критерий в изменении роли современного пациента участкового врача-терапевта. Согласно представлениям современной цивилистики, действия, результаты которых неотделимы от самой деятельности и потребляются в процессе этой деятельности, именуются *услугами*.

Услугой является целесообразная деятельность, полезный эффект труда, т.е. особую *потребительную* стоимость которой составляет сам труд. Таким образом, законодательно пациент является потребителем медицинских услуг, и его удовлетворенность их качеством может использоваться одновременно и для оценки эффективности профессиональной деятельности врача.

В этой связи возникает вопрос, является ли степень удовлетворенности пациентов предоставляемыми им медицинскими услугами критерием качества медицинской помощи?

Согласно статье 2 вышеназванного Закона РФ, *медицинская услуга* – это медицинское вмешательство или комплекс *медицинских вмешательств*, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение [2]. Таким образом, норма трактуется как отсылочная и требует применения п. 5 рассматриваемой статьи, согласно которому, в свою очередь, *медицинское вмешательство* – это выполняемое медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающее физическое или

психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Главной новеллой рассматриваемого закона является отождествление понятий медицинская помощь и медицинская услуга, поскольку согласно статьи 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе», пункт 3: медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. С экономической точки зрения медицинская помощь рассматривается как комплекс различных медицинских услуг.

Следовательно, повышение качества оказания медицинской помощи в конечном счете подразумевает повышение качества медицинских услуг [56].

Современным решением данной проблемы является интегрирование в методики оценки качества оказания медицинской помощи техник менеджмента и маркетинга, используемые для разработки бизнес-стратегий. Корпоративная стратегия определяет перспективы развития предприятия в целом. Она направлена на выполнение миссии предприятия и наиболее комплексно обеспечивает реализацию главной цели функционирования предприятия. Функциональные стратегии предприятия формируются, как правило, по основным видам его деятельности в разрезе важнейших функциональных подразделений предприятия. К числу основных стратегий этого уровня относятся: маркетинговая, производственная, финансовая, развитие персонала, инновационная. Функциональные стратегии предприятия направлены на детализацию корпоративной его стратегии (реализацию ее основных целей) и на ресурсное обеспечение стратегий отдельных его единиц. Таким образом, возможна экстраполяция функциональных стратегий в область здравоохранения, где отдельное МУ

рассматривается как единица системы, со своими задачами (в том числе финансовыми, связанными с логистикой и инновациями) и миссией.

Для системного понимания актуальности проблемы необходимо рассмотреть основные данные социологических опросов.

Согласно результатам социологических опросов, проведенных ведущими организациями, осуществляющими мониторинг общественного мнения, по теме здравоохранения в 2014–2015 годах, в целом, показывают позитивную динамику удовлетворенности населения медицинской помощью и здравоохранением. Так, наиболее репрезентативное по выборке исследование Службой специальной связи и информации ФСО России, охватывающее ежегодно до 90 тысяч респондентов из всех регионов страны, показывает исторический максимум удовлетворенности населения медицинской помощью в марте–июле 2015 года – 40,4% (по сравнению с 2006 годом – повышение на 10,4%, по сравнению с 2012 – на 5%).

При этом удовлетворенность работой участкового врача повысилась до 46,6% (в 2012 – 41,9%), скорой помощью – до 44,6% (в 2012 – 40,9%), врачами – специалистами в амбулаторном звене – до 37,6% (в 2012 – 32%), стационарной помощью – до 32,9% (в 2012 – 26,7%). Однако выявлены существенные различия между регионами – от максимальной удовлетворенности в 61,5%, до минимальной в 22,6%.

Эти результаты в целом подтверждает опрос, проведенный в июле 2015 г. фондом «Общественное мнение» (53 субъекта, 1500 респондентов): увеличение доли населения, удовлетворенного медицинской помощью, составило 45% по сравнению с 26% в 2006 году и 31% в 2012 году [10, 11, 322].

Результаты исследования обобщены на официальном сайте МЗ РФ.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что труд врача характеризуется высокой степенью психоэмоциональной напряженности. Согласно данным А.Д. Доника (2010г., Волгоград), врачебная деятельность соответствует по напряженности интеллектуальному труду 2 степени (класс 3.2), который

характеризует работу, происходящую в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат. *Степень ответственности* врача относится к градации «высокая» [52].

Согласно положениям Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности - 1300 человек взрослого населения) (п.18 Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (Приложение к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н). Неисполнение этих нормативов существенно сказывается на нагрузке врача и результатах его деятельности.

В то же время, данные социологических опросов позволяют судить о низкой степени удовлетворенности пациентов качеством оказываемых медицинских услуг [129].

В связи с этим мы опросили пациентов старшего возраста на предмет отношения к электронной записи к врачу и выяснили, что 68,75% из них ($p \leq 0,05$) не довольны таким нововведением. Проблема заключается в отсутствии у пациентов старшего пенсионного возраста навыков работы с интернет-ресурсами, что и вызвало психологическое отторжение указанной инновации. Полученные результаты подтверждают мнение ряда современных исследователей о существовании проблемы «цифрового неравенства», при этом не только в системе здравоохранения [57, 23].

Кроме того, пациенты старшего возраста большее значение придают не столько оборудованию медицинских организаций и технологии процесса получения медицинских услуг, сколько отношению к ним врача. Если пациенты возрастной группы от 20 до 45 лет считают приоритетом качества медицинской помощи применение высокотехнологичных медицинских технологий (89,67%, $p \leq 0,05$), то пациенты старшей возрастной группы (старше 65 лет) отмечают ее доступность (92,42%) и наличие у врача таких личностных качеств, как внимательность, терпение, сострадание (97,45%, $p \leq 0,05$).

На практике подтверждается тезис, сформулированный академиком РАН А.В. Решетниковым: врачи оказывают медицинскую помощь на пределе своих возможностей, а социальный эффект наблюдается лишь в 40% (менее половины случаев), что можно трактовать как эффект «парадоксальной медицины».

Как показали современные исследования, а также результаты проведенных в нашей работе фокус-групп (Глава 3), снижение авторитета врача является одной из причин роста конфликтов в медицине.

Результаты социологического исследования, проведенные академиком РАН А.В. Решетниковым совместно с С.А. Ефименко, показали, что только 31,0% пациентов отмечают полное доверие к врачу, 59.5% - доверяют врачам, но понимают его отчасти, а 8,5% указали, что доверие и понимание отсутствуют полностью. Причины отсутствия взаимопонимания и доверия между пациентом и врачом почти половина (47,4%) опрошенных пациентов видят в том, что врачам не всегда удается быть внимательными к их жалобам, сопереживать им (49,6%), поддерживать разговоры на темы личного характера (26,9%). Треть пациентов (30,7%) испытывает трудности в понимании того, что объясняет им врач. Прежде всего, это связано с тем, что врачи «не объясняют, а пишут неразборчиво» (40,5%), «говорят неразборчиво, быстро, не повторяют и не уточняют непонятное» (30,8%) [62].

Выявленные социальные деформации профессиональной роли врача-терапевта отражаются на качестве оказываемых медицинских услуг и являются предикторами конфликтной ситуации между врачом и пациентом, а также определяют возможные направления решения рассматриваемой проблемы с позиций социологии медицины.

Особое внимание в последнее время уделяется внедрению современных технологий интернет-коммуникаций в организацию диагностического и лечебного процесса. В частности, сеть Интернет позволяет обеспечить электронную запись на прием к врачу. Однако, приведенные результаты экзит-полла демонстрируют скептическое отношение к нему у более половины респондентов. Проблема использования Интернета связана с недостаточным уровнем жизни части населения, лишающим ее возможности иметь персональные компьютеры, использовать интернет. И особенно это касается одной из самой посещающей врача части населения – пенсионеров.

Ответы респондентов на вопрос «Уменьшит ли система электронной записи на прием к врачам очереди в поликлиниках?» распределились следующим образом: 42,09% - ответили «да», 47,67% – ответили «нет» и 10,18% - выбрали вариант «затрудняюсь ответить». [44].

Еще с большим недоверием пациенты относятся к платной услуге интернет-консультаций. Только 15,42% респондентов ответили на вопрос о выборе платной консультации врача через Интернет положительно, у 49,2% подобные консультации вызывают сомнения и вопросы, а 35,3% считают консультирование и лечение через Интернет невозможным. Стоит отметить, что данный вопрос особенно актуален для значительной территории страны (более 30%), где в настоящее время отсутствует возможность использования Интернета.

Недоверие к государственному сектору здравоохранения работает на авторитет частных медицинских клиник, даже, несмотря на недостаточный уровень жизни населения и «постарение населения». Результаты экзит-полла,

приведенные по заказу Министерства здравоохранения Российской Федерации на наш взгляд, отражают эту проблему не в полном объеме и по ряду специалистов (стоматологи, эндокринологи и др.) число пациентов частных клиник значительно [333].

Таблица 4.2.1

Распределение ответов на вопрос «Пользуетесь ли Вы услугами коммерческих медицинских центров или частных врачей?» N=2100)

№ п/п	Варианты ответов	Число респондентов (в %)
1	Да, часто	22, 43
2	Иногда	28,7
3	Очень редко	20,01
4	Нет	29,49

Согласно приведенным в таблице данным, не более трети респондентов не обращается к услугам платного сектора, а почти половина использует эту возможность.

Отношение населения к внедрению института семейной медицины неоднозначно. Согласно данным МЗРФ, 43,3% респондентов полностью отрицают для себя услуги семейного врача.

Между тем, опыт зарубежных стран показывает, что при введении должности врача общей практики 80% пациентов начинают и заканчивают диагностику и лечение у одного врача. При этом загруженность узких специалистов снижается, сокращается количество госпитализаций. В связи с этим мы считаем необходимыми мероприятия по популяризации практики семейного врача среди населения, с демонстрацией положительных примеров зарубежной медицинской практики, проведением конкурсов «лучший семейный доктор» на федеральном и региональном уровнях и т.п.

Этический подход в решении конфликтов, возникающих в результате взаимодействия участкового врача-терапевта с пациентами, демонстрирует современная европейская практика решения споров, возникающих в рассматриваемом профессиональном поле. Эксплицированные в нашем исследовании социальные изменения профессиональной роли врача-

терапевта обуславливают востребованность этического подхода. Европейская практика этических решений в области здравоохранения опирается на «Всеобщую Декларацию о биоэтике и правах человека», принятую 19 октября 2005 г на 33-й Генеральной конференции ЮНЕСКО, включающую 15 положений – принципов, где первым принципом является признание человеческого достоинства и прав человека.

На основании вышеизложенного можно констатировать, что в современных социально-экономических условиях сформировалась еще одна роль у пациента – потребитель медицинских услуг.

Необходимо также отметить, что в различных возрастных группах в приоритете различные компоненты удовлетворенности пациентов, влияющие на оценку качества предоставляемых медицинских услуг.

В России, также, как и во многих зарубежных странах отмечено формирование «цифрового неравенства», что несомненно, сказывается и на доступности медицинских услуг в условиях цифровизации здравоохранения, и это, прежде всего, влияет на пациентов пожилого возраста (старше 65 лет).

§ 4.3. Перспективы интеграции медицинской информатики в профессиональную деятельность участкового врача-терапевта

Вопрос повышения качества предоставляемой медицинской помощи рассматривается в зарубежных работах с позиций качества жизни, высокого уровня здоровья населения, которое невозможно достичь без активного участия самих потребителей медицинских услуг.

Сегодня существует свободный доступ к медицинской информации в сети Интернет, но при этом необходимо учитывать, что пациенты далеко не всегда в состоянии правильно понимать и интерпретировать содержащуюся информацию. В литературе описан уже классический случай уровня понимания пациентами содержания медицинской информации, когда 80% пациентов не смогли найти желудок и 60% - сердце, в то время как половина

из них считала, что рак легких, обусловленный курением, легко лечится (Roth, 2009).

В тех случаях, где пациенты не могут понять, что для них означает конкретное лечение или даже основное содержание того, что говорится во время консультации, уровень соблюдения рекомендаций значительно снижается.

Несмотря на то, что исследователи часто фокусируются на асимметрии медицинской информации, приписываемой врачам и медицинским работникам, также возникает вопрос о роли, которую потребитель медицинских услуг играет в информационном потоке [260].

Например, потребители медицинских услуг могут отказаться от определенной информации об их состоянии или процедур. У пациента могут быть проблемы со здоровьем из-за применения информации, собранной в Интернете (самодиагностика и самолечение), при этом часто он не желает открывать источник этой информации медицинскому работнику и вводит его в заблуждение.

Таким образом, именно доступность медицинской информации и отсутствие знаний по ее использованию и интерпретации, включая ряд психосоциальных факторов (возраст, материальное положение и т.п.), делают такое неравномерное использование информации более критичным. Единственное решение в сложившихся обстоятельствах – эффективная коммуникация врача и пациента, которую, несмотря на высокий уровень развития средств подачи информации, ее доступности, невозможно ничем заменить.

Использование медицинской информации (накопление, мониторинг, доступ, обмен и т.д.) участковыми врачами-терапевтами - это полярный аспект информационных инноваций в медицине, интеграция которых при оказании медицинской помощи в первичном звене является одним из перспективных трендов развития национальной системы здравоохранения, получившая свое отражение в последних официальных Программах развития

здравоохранения (например, «Дорожная карта» «Хелснет» Национальной технологической инициативы одобрена решением президиума Совета при Президенте Российской Федерации по модернизации экономики и инновационному развитию России 20.12.2016, Протокол №6; Постановление Правительства РФ «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения» от 26.12.2017 г. № 1640)

Многие из технологических инноваций, например, использование технологий BigData [84], уже активно используются, но еще не получили широкого распространения. Другие, такие как внедрение интеллектуальных систем поддержки принятия врачебных решений на основе нейросетевых технологий, находятся в процессе формирования и обещают принести большие экономические преимущества в систему первичного звена медико-санитарной помощи. Самый эффективный инструмент доступный всем сегодня - это использование Интернета для медицинской (в том числе организационной) информации и, в некоторой степени, интерактивной медико-санитарной помощи.

Современные социологические исследования [78, 79, 80] показали, что 19-20% всех пользователей Интернета часто используют его для получения информации по медицинским вопросам, дополнительно 30-35% «иногда» ищут информацию, связанную с оказанием медицинской помощи. Интернет является основным новым источником информации для исследования проблем здравоохранения. Данные исследований интернет-компании «Яндекс» (месячная аудитория более 48 млн. пользователей) позволяют выделить ряд основных причин, по которым население обращается за медицинской информацией в интернет-пространство [78, 79, 80]:

- Интерес к медицинским вопросам, связанным с заболеваниями, их течением, симптоматикой. Самообучение медицинской лексике (терминологии).
- Поиск способов лечения (включая процедуры, лекарственные средства).

- Поиск медицинских организаций, предоставляющих новые медицинские услуги.
- Повышение медицинской грамотности для уверенного обсуждения медицинских проблем со своими врачами.
- Использование опций электронного правительства (запись на различные медицинские услуги). Это число пациентов будет расти в ближайшие годы.

Еще один аспект рассматриваемой проблемы – ведение различного рода медицинской отчетности в электронной форме. Не вызывает сомнения, что одним из препятствий для качественной медицинской помощи является существующая в первичном звене система бумажных медицинских записей. Эта проблема особенно актуальна для пожилых пациентов, которые часто получают большое количество назначений и рецепты. Ни один врач не может запомнить все детали каждого пациента и во многих случаях должен потратить много времени на анализ записей. Методы лечения и лекарства могут быть пропущены, предыдущие консультации нелегко отслеживаются, и направление к другим специалистам может быть трудно определить.

Полная информация имеет решающее значение для лечения пациентов, имеющих большой объем медицинских документов (назначений, анализов и их результатов и др.). Компьютеризированная система медицинских записей, привязанная к базе данных, позволяет врачу или медсестре извлекать выборочную информацию, такую как список лекарств, даты предыдущих консультаций, историю результатов лабораторных исследований, потенциальные реакции на лекарства и результаты лечения или рекомендации другим врачам. Несмотря на определенный скепсис участковых врачей-терапевтов, выявленный в ходе фокус-групп, именно цифровые технологии позволят медицинским специалистам следить за лечением, предоставлять электронные рецепты, планировать посещения и др.

Но преобразование текущей бумажной системы в электронную форму может оказаться очень сложной задачей. Для медицинских организаций

затраты и усилия перехода от бумажной системы к компьютерной системе могут быть очень существенными. Участковые врачи проводят значительное время, перепечатывая предыдущие истории, и кроме того, все существующие документы должны быть записаны в систему. Реализация этого процесса часто представляет собой не только материальные затраты, но и большой период времени. Это требует временной реорганизации рабочего процесса медицинских организаций что может усугубить имеющиеся недостатки в их работе (более длительное время ожидания пациентов, сбои в работе систем электронной регистратуры и электронной истории болезни). Также не исключена высокая частота ошибок, допущенных при переводе информации с бумажных носителей на электронные.

Анализ материалов, полученных при проведении фокус-групп показал, что необходима серьезная служба технической поддержки в каждой медицинской организации, как для сопровождения информационных технологий, так и для того, чтобы справиться с отказом оборудования, вирусными атаками, сбоями системы и сбоями программного обеспечения.

Тем не менее, трудности, о которых говорили врачи- участники фокус-групп, в основном носят временный характер. Прогноз реализации IT-технологий в систему первичного звена более, чем благоприятный. Цифровизация, как интеграция всей медицинской информации в электронную форму, позволит обрабатывать ее более эффективно и безопасно, назначение консультаций, запись к участковому врачу, проверки будут обрабатываться автоматически, результаты лабораторных исследований из сотрудничающих электронных лабораторий сразу же добавляются в электронные файлы, рецепты будут проверяться и корректироваться на основе данных и потенциальных взаимодействий лекарственных средств, дистанционно будут предоставлены ответы на вопросы пациентов, что исключит дорогостоящее дублирование в диагностике и лечении. В конечном итоге будет достигнута существенная экономия средств и ресурсов в первичном звене из-за повышения

эффективности. Это и позволит решить проблему кадрового дефицита, которую отметило большинство участковых врачей-терапевтов, участвовавших в фокус-группах (78-86%).

Безусловно, интеграция информационных технологий в деятельность медицинских организаций г. Москвы и немногочисленных крупных городов происходит быстрее, и вызывает определенное недопонимание на региональном уровне, как у врачей, так и пациентов [20]. В то же время, полученные показатели эффективности позволяют говорить о положительном эффекте подобных инноваций, апробированных как в тестовом режиме, так и в производственной деятельности в МО.

Отдельное направление, по-прежнему сохраняющее свою значимость для отдаленных регионов России – это телемедицинские услуги. Полученный в ходе реализаций Приказа Минздрава России «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» от 30.11.2017 г. №965н практический опыт использования информационных технологий в условиях стационара доказал свою высокую эффективность и позволил существенно повысить качество медицинской помощи, что соответствует Указу Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 07.05.2018 г. № 204 по достижению целевых показателей системы здравоохранения.

Безусловно, перспективным является применение телемедицинских услуг в профилактических целях, что позволит медицинским работникам (средний медицинский персонал) осуществлять мониторинг за жизненно важными показателями состояния пациентов, находящихся на домашнем лечении, в том числе пожилым пациентам с полиморбидным фоном. Электронные записи, автоматически добавленные в базу данных пациента, и история поступления доступна для всего медицинского персонала (лечащий врач, узкий специалист). Вместо медицинской карты и записей посещения на дому у провайдера медицинской организации вся информация может быть

доступна на компьютере, и любые изменения состояния могут быть устранены в самый кратчайший срок. Данные, собранные из ежедневного мониторинга пациента и интерактивных сеансов консультирования, могут быть использованы для ранней диагностики общего ухудшения состояния здоровья пациента, что позволяет принимать профилактические меры до того, как у пациента развиваются серьезные нарушения здоровья, а в дальнейшем уберечь пациента от страданий, необходимости радикального и дорогостоящего медицинского вмешательства, и длительной госпитализации. Непрерывное наблюдение за состоянием здоровья пациента и своевременное вмешательство, благодаря электронному мониторингу и хранению данных о состоянии здоровья пациента, способствует снижению материальных затрат и повышению качества медицинского обслуживания.

Интерактивное консультирование оказывается полезным в конкретных ситуациях. Используя монитор мобильного компьютера и видеокамеру, специалист может совершить «виртуальный» визит к любому пациенту в любой точке мира. С помощью помощника медицинский специалист может наблюдать внешние проявления заболевания, запрашивать у пациента информацию о самочувствии, жалобах и в то же время получать доступ к онлайн-записям из файла пациента. Любые простые тесты могут быть выполнены пациентом «на камеру» и немедленно оценены врачом-консультантом. Это позволяет высококлассным специалистам (профессорам медицинских ВУЗов, НИИ) консультировать больше пациентов и эффективно использовать рабочее время. Благодаря современным информационным технологиям, пациенты, не ожидая прибытия необходимого специалиста могут обратиться к нему, проживая в отдаленных от медицинской организации населенных пунктах, что существенно снизит временные и материальные расходы. Эта служба, вероятно, в настоящее время не будет широко использоваться участковыми врачами, но, безусловно, будет реализована в будущем [28].

Уже зарекомендовала себя такая форма медицинского консилиума и консультаций, как видеоконференции, позволяющие подключать к процессу диагностики и лечения узких медицинских специалистов. Системы могут связывать операционные залы с объектами по всему миру. Эти системы обмениваются МРТ, рентгеновскими снимками, живыми изображениями и другими видами информации между операционными залами, кабинетами врачей, высшими медицинскими школами и образовательными организациями во всем мире [141]. Основная задача государства и современной системы здравоохранения состоит в том, чтобы сделать телемедицину реальностью, в режиме настоящего времени, с общемировым доступом.

К сожалению, не нашла должного применения в первичном звене форма консультирования медицинским специалистом по телефону, широко развитая в ряде западных стран (Telehomecare). В то же время, это более эффективный способ реализовать уход на дому при определенных обстоятельствах. Поскольку мобильная связь - это быстро развивающаяся область, трудно определить все приложения для телемеханики. Обычно они включают двустороннюю электронную связь между пациентом и медицинским специалистом, таким как медсестра или врач. Связь может происходить с двусторонней радиосвязью, телефоном или, как правило, с двухсторонним интерактивным видео, использующим компьютер и телефонные линии, кабельный интернет, беспроводной Интернет или спутниковый Интернет. Этот «электронный индивидуальный вариант посещения» на дому, который также требует некоторых средств для медицинской организации, предоставляющей медицинские услуги, которые могут находиться на значительном расстоянии, для доступа к жизненно важным показателям пациента и получения медицинских тестов, инициированных пациентом, может в последующем помочь решить проблему кадрового дефицита. Пациент или его опекун, представитель социальной службы и т.п. должен быть обучен использованию электронного

контрольного оборудования, которое отправляет соответствующие видеоролики или цифровые данные по телефонной линии медицинскому специалисту. Можно предположить, что такой вид медицинских услуг будет особенно востребован в сельских районах. И во многих случаях он сможет обеспечить более высокое качество медицинской помощи, в том числе:

- сокращение количества посещений участкового врача-терапевта;
- сокращение числа вызовов скорой помощи;
- обеспечение медицинской грамотности для пациентов с хроническими заболеваниями (бронхиальная астма, сахарный диабет и т.п.), позволяющим им осуществлять, так называемое, «самоведение» болезни;
- круглосуточное наблюдение за жизненно важными показателями, что обеспечивает возможность раннего вмешательства и / или предотвращение повторной госпитализации.

Из-за растущего числа пожилых пациентов, особой проблемой может быть высокая востребованность наличия квалифицированных медицинских работников для пожилых пациентов, как следствие возможно нарастание кадрового дефицита участковых врачей-терапевтов. Перспективным направлением для решения этой проблемы может стать появившийся за рубежом вид медицинской услуги – «Telehospice». Предоставление хосписной помощи требует скоординированных усилий команды квалифицированного медицинского персонала, психологов, добровольцев и семьи. Telehospice - это многообещающий новый подход, помогающий команде хосписа лучше выполнять свою работу. Используя высокотехнологичные средства связи и мониторинга, Telehospice позволяет медработникам более эффективно использовать рабочее время и быстрее реагировать на потребности пациентов. Telehospice и домашний Telehealth весьма схожи в том, что они контролируют состояние здоровья в домашних условиях, и Telehospice может использовать аналогичное оборудование для удаленного мониторинга в качестве рабочей станции Telehealth, но основное

внимание в Telehospice уделяется не лечению, а созданию психологического комфорта и поддержки.

Еще один важный аспект применения IT-инноваций в медицине вообще и системе оказания первичной медико-санитарной помощи, в частности, является сокращение числа медицинских ошибок. В настоящее время проблема медицинских ошибок широко обсуждается не только, и не столько в медицинских источниках, нежели в масс-медиа. Как справедливо отметили участники фокус-групп (см. Глава 3.5), такая отрицательная практика широкого обсуждения, в основном, негативных фактов и умалчивания положительных примеров, негативно влияет на авторитет врача, в конечном счете, отражаясь на комплаентности пациентов к лечению и профилактике.

Информационные инновации позволят сократить число медицинских (в т.ч. врачебных) ошибок за счет следующих основных приемов:

1. Устранение дублирования. Как известно, в медицинских диагностических анализах (тестах) много дублирования. Иногда анализ предыдущих исследований не доступен вовремя для того, чтобы врач принял решение, или врач может даже не знать о результатах, которые были получены ранее. В связи с чем выполняются повторные исследования. Электронная форма хранения медицинской информации (в сети Интернет) предотвратит эту проблему и позволит обеспечить быстрый доступ к любым выполненным исследованиям.

2. Корректное назначение лекарственных средств, отпускаемых по рецепту. Пациенты часто обращаются в медицинские организации для параллельного консультирования (например, в частный сектор здравоохранения), что в определенной мере связано со снижением уровня доверия к врачу. Также возможно дублированное назначение лекарственных средств участковым врачом-терапевтом в случае хронической или острой патологии и одновременно назначения узкими специалистами несовместимых препаратов. Это особенно характерно для пожилых

пациентов. Наличие общей информационной базы данных, включающей рецептурные записи, позволит идентифицировать назначаемые препараты, а также автоматически предупредить риск негативного взаимодействия лекарственных препаратов при полиморбидности пациентов и дальнейших побочных эффектов.

3. Электронные медицинские записи. В настоящее время каждый человек имеет право на копию своих медицинских записей, но на самом деле получение этих записей является трудной задачей. Общая информационная сеть позволит медицинскому работнику получить доступ ко всем медицинским записям пациента в сети Интернет и тем самым максимально информировать его о состоянии здоровья. Сложность состоит в том, чтобы обеспечить информационную доступность всех медицинских организаций страны.

4. Поиск наиболее эффективного лечения. Это один из важнейших элементов базы данных и один из ключевых источников экономии затрат. Идея состоит в том, что национальная база данных позволит накопить информацию об эффективности многочисленных методов лечения и провести масштабный анализ полученных результатов в системе здравоохранения, отслеживать их эффективность. Что и будет способствовать стандартизации процедур диагностики и лечения.

5. Анализ полученных данных о методах лечения также позволит оценить качество медицинского обслуживания на основе объективных результатов. Центральная база данных позволит отслеживать результаты затрат и приведет к долгожданным нововведениям в системе здравоохранения, чтобы применить экономические стимулы к тем медицинским организациям, которые достигают наилучших медицинских результатов.

Вывод: Несмотря на современную прогрессивную тенденцию по цифровизации здравоохранения и внимание руководства страны на развитие ИТ в медицине, которые приносят положительные результаты во

взаимодействии врача и пациента в процессе предоставления медицинской помощи на основании полученных нами социологических данных можно предположить, что в ближайшие годы наряду с позитивными результатами, полученными от внедрения цифровых технологий, можно будет отметить и негативные тенденции, проявляющиеся в усугублении цифрового неравенства в связи с формированием новой информационно-коммуникационной среды (трансформация школы предпочтений и способов взаимодействия между пациентами и врачами).

Информационное неравенство может стать социальной проблемой, выражающейся в социальной дифференциации потребителей медицинских услуг (пациентов) вследствие разных возможностей использования электронных ресурсов и вследствие чего может быть отмечено снижение доступности социальных благ и услуг, в том числе МУ. [А.В. Решетников, 2018] Причинами этого на наш взгляд могут быть:

- недостаточный уровень подготовки (образования), низкий уровень компьютерной грамотности «потенциальных» пациентов, потребителей медицинских услуг;
- социальное неравенство между поколениями, городом и селом, регионами, странами;
- отсутствие мотивации и нежелание использовать электронные услуги, что характерно по нашим данным особенно для лиц пожилого возраста.

§ 4.4. Развитие гериатрической помощи в первичном звене здравоохранения на региональном уровне

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, к пожилому возрасту относится период жизни от 60 до 74 лет, от 75 до 90 - старческий, старше – долголетие [234].

По данным Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН доля людей старше 60 лет от общей численности населения планеты

составляет 11,7%. Для России этот показатель составляет 19,1%. Для сравнения: в Японии доля населения старше 60 лет составляет 32,3%; в США – 19,1%, ЮАР – 8,6%; в Китае – 13,9%; Великобритании – 28,1% [234].

По данным Федеральной службы государственной статистики в России наблюдается стойкая тенденция к росту числа лиц пенсионного возраста в национальной выборке (табл. 4.4.1.) [201].

Таблица 4.4.1.

Тенденции изменения возрастных групп в национальной выборке и прогноз на 2020 год.

Годы	Численность в млн. человек по группам		
	Все население	Трудоспособное население	Пенсионеры
1926	92,681	47,830	7,945
1959	117,534	68,609	13,827
1979	137,410	82,959	22,436
2009	141,904	89,266	30,97
Прогноз на 2020		79	36

В Ростовской области в 2017 году по данным Ростовской службы статистики проживало 38,5 тысячи пенсионеров в возрасте 80 лет и старше из них 392 человека, которым исполняется 90, 95 или 100 лет. За 2016 г. в Ростовской области до 72,2 лет увеличился показатель средней продолжительности жизни (этот возраст на 0,33 года больше, чем в целом по России). В то же время в Ростовской области наблюдается рост общего количества лиц пенсионного возраста над количеством трудоспособного населения, которых в прошлом году зафиксировано 57% от общего числа. Также в донском регионе проживает 26,3% пожилых людей (в 2015 г. их было 25,8%).

Таким образом, можно предположить и дальнейший рост среди пациентов участкового врача-терапевта лиц пожилого и старческого возраста. Что потенциально актуализирует необходимость расширения сети гериатрической службы и ее развитие на уровне первичного звена.

С 2018 года в системе обязательного медицинского страхования появился новый профиль и новая клинико-статистическая группа по оплате

гериатрической медицинской помощи в тех учреждениях, которые имеют соответствующую лицензию по профилю «гериатрия» [202]. Еще в 2016 году Минздрав России утвердил приказ и разработал клинические рекомендации по порядку оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» [8]. В них говорится, что «медицинская помощь по профилю «гериатрия» представляет собой систему мер, направленную на сохранение или восстановление способности пожилых пациентов к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни». Причем, если у пациентов моложе 65 лет наблюдается старческая астения, им тоже может быть оказана гериатрическая помощь [8].

По словам Президента Национального агентства безопасности пациентов, члена общественного совета при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора Алексея Старченко наблюдаемое явление: «к сожалению, гериатрия пока направление довольно спекулятивное. Зародилось оно на Западе, где богатые пожилые люди готовы были платить, чтобы кто-то поддерживал их в старости, терпел капризы» [101]. Теперь медицинские организации, где будет это направление, специально обученные врачи-гериатры, будут получать деньги из фонда ОМС, но при этом они должны будут в полной мере оказывать помощь пожилым людям [8].

На наш взгляд, наблюдаемая тенденция к росту числа пожилых пациентов требует более широкой интеграции гериатрической помощи в первичное звено здравоохранения. Сегодня к пациентам данной возрастной группы наблюдается предвзятое отношение у медицинских работников. Объяснимо, что наблюдаемые установки в отношении пожилых пациентов у врачей, фармацевтов, медицинских сестер обусловлены общими установками в социуме, что может быть связано с их скромным экономическим статусом. Без надлежащего обучения гериатрической помощи медицинские специалисты будут сохранять свое предвзятое отношение к пожилым

пациентам. В последние годы не только в зарубежных исследованиях, но и в отечественных, появились доказательства того, что на всех уровнях в сфере оказания медицинской помощи существует подобная проблема, о чем свидетельствуют недавние клинические исследования, обзоры и медицинские комментарии и т.д. Среди них можно выделить следующие негативные тенденции в рассматриваемом аспекте:

- Специалисты здравоохранения не получают достаточной подготовки в гериатрии для оказания надлежащего медицинского ухода за больными пожилыми пациентами.
- Пожилые пациенты реже, чем молодые люди, получают профилактическую помощь.
- Пожилые пациенты с меньшей вероятностью проходят тестирование или скрининг на заболевания и другие проблемы со здоровьем.
- Доказанные медицинские вмешательства для пожилых пациентов часто игнорируются, что приводит к неправильному или неполному лечению.
- Пожилые люди последовательно исключаются из клинических испытаний, хотя они являются крупнейшими пользователями одобренных препаратов.

Структура патологической пораженности и нарушений здоровья пациентов пожилого и старческого возраста, на наш взгляд, и определяет основного агента оказания гериатрической помощи – участкового врача-терапевта. Заболеваемость населения старше 60 лет в отдельных возрастных группах существенно различается как по уровню, так и по структуре. Общая заболеваемость лиц в возрасте 70 лет и старше в 3 раза выше, чем в возрасте 60-69 лет, первичная - в 2 раза. Заболеваемость лиц старческого возраста в 1,5 раза превышает таковой уровень у лиц пожилого возраста. В 80% случаев рассматриваемые пациенты страдают множественными хроническими заболеваниями. Только 37,6% лиц в возрасте 60 лет и старше являются в основном здоровыми среди не состоявших на учете по поводу психических

заболеваний; остальные имеют: психозы, невротические депрессии, астено-невротическую симптоматику, токсикоманию (алкоголизм). При опросе группы престарелых 75-90 лет 28% из них страдали депрессией. В группе пожилых (60-75 лет) в состоянии депрессии и подавленности находятся от 37 до 52% обследованных. Морально-психологические проблемы пожилых людей заключаются: в беспокойстве за будущее детей, по поводу состояния здоровья, в одиночестве, в плохих условиях жизни.

В настоящее время по мнению отечественных исследователей для рассматриваемой возрастной группы пациентов характерны определенные расстройства. Так, по данным опроса пациентов Москвы и Московской области в 2016 г, в рамках фармацевтического обслуживания (маркетинговое исследование) были выявлены следующие нарушения здоровья: заболевания суставов, гипертоническая болезнь, болезни ЖКТ, аллергические реакции, нарушение координации [196, 228].

Например, на долю пожилых американцев приходится более трети всех расходов на медицинское обслуживание в этой стране - около 300 миллиардов долларов в год на их долю в стоимости. Было подсчитано, что стоимость лечения 65-летнего пациента в 4 раза дороже в течение определенного года, чем для лечения 40-летнего пациента. Несмотря на это, люди в возрасте 65 лет и старше имеют собственное медицинское страхование, называемое Medicare [206, 208].

Medicare просто оплачивает счета и до этого момента не принимала активного участия в продвижении лучшей системы доставки для этой возрастной группы. Многочисленные разговоры о том, что Medicare поддерживает профилактическую направленность в оказании медицинских услуг, основанную на результатах своевременных диагностических исследований, не позволяет в полной мере удовлетворить все потребности пожилых пациентов. В настоящее время Medicare проводит тестовую программу и оценивает ряд больниц для лечения пациентов. Вместо того, чтобы определять здоровье пациентов по протоколам или лекарствам,

программа пытается выявить больницы, которые более успешны, чем другие, при положительных результатах лечения. Цель состоит в том, чтобы вознаградить эти больницы 20%-ным бонусом в возмещении Medicare [206, 208]. Таким образом, в отечественной системе здравоохранения в этом отношении сделано больше – гериатрическая помощь включена в базовую программу ОМС, хотя это еще не гарантирует ее широкого внедрения в первичную медико-санитарную помощь, в рамках которой, пожилым пациентам оказывают медицинскую помощь специалисты данного звена.

Большинство практикующих, специализирующихся на лечении пожилых людей врачей, знают о сложностях, связанных с полиморбидным состоянием пожилых пациентов и придерживаются целостного подхода к их лечению. На уровне государственной политики предпринимается немало мер для обеспечения достаточной активности и всеобъемлющих мер поддержки пациентов пожилого возраста. Особое внимание уделяется социальным службам, получившим интенсивное развитие в Москве и Московской области, Ростовской области и в ряде других регионов. Социальные службы тесно сотрудничают с членами семьи, чтобы убедиться, что их близкие правильно принимают лекарства и сообщают о своих симптомах. Они требуют от тех, кто заботится о престарелых, чтобы они внимательно следили за состоянием здоровья и сообщали о любых изменениях, прежде чем ситуация ухудшится. Они регулярно встречаются со своими пациентами, чтобы следить за их здоровьем. Этот разносторонний подход приводит к улучшению здоровья и сокращению госпитализации пожилых пациентов, поскольку вмешательство достигается на более раннем этапе.

Положительным примером такого медицинского обслуживания является система оказания медицинской помощи военным ветеранам. Поскольку помощь рассчитана на участников военных конфликтов в Афганистане, то можно считать ее примером гериатрической службы для пожилых мужчин. Почти все ветераны - это мужчины, большинство из них старше 60 лет. Медицинское обследование ветеранов включает лабораторные

исследования, а также скрининг на рак, сердечно-сосудистые проблемы, проблемы с заболеваниями органов зрения, слуха и многие другие состояния - это основная часть медицинской помощи ветеранам. При этом данная система характеризуется строгой отчетностью, реестром обслуживаемых пациентов на региональном и федеральном уровнях. Это позволяет практикующим врачам в системе быстро и эффективно получать доступ ко всей информации и избегать ошибочных диагнозов и возможных побочных эффектов лекарственных средств. Приняв практический, превентивный подход к лечению пожилых людей, система оказания медицинской помощи ветеранам ориентирована на мониторинг здоровья, что позволяет избежать частых госпитализаций и дорогостоящих исследований.

Развитие гериатрической помощи в первичном звене здравоохранения возможно в системе переподготовки врачей. При этом необходимо отметить значение психологического сопровождения гериатрической помощи, учитывая психологический статус возрастных пациентов. По данным официальных медицинских источников [196, 228] к старческой астении относятся следующие симптомы: нарушение биоритмов, сбой в режиме сон-бодрствование, часто встречаемая эмоциональная черствость, грубость, старческая деменция - приобретенное слабоумие, снижение когнитивных, познавательных функций, памяти.

Таким образом, развитие гериатрической помощи наиболее перспективно в системе первичного звена, при участии участковых врачей-терапевтов, получивших специальную переподготовку по специальности «гериатрия», клинических психологов и представителей социальной службы. Основными аргументами данного предложения являются следующие особенности пациентов пожилого и старческого возраста:

- разнообразные нарушения функционального статуса (физического, психологического, социального, экономического) и выраженная полиморбидность;

- сочетания функциональных нарушений и хронических заболеваний (отмечается у половины пациентов в возрастной группе 75 лет и старше);
- одновременное полиморбидных состояний, которые подразумевают не только множественные физические и психические, но и социальные проблемы. Особенно распространены сенсорные нарушения, заболевания внутренних органов и травмы, вызванные падениями;
- социальные проблемы пациентов пожилого и старческого возраста (одиночество, изоляция, смерть близких, отсутствие социальной поддержки и общения).

Вывод: Сохраняющаяся тенденция к постарению населения РФ и как следствие – увеличение численности пациентов с коморбидным статусом и специфичных для старших возрастных групп симптомов и синдромов, обусловленных именно возрастным фактором, определяет необходимость развития гериатрической службы в системе первичного звена здравоохранения. В настоящее время по данным фокус-группы значительную часть пациентов составляет лица старших возрастных групп (65 лет и старше), для которых характерна коморбидность, и они требуют значительно большего времени при проведении приема, чем пациенты более молодого возраста. Кроме того, часто они нуждаются в получении различных видов социальной помощи и поддержки. При решении этих вопросов желательно участие работников социальных служб.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 4

1. По самооценке самих пациентов (данные по всей выборке) считают себя полностью здоровым всего 25% опрошенных. Мужчины субъективно оценивают качество своего здоровья выше, чем женщины в аналогичных возрастных группах. Удельный вес мужчин, которые считают себя здоровыми, достоверно ($p<0,05$) снижается с 61,1% в возрастной группе 18-25 лет до 36,4% в возрастной группе 36-45 лет. В последующих возрастных группах имеет место дальнейшее снижение этого показателя.

У женщин удельный вес лиц, считающих себя полностью здоровыми значительно ($p<0,05$), снижается уже в возрастной группе 26-35 лет (15,4%) при показателе 53,3% в группе 18-25 лет. Таким образом, женщины фертильного возраста являются более выраженной группой риска возникновения патологии в сравнении с мужчинами.

Эти данные подтверждаются также числом имеющихся хронических заболеваний у респондентов. Доля мужчин, которые считают, что у них нет ни одного хронического заболевания составила 44,3% (у женщин 17,5%) и наличие 3 и более хронических заболеваний отметили 14,3% мужчин и 41,2% женщин. С этим коррелирует число обращений в поликлинику: в целом по всему контингенту опрошенные мужчины в течение года обращались в поликлинику 3,0±0,4 раза, а женщины – 4,7±0,4 раза ($p<0,05$).

2. Большинство опрошенных пациентов (76,7%) предпочитают лечение в государственных муниципальных поликлиниках. Доля пациентов, предпочитающих лечение в платных поликлиниках значительно ниже, и составила 15,5%. Основными поводами обращения в поликлинику являлись: обострение хронического заболевания (1-е ранговое место – 40,5%), возникновение нового заболевания (первичное обращение) (2-е ранговое место – 19,5%) и получение больничного листа (3-е ранговое место – 15,8%).

3. Пациенты, включенные в анкетирование, отметили основные недостатки в работе муниципальных поликлиник: большие очереди на прием к врачу (20,3%); дорогостоящие лекарства, выписываемые врачами (19,7%); необходимость оплачивать некоторые медицинские услуги (12,0%); невнимательное отношение медицинского персонала (9,1%).

4. Муниципальными поликлиниками за последние годы проводились различные мероприятия по повышению доступности и качества медицинской помощи. Среди них основные с точки зрения пациентов: введение электронной записи на прием к врачу (25,1% ответов); введение электронной очереди на прием к специалисту (20,6% ответов); сокращение времени ожидания врача (16,6% ответов); врачи стали более внимательно относиться

к больным (15,2% ответов); улучшилось санитарное просвещение (13,0% ответов); улучшилось лекарственное обеспечение (8,1% ответов). Среди существенных недостатков в работе поликлиник пациенты отметили целый ряд погрешностей в организации и проведении сплошной диспансеризации при этом некоторые утверждения были характерны для определенной возрастной группы (часы, отведенные для диспансеризации, совпадают с рабочим временем пациентов, недостаточная осведомленность пациентов о возможности и необходимости диспансеризации (у лиц молодого и среднего возраста (68,0% респондентов в возрастной группе 18-35 лет). Пациенты, которые участвовали в диспансеризации отметили, что врачи относятся к данному процессу формально.

5. Современные социально-экономические условия способствовали появлению новой роли пациента участкового врача-терапевта – роль потребителя медицинских услуг, клиента медицинского сервиса. Удовлетворенность потребителя медицинских услуг становится одним из основных критериев качества предоставляемой медицинской помощи.

6. Пациенты старшего возраста большее значение придают не столько оборудованию медицинских организаций и технологии процесса предоставления медицинских услуг, сколько отношению к ним врача. Если пациенты возрастной группы от 20 до 45 лет считают приоритетом качества медицинской помощи применение высокотехнологичных медицинских технологий (89,67%, $p \leq 0,05$), то пациенты старшей возрастной группы (старше 65 лет) отмечают ее доступность (92,42%) и наличие у врача таких личностных качеств, как внимательность, терпение, сострадание (97,45%, $p \leq 0,05$).

Используя медико-социологический подход и на основании полученных диссертантом данных можно с уверенностью предположить, что у пациентов сформировалось определенное понимание профессиональной роли участкового врача-терапевта:

- реализация прав и обязанностей в рамках нормативно-правовой базы, определяющих статус врача;
- сумма культурных образцов поведения, связанных со своим положением в МО и социуме;
- установки, ценности и нормы поведения (этика и деонтология).

Приведенные выше в диссертации полученные данные также показали векторы социальной трансформации профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях и изменения социально-исторических условий, формирование новых социокультурных традиций, непосредственно влияющих в целом на дальнейшее развитие социального института медицины.

7. В современных социально-экономических условиях (возвращение к принципам рыночной экономики) разработку мероприятий по оптимизации предоставления первичной врачебной медико-санитарной помощи целесообразней осуществлять с использованием медико-социологического подхода с учетом интеграции социальных, правовых и этических критериев, актуальность которых подтверждают многие научные исследования.

8. Безусловно, интеграция информационных технологий в деятельность медицинских организаций крупных регионов и городов, происходит быстрее, но иногда вызывает определенное недопонимание на региональном (муниципальном) уровне как у врачей, так и у пациентов. В то же время, полученные показатели эффективности позволяют говорить о положительном эффекте подобных инноваций, апробированных в тестовом режиме.

9. Наиболее перспективными для развития IT технологий в участковой службе терапевтов являются: интерактивный консалтинг, в том числе методами телемедицины; дистанционный мониторинг жизненных показателей пациентов с доступом к электронным записям всех заинтересованных медицинских специалистов; создание единой системы записи и хранения медицинской документации.

10. В современных условиях развития социума необходимо максимально использовать возможности интернет-технологий и цифровизации здравоохранения в деятельности участкового врача-терапевта, в том числе для:

- дистанционного образования и повышения квалификации в системе непрерывного медицинского образования;
- получения новостей по медицинским вопросам;
- взаимодействие в рамках профессиональных сообществ (интернет-порталы);
- формирование нового типа взаимоотношений с интернет – «образованными» пациентами, использование роли модератора корректных медицинских знаний;
- использование телемедицинских технологий;
- контроля актуальных данных в ходе лечения;
- создание конкурентных преимуществ в условиях роста платной медицины.

Необходимо отметить, что в настоящее время интернет-коммуникационные технологии и цифровизация здравоохранения многими учеными (А.В. Решетников, 2016) рассматривается как фактор трансформации социального института медицины. В нашем исследовании мы также можем отметить, что интернет-технологии оказывают влияние и на социальную трансформацию профессиональной роли участкового врача-терапевта, заключающуюся в снижении внимания к пациентам, уменьшении времени личного контакта проявления эмпатии и эмоциональной отстраненности особенно в отношении лиц пожилого и старческого возраста.

11. Развитие гериатрической помощи наиболее перспективно в системе первичного звена, при участии участковых врачей-терапевтов, получивших специальную переподготовку по специальности «гериатрия», клинических психологов и представителей социальной службы. Основными аргументами данного предложения являются

следующие особенности пациентов пожилого и старческого возраста: разнообразные нарушения функционального статуса, сочетание функциональных нарушений и хронических заболеваний; одновременное развитие 3-5 и более заболеваний, предрасполагающих к множественным физическим, психическим и социальным проблемам, снижение уровня социальной когезии и ростом соответствующих социальных проблем у пациентов этой возрастной группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование профессиональной группы врачей представляет междисциплинарный интерес, реализуемый в последнее время в области медицинских, социологических, юридических, экономических наук. Актуальность проблемы обусловлена невысокой эффективностью реализации национальных проектов в области здравоохранения и профессионального медицинского образования, требующих серьезных экономических затрат, а также изменения нормативной базы. Между тем, ресурс в решении проблемы повышения качества оказания медицинской помощи населению сохраняется в экспликации социального контента в области рассматриваемых общественных отношений. Наиболее адекватным проблемному полю является методологический инструментарий социологии медицины, позволяющий изучить социально-психологические параметры социальных ролей основных социальных агентов в системе здравоохранения. Поскольку первым звеном в системе взаимоотношения врача и пациента является оказание первичной медико-санитарной помощи, решение вопросов повышения социальной эффективности в этом звене представляется приоритетным.

Гипотеза нашего исследования основана на анализе последних достижений, а также современных тенденций научных исследований в социологии медицинских профессий (А.В. Решетников, 2012; 2015). Работа выполнена с использованием методов контент-анализа, включенного наблюдения, фокус-группы, социологического опроса, а также серии адаптированных к профессиональному полю психодиагностических методик.

Анализ зарубежных источников показал, что формирование профессиональной роли врача в развитых странах происходит под влиянием смены моделей предоставления медицинских услуг, как определенной модели взаимоотношения пациента и системы здравоохранения от биомедицинской модели к скандинавской. Несмотря на рост

потребительской идеологии в сфере оказания медицинской помощи, зарубежные социологи признают, что в основе предоставления медицинских услуг лежит взаимодействие между клиентами/пациентами и сотрудниками медицинской организации/врачами. Такой интерактивный медицинский сервис имеет решающее значение с точки зрения определения качества обслуживания и удовлетворенности оказываемыми медицинскими услугами.

Формирование профессиональной роли врача в России проходило в изменяющихся социально-экономических условиях и характеризуется сменой ряда моделей медицинской профессии: нравственно-этической, меритократической и экспертной модели. Формированию экспертной модели способствовали и интеграция доказательной медицины, а далее – развитие биотехнологий, высокотехнологичных медицинских технологий. Основными мотивами профессиональной деятельности врача являются материальное вознаграждение, профессиональный интерес к работе и альтруизму, при этом современные экономические условия характеризуются принципиальным изменением оплаты труда врачей с введением эффективного компонента, которые могут быть рассмотрены как факторы трансформации профессиональной роли врача.

Современные исследования в данном проблемном поле демонстрирует мировые тенденции изменения профессиональной роли врача, обусловленные интеграцией маркетинга в сферу охраны здоровья, и демонстрирует необходимость и практическую востребованность медико-социологического исследования статусно-ролевых параметров врача-терапевта, с целью разработки научно-обоснованных мероприятий по повышению качества оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи населению в рамках реформирования системы отечественного здравоохранения.

Проведенное социологическое исследование модельной группы участковых врачей-терапевтов показало, что профессиональная группа участковых враче-терапевтов

регионального города России характеризуется рядом особенностей, обусловленными современными социально-экономическими реалиями. Структура мотивации к профессиональной деятельности представлена следующими мотивами - 1 – «возможность заработать деньги на жизнь» (79,5% ответов); 2 – «возможность реализовать себя в профессии» (65,1%); 3 – «сострадание и помощь больному» (61,4%); 4 – «профессиональный рост» (44,0%); 5 – «возможность при необходимости помочь близким, себе и друзьям в сохранении здоровья» (42,4%). При этом отмечается в целом неудовлетворительное материальное положение (у 75,4%); высокий уровень компьютеризации рабочих мест (91,9% рабочих мест врачей обеспечены компьютерами) с невысоким уровнем доступности сетевой информации (доступ к интернету имеют 54,4%).

На материале фокус-групп были выявлены возможные факторы ролевых конфликтов участкового врача-терапевта, которые определяют трансформацию его профессиональной роли. Среди них: ложная информированность пациента на фоне низкой медицинской грамотности, падение авторитета врача, как профессионала; низкий комплаенс пациентов как к лечению, так и профилактике; низкий уровень культуры пациентов; сложности во взаимоотношениях с руководством (односторонняя позиция в отношении жалоб пациента, распределения рабочего времени, повышения квалификации и др.); негативная оценка профессиональной деятельности врача средствами масс-медиа; низкая социальная защищенность врача; дефицит кадров; низкая оплата труда и др. При этом для молодых врачей (со стажем менее 10 лет) наиболее важными являются падение престижа врача и отношения с пациентами. В то время как для опытных врачей

(стаж работы более 10 лет) более проблематичными являются кадровый дефицит и сложности информатизации профессиональной деятельности.

Выявленные у врачей модельной группы негативные тенденции в показателях коммуникативной сферы могут быть рассмотрены как маркеры трансформации профессиональной роли участковых врачей-терапевтов, что позволяет предположить возможную трансформацию профессиональной роли и в форме профессиональных деформаций участковых врачей-терапевтов: авторитарность, консерватизм, профессиональную индифферентность, доминантность.

Современные социально-экономические условия привели к изменению роли пациента, новая роль пациента участкового врача-терапевта – это роль получателя медицинских услуг, клиента медицинского сервиса. Удовлетворенность услугополучателя становится основным критерием качества оказания медицинской помощи. Кроме того, пациенты старшего возраста, число которых увеличивается, большее значение придают не столько оборудованию медицинских организации и налаженности процесса получения медицинских услуг, сколько отношению к ним врача. Если пациенты возрастной группы от 20 до 45 лет считают приоритетом качества медицинской помощи применение высокотехнологичных медицинских технологий, то пациенты старшей возрастной группы (старше 65 лет) отмечают ее доступность и наличие у врача таких личностных качеств, как внимательность, терпение, сострадание.

Таким образом, проведенное социологическое исследование позволило научно обосновать необходимость интеграции социального, правового и этического подходов в ходе разработки и реализации системы мероприятий, направленных на оптимизацию оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Внедрение информационных технологий в деятельность медицинских организаций г. Москвы и немногочисленных крупных городов происходит

быстрее, и вызывает определенное недопонимание на региональном уровне, как у врачей, так и пациентов. В то же время, полученные показатели эффективности, позволяют говорить о положительном эффекте подобных инноваций, апробированных в тестовом режиме. Наиболее перспективными для развития IT технологий в участковой службе терапевтов являются: интерактивный консалтинг, в том числе методами телемедицины; дистанционный мониторинг жизненных показателей пациентов с доступом к онлайновым записям всех заинтересованных медицинских специалистов; создание единой системы записи и хранения медицинской документации.

Материалы исследования могут быть рекомендованы для использования в системе непрерывного профессионального образования врачей, в том числе интегрированы в Программы первичной переподготовки по специальности «общая врачебная практика» (семейная медицина).

ВЫВОДЫ

1. Формирование профессиональной роли врача в России происходило в изменяющихся социально-экономических условиях и характеризовалось сменой ряда моделей медицинской профессии: нравственно-этической, меритократической и экспертной; появлению последней способствовали интеграция доказательной медицины, развитие биотехнологий, высокотехнологичных медицинских технологий. Современные экономические условия характеризуются принципиальным изменением оплаты труда врачей с введением эффективного контракта, которые могут быть рассмотрены как факторы трансформации профессиональной роли врача.

2. Профессиональная группа участковых врачей-терапевтов крупного регионального города России характеризуется рядом особенностей, среди которых: материально-ориентированная структура мотивации к профессиональной деятельности («возможность заработать деньги на жизнь» (у 79,5%); «возможность реализовать себя в профессии» (65,1%); «сострадание и помощь больному» (61,4%); «профессиональный рост» (44,0%); «возможность при необходимости помочь близким, себе и друзьям в сохранении здоровья» (42,4%), которая во многом обусловлена неудовлетворительным материальным положением (у 75,4%). Фактором ролевых конфликтов для этой группы являются сложности интеграции медицинской информатизации: высокий уровень компьютеризации (91,9% рабочих мест) на фоне невысокого уровня доступности сетевой информации (доступ к интернету 54,4%).

3. На материале фокус-групп были выявлены возможные факторы ролевых конфликтов участкового врача-терапевта, которые определяют трансформацию его профессиональной роли. Среди них: ложная информированность пациента на фоне низкой медицинской грамотности, падение авторитета врача, как профессионала; низкий комплаенс пациентов как к лечению, так и профилактике; низкий уровень культуры пациентов;

сложности во взаимоотношениях с руководством (односторонняя позиция в отношении жалоб пациента, распределения рабочего времени, повышения квалификации и др.); негативная оценка профессиональной деятельности врача средствами масс-медиа; низкая социальная защищенность врача; дефицит кадров; низкая оплата труда и др. При этом для молодых врачей (со стажем менее 10 лет) наиболее важными являются падение престижа врача и отношения с пациентами, в то время как для опытных врачей (стаж работы более 10 лет) более проблематичными являются кадровый дефицит и сложности информатизации профессиональной деятельности.

4. Выявленные у врачей модельной группы негативные тенденции в показателях коммуникативной сферы могут быть рассмотрены как маркеры трансформации профессиональной роли участковых врачей-терапевтов: низкие показатели коммуникативных качеств (у 34,8%); доминирование организаторских качеств над коммуникативными (78,8%); низкие показатели коммуникативного контроля (23,1%); коммуникативные помехи, затрудняющие общение (у 47.2%). Это позволяет предположить возможную трансформацию профессиональной роли в форме профессиональных деформаций участковых врачей-терапевтов: авторитарность, консерватизм, профессиональную индифферентность, доминантность.

5. Пациенты старшего возраста большее значение придают не столько оборудованию медицинских организации и налаженности процесса получения медицинских услуг, сколько отношению к ним врача. Если пациенты возрастной группы от 20 до 45 лет считают приоритетом качества медицинской помощи применение высокотехнологичных медицинских технологий (89,67%, $p \leq 0,05$), то пациенты старшей возрастной группы (старше 65 лет) отмечают ее доступность (92,42%) и наличие у врача таких личностных качеств, как внимательность, терпение, сострадание (97,45%, $p \leq 0,05$).

6. Наиболее перспективными для развития IT технологий в участковой службе терапевтов являются: интерактивный консалтинг, в том числе

методами телемедицины; дистанционный мониторинг жизненных показателей пациентов с доступом к онлайновым записям всех заинтересованных медицинских специалистов; создание единой системы записи и хранения медицинской документации. Развитие гериатрической помощи наиболее перспективно в системе первичного звена при участии участковых врачей-терапевтов, получивших специальную переподготовку по специальности «гериатрия», клинических психологов и представителей социальной службы. Основными аргументами данного предложения являются следующие особенности пациентов пожилого и старческого возраста: разнообразные нарушения функционального статуса, сочетание функциональных нарушений и хронических заболеваний; одновременное развитие 3-5 и более заболеваний, предрасполагающих к множественным физическим, психическим и социальным проблемам.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения авторитета врача, как социального актора, необходимо в системе непрерывного профессионального образования врачей, в том числе в рамках Программы первичной переподготовки по специальности «общая врачебная практика» (семейная медицина), уделять особое внимание обучению врачей психологическим техникам общения, методикам аутотренинга, повышающим толерантность к профессиональному стрессу.

2. В систему оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений, оказывающих амбулаторную первичную врачебную медико-санитарную помощь, необходимо интегрировать оценочную шкалу удовлетворенности пациентов, включающую серию опросных тестов (а не ограничиваться вопросом «Удовлетворены ли Вы качеством оказания медицинской помощи?»), в том числе включающих вопросы внедрения инноваций в работу поликлиник. Программу опросов целесообразно разрабатывать на базе научно-исследовательских учреждений (социологии, социологии медицины, профильных кафедр вузов), с системой «обратной связи» для осуществления мониторинга.

3. Необходима интеграция врачей-терапевтов, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь, в систему Универсальной программы обучения биоэтике ЮНЕСКО как с привлечением европейских тренеров, так и созданием национальной школы тренинга по Биоэтике из числа практикующих врачей. Для постоянной возможности телеконсультаций и коллективного обсуждения этических и правовых проблем необходима полная интеграция поликлиник в Федеральную программу «Электронная Россия».

4. Необходимо создание методической системы психологического сопровождения профессиональной деятельности участковых терапевтов (а также врачей общей практики) с внедрением в работу медицинских психологов амбулаторно-поликлинического звена программ коучинга,

тренинга для врачей, а также их психологического тестирования, основанного на нормах конфиденциальности и уважении автономии врача, активизировать работу кабинетов доверия, кризисных состояний и медико-психологической разгрузки поликлиник.

5. Для решения конфликтных ситуаций, возникающих в практике оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи, необходимо создание сети независимых этических комитетов на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации [Текст]. – М.: Ось-89. - 2008. – 48с.

2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» от 21 ноября 2011 г № 323-ФЗ // [электронный ресурс] : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 18.12.2018).

3. Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию [электронный ресурс] // Президент России. – URL: http://kremlin.ru/events/president/news/59863 (дата обращения 17.05.2019)

4. Постановление Правительства РФ от 05.08.2008 N 583 (ред. от 19.01.2019) "О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных, автономных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений"

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» [электронный ресурс] // Консультант Плюс. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/ (дата обращения 17.05.2019)

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.10.2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [электронный ресурс] // Консультант Плюс. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284986/ (дата обращения 17.05.2019)

7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

8. Приказ Минздрава РФ от 29.01.2016 N 38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия"» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 14.03.2016 N 41405).

9. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (с изм. и доп. от 27.07.2014 № 195-ФЗ) [Текст] – Гарант

10. Указ Президента Российской Федерации В.В. Путина «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 7 мая 2012 года № 598

11. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики"

12. Россия в цифрах 2007. Краткий статистический сборник. М.: Росстат, 2007.

13. *Абрамов В.Н.* Профессиональный комплекс в социальной структуре общества (по Парсонсу) // СОЦИС. – 2005. – № 1(249). – С.54-66.

14. *Айвазян Ш.Г.* Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) / Ш.Г.Айвазян, А.Д.Доника, Ю.Г.Элланский // Биоэтика – 2015 – № 1(15) – С.35-37.

15. *Айвазян Ш.Г., Доника А.Д., Элланский Ю.Г.* Общая врачебная практика как предмет исследования социологии медицины: монография. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2017. – 116 с.

16. *Айвазян Ш.Г.* Формирование правовой компетентности врача в образовательной среде вуза / Ш.Г.Айвазян, А.Д.Доника // Международный журнал экспериментального образования - – 2015 - № 6 – С. 121.

17. *Айвазян Ш.Г.* Перспективы интеграции SWOT-технологий в проблемное поле социологии медицины // Международный журнал экспериментального образования – 2015. № 6 -С.53

18. *Айвазян Ш.Г.* Формирование правовой компетентности врача в образовательной среде вуза // Международный журнал экспериментального образования- 2015- № 6 – С.121.

19. *Андриянова Е.А.* Социальные параметры формирования профессионального пространства медицины: дисс. докт. социол.наук (14.00.52), Саратов, 2006.- 386 с.

20. *Андриянова Е. А.*, Гришечкина Н. В. Проблемы формирования системы электронного здравоохранения в России // Здравоохранение РФ. 2012. №6.

21. Андриянова В.А., Арстангалива З.Ж., Чернышкова Е.В. Практики здоровьесбережения современных работающих пенсионеров // Russian journal of education and psychology. – 2015 - №7(51). – С.41-51.

22. *Артюхов И.П., Шульмин А.В., Добрецова Е.А,* Дефицит врачебных кадров: есть ли перспективы для изменений? // Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №2. – С.115-118

23. *Армашевская О.В., Стародубов В.И., Иванова М.А., Бантьева М.Н., Соколовская Т.А.* Деятельность и обеспеченность специалистами первичного звена. // Российский медицинский журнал. – 2014. –№6(20). – С. 4-7.

24. *Афанасьева А.С.* Цифровое неравенство как проблема внедрения электронного правительства в России // Общество: политика, экономика, право. 2015. №6.

25. *Багдатов Р.Ш.* Биоэтический подход к ограничению компетенций пациентов // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.51

26. *Балашов В.В.*, Пацула А.В., Леньков Р.В., Гайдукова Е.А. Проблемы мотивации научной деятельности студентов ВУЗа // Социологические исследования. – 2016. - №4. – С.127-130.

27. *Баракова С.И.* Роль этических комитетов в современной медицинской практике // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.51-52.

28. *Баранов А. А., Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л. С.* Телемедицина — перспективы и трудности перед новым этапом развития // ПФ. 2013. №3.

29. *Басов А.В.* Новые подходы к пониманию медикализации в зарубежной социологии медицины // Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №2. – С.72-74.

30. *Бессуднов А.Р.* Социально-профессиональный статус в современной России // Мир России. – 2009. - № 2. – С.89-115.

31. Билалов Ф.С., Сквирская Г.П., Сон И.М. Организация работы диагностических подразделений медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017 - №25(3). – С.155-159.

32. Биоэтика: учебник / под ред. В.П. Лопатина. М., 2006.

33. Бодалев А.А. История разработки проблемы познания людьми друг друга в СССР – России // Человек. Сообщество. Управление. – 2004 - №1. – С.57-68.

34. *Бутенко И.А.* Профессионализм: гарантии качества // Социологические исследования. – 2009. - № 1. – С.136-14

35. *Быстревская Н.Ю.* Комплементарность автономии и ответственности пациента в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.52.

36. *Вершинин Е.Г.* Какие новые социальные проблемы медицины интересуют отечественных исследователей? //Международный журнал экспериментального образования. – 2015. № 8–1. – С. 15.

37. *Вич Р.* Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений (перевод С.М.Малкова). Электронный ресурс: Режим доступа [http://www.philosophy.ru/library/vopros/06.html (дата обращения: 20.08.2012)

38. Всемирная Организация Здравоохранения как социальный институт / Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В., Веденская Т.Е., Анохин А.М. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. - №5. – С.54-56.

39. *Габибова Л.И.* Проблема международной синхронизации правового регулирования биомедицинских исследований // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.234 .

40. *Гайкина М.Ю., Васильева Е. Ю.* Факторы выбора хирургической специальности в субъективной оценке студентов медицинских вузов // Экология человека. – 2014. – № 7. – С. 60.

41. Генкин Б.М., Десятко Д.Н. Как повысить производительность и оплату труда в России на основе инноваций и социального партнерства // Нормирование и оплата труда в промышленности. – 2012. - №4. – С. 9-16.

42. *Головченко С.Г., Денисенко Л.Н., Федотова Ю.М.* Совершенствование образовательных технологий профессиональной подготовки врачей-стоматологов // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10–6.

43. *Григорьева Т.Е., Дегтярева Н.А.* Оценка качества предоставляемых медицинских услуг пациентами поликлиник города Рубцовска // Вестник науки Сибири. 2017. №4 (27).

44. *Груздинский А.О., Цупурнов Е.В.* Стратегические изменения университета для повышения конкурентоспособности // Социологические исследования. – 2016. - №3. – С.132-140.

45. Губанова Г.В., Шеметова Г.Н., Рябошапко А.И. От земских традиций к современной общей врачебной практике // Саратовский научно-медицинский журнал. 2016. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ot-zemskih-traditsiy-k-sovremennoy-obschey-vrachebnoy-praktike (дата обращения: 02.09.2019).

46. *Данилевская Т.В., Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю.* Количественный анализ значимости источников медикализации в социокультурной среде мегаполиса // Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №2. – С.94-98

47. *Деларю Н. В.* Новое предметное поле медицинской психологии: сопровождение симуляционного обучения врачей // Символ науки. 2016. - № 3-4. С.28 -30

48. *Деларю Н.В., Мандриков В.Б., Заячникова Т.Е.* Критические состояния в неонатологии и симуляционные технологии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – № 4 (56).- С.87-93

49. *Деларю Н.В., Мандриков В.Б., Заячникова Т.Е.* Симуляционные технологии в постдипломном обучении интенсивной терапии врачейнеонатологов // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – № 1 (53).- С. 26-28.

50. *Деларю Н. В.* Симуляционное обучение как неотъемлемый атрибут современной подготовки врачей // Современные научные исследования: теоретический и практический аспект: сб. статей Международной научно-практической конференции. – 2016. – С. 184–185.

51. *Дидковская Я.В.* Взаимосвязь профессионального самоопределния и профессиональной карьеры: методологические подходы // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2015. № 2 (35), 2015. С. 160–165.

52. *Доника А.Д.* Интериоризация профессиональной роли врача: социальные, психологические и соматические детерминанты: дисс…д-ра соц. н. – Волгоград – 2010 – 368 с

53. *Доника А.Д.* Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 - № 1(15) – С.58-60.

54. Доника А.Д. Профессия врача в современной измерительной системе оценки социального статуса / А. Д. Доника, М. В. Еремина // Международный научно-исследовательский журнал. — 2015. — №6 (37) Часть 2. — С. 106—107.

55. *Доника А.Д.* Реализация профессиональной роли врача-терапевта в зеркале «парадоксальной медицины» А.Д.Доника, Ш.Г.Айвазян, Е.В.Говердовская // Экономические и гуманитарные исследования регионов – 2015 № 3 – С.74-78

56. *Доника А.Д.* Соответствие норм Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» в Российской Федерации нормам и принципам

биоэтики / А.Д. Доника А.Д., Л.Л. Кожевников // Биоэтика. – 2011. - № 2(8). – С.26-28

57. *Доровская А.И., Коршевер Н.Г., Решетников В.А.* Кадровые ресурсы медицинских организаций: состояние управления карьерой врачей // БМИК. – 2016. – №1. – С. 232-233.

58. *Дятлов С. А., Селищева Т. А.* Регионально-пространственные характеристики и пути преодоления цифрового неравенства в России // Экономика образования. 2014. №2.

59. Егорышева И. В. Проблема доступной медицинской помощи в дореволюционной России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/problema-dostupnoy-meditsinskoy-pomoschi-v-dorevolyutsionnoy-rossii (дата обращения: 02.09.2019).

60. *Еремина М.В.* Формирование личностных компетенций врача на додипломной стадии профессиогенеза // В сборнике: БЕЗОПАСНОСТЬ - 2017. Материалы I Межрегиональной научно-практической конференции. 2017. С. 20-22.

61. *Ерохина А.В.* Современный контент автономии и ответственности в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С. 53-54.

62. *Ефименко С.А.* Социология пациента: дис…д-ра соц.наук: социология медицины (14.00.52). – Москва. – 2007. – 371 с

63. *Ефименко С.А.* Социальный портрет современного участкового врача-терапевта: дис.к.социол.н. Москва, 2004

64. *Ефремова Т.Г.* Социальная роль и профессиональный статус врача-офтальмолога автореферат…к.мед.н. – Волгоград. – 2010. – 28 с.

65. *Жидкова Е.А., Фомина А.В.* Анализ кадрового потенциала в сфере здравоохранения // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2016. – №4. – С.149-151.

66. *Жолудь Д.С.* Биоэтическое содержание «блага» в современной медицинской практике // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.54.

67. *Журавлева И.В.* Актуальные проблемы социальной политики в сфере здоровья // Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №1. – С.4-6

68. *Журкина А.Я., Сергушин Е.Г., Сергушина О.В.* Теоретические аспекты формирования социально-профессионального самоопределения учащихся образовательных организаций // Интеграция образования. – 2016. – Т. 20. – № 1 (82). – С. 31.

69. *Заляев А.Р.* Проблемы профессионально-трудовой мотивации и трудоустройства выпускников медицинских специальностей образовательных учреждений Республики Татарстан // Омский научный вестник. – 2014. – № 2(126). – С. 65–67.

70. *Заляев А.Р.* Кадры для российского здравоохранения: ожидания и надежды российских студентов-медиков Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. № 2 (38). – Н. Новгород: Изд-во ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2015. – С. 142–144.

71. *Заляев А.Р.* «Докторам – хорошо, а рабочим – лучше»: что думает выпускник медицинского вуза о будущей работе. Социология медицины: векторы научного поиска. Сб. статей очередной III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – М.: Изд-во «Перо», 2015. – С. 77–79.

72. *Заляев А.Р.* Анализ удовлетворенности студентов-медиков выбранной профессией. «Social science/Общественные науки» 2016/1. – М.: Изд-во МИИ Наука Москва, 2016. – С. 361–367. 39

73. *Зеер Э.Ф.* Психология профессий: Учебное пособие для студентов вузов. / 4-е изд.,перераб., доп. – М.: Академический Проект; Фонд «Мир». – 336 с.

74. *Змановская Е.В., Маргошина И. Ю.* Концепция отношений как теоретико-методологическая основа изучения эмоционального выгорания в

профессиональной деятельности / Вестник психотерапии. – 2014. - №52(57). – С.7-22.

75. *Иванова, М.А., Люцко В.В., Гажева А.В., Огрызко Е.В.* Анализ обеспеченности и укомплектованность врачами-терапевтами участковыми в Российской Федерации за период 2007-2016 гг. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – №1-2. – С. 11-21.

76. *Ивенская Т.А.* Системное социологическое моделирование участия медицинских работников в реализации национального проекта «Здоровье»: дис. к.мед.наук: социология медицины (14.00.52). – Ростов-на-Дону. – 2009.

77. Илюхина О.В., Худоногов И.Ю., Элланский Ю.Г. Методические вопросы применения структурированных индикаторов в медико-социологических исследованиях // Социология медицины. – 2013 - №1(22). – С.15-18.

78. Исследования Яндекса «Поиск на компьютерах, планшетах и телефонах» [Электронный ресурс]: режим доступа: https://yandex.ru/company/researches/2016/ya_search_2016#kolichestvopolzovatelejjizaprosov (Дата обращения: 24.11.2018)

79. Исследования Яндекса «Поиск здоровья» [Электронный ресурс]: режим доступа: https://yandex.ru/company/researches/2016/ya_health (Дата обращения: 24.11.2018)

80. Исследования Яндекса «Коммерческие интересы пользователей интернета» [Электронный ресурс]: режим доступа: https://yandex.ru/company/researches/2017/commercial_interests (Дата обращения: 24.11.2018)

81. Изучение профессионального стресса в практике врача-стоматолога / Ермолаева Л.А., Мироненко О.В., Шенгелия З.Н., Сопрун Л.А. // Институт стоматологии. – 2011. – №4 (53). – С.22-23.

82. *Калякина Н.В.* Биоэтические аспекты применения медицинских инноваций // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С. 49-50.

83. *Капустин М.Я.* Основные вопросы земской медицины. – СПб, 1889. – С.8

84. Карнаухов Н.С., Ильюхин Р.Г. Возможности технологий «Big Data» в медицине // Врач и информационные технологии. 2019. №1. С. 59-63.

85. *Карпович А.В.* Социологическое исследование аутентичного проектирования проессиональной траектории на модели профессии врача Международный журнал экспериментального образования. -2016 - № 6 (часть 1) – С.51

86. *Качаева Т.М., Дей А.А.* Исторические аспекты становления страховой медицины // ТМЖ. 2015. №1 (59). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/istoricheskie-aspekty-stanovleniya-strahovoy-meditsiny (дата обращения: 02.09.2019).

87. Клименко Л.В., Посухова О.Ю. Карьерные ориентации социетально значимых профессиональных групп российских мегаполисов в условиях прекариатизации // Россия реформирующаяся. – 2018 - №16. – С.437-454.

88. Клименко Л.В., Посухова О.Ю. Прекариатизация труда и протестные настроения социально ориентированных профессиональных групп в российском обществе // Власть. - 2018 -№9. – С.134-141.

89. *Ковелина Т.А.* Образ врача в культуре: дис…докт.философ. наук:09.0013. – Ростов-на Дону. – 2006. – 294 с.

90. *Колесников А. В., Бреусов А. В., Шичанин В. В., Бреусов Р. А.* Удовлетворенность населения региона качеством работы службы скорой медицинской помощи // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2017. №1.

91. Колесников В.Н., Шандыбина Н.Д., Эриум С.С. Экология человека: сбережение нации как стратегия успешного развития // Управленческое консультирование. – 2018. - №2(110). – С.73-79.

92. *Комаров Ю. М.* О научной основе Семашкинской модели здравоохранения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2015. №1 (1). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/o-nauchnoy-osnove-semashkinskoy-modeli-zdravoohraneniya (дата обращения: 02.09.2019).

93. Кон И.С. Социальные трансформации в России: теории, практики, сравнительный анализ. Учебное пособие / под ред. В. А. Ядова. М. : изд-во «флинта», 2005. - 583 с

94. *Кондрашов А.А.* Смена поколений врачей как медико-социальная проблема современной России: автореф.канд.мед.наук. – Волгоград. – 2012. – 26 с.

95. *Константиновский Д.Л.,* Попова Е.С. Молодежь, рынок труда и экспания высшего образования // Социологические исследования. – 2015. - №11. – С. 37-48.

96. Константиновский Д.Л. Измерение неравенства в образовании // Россия реформирующая. – 2018. - №16. - С.171-191.

97. Концепция развития системы здравоохранения в российской Федерации до 2020 года. URL: http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf (Дата обращения: 19.03.2017).

98. Концептуальные и методические подходы к построению рейтингов медицинских организаций на основе независимой оценки качества медицинской помощи / Берташ С.А., Какорина Е.П., Степанов И.М., Шейман И.М., Шевский В.И. // Здравоохранение. – 2014. - №4. – 68-77.

99. *Кострюкова* Е.Ю. Объекты медицинского права как критерий определения отрасли юридической науки // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.241.

100. *Коулмен Д.* Экономическая социология с точки зрения рационального выбора // Западная экономическая социология. Хрестоматия современной классики. – М.:2016. - Роспэн. – Т.1. – С.161.

101. КП: «С 2018 года в ОМС включена гериатрическая помощь пожилым пациентам» [Электронный ресурс]: режим доступа:

https://www.volgograd.kp.ru/daily/26777.1/3812489/ (Дата обращения: 20.05.2018)

102. *Красовский В.С.* Исследовательская компетенция врача-практика как фактор совершенствования профессиональной самореализации// Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №2. – С.112-114

103. *Кром И.Л., Еругина М.В., Андриянова Е.А. М*еждисциплинарная концептуализация паллиативной помощи как социального субинститута // Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №2. – С.68-71

104. Крымская И.Г. Гигиена и основы экологии человека: учеб. пособие / И.Г. Крымская; Изд. 2-е, доп. и перераб.; Феникс. – Ростов-на-Дону: изд-во Феникс. – 2009. – 341.

105. Крыштановский А.О. Анализ социологических данных с помощью пакета SPSS. – М., ИД ГУ ВШЭ, 2006. – 281с.

106. *Кулинцев И.М.* Экономика и социология труда. М.: ИНФРА-М, 2007. — 782 с.

107. Кучеренко В.Х., Эккерт Н.В. Основные направления совершенствования подготовки врачебных кадров // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. - №4. – С.11-15.

108. *Кучеренко В.З.* Проблемы управления рисками в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранения. – 2001. – 1. – С. 39-43.

109. Левада-центр. Аналитический центр Юрия Левады [Электронный ресурс], режим доступа: http://www.levada.ru/15-10-2012/otechestvennaya-sistema-zdravookhraneniya-rossiyan-ne-ustraivaet (Дата обращения: 20.05.2018)

110. *Леонова В.А.* Профессиональный контекст стратегии выживания в крупном промышленном городе (на модели профессиональной группы врачей) // Социология города. – 2013. - № 1 – С.11-15

111. *Леонова В.А.* Формирование этических профессиональных установок медицинских работников // Биоэтика. – 2013. - № 11 – С.46-47

112. *Леонова В.А.* Постпрофессионализм как этап профессионализации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. - № 1 – С.142-143

113. *Леонова В.А.* Проблема старения кадров в медицине в контексте пенсионной реформы: пенсионное право или обязанность? //Социальное и пенсионное право. – 2013. - №3 – С.10-14

114. *Леонова В.А.* Социально-психологические проблемы интеграции в профессиональную группу врачей // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. - № 3 – С.156-157.

115. *Леонова В.А* Проблема депрофессионализации в медицине: гендерный подход // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. - № 1 – С.126-127

116. *Леонова В.А.* Ролевые перегрузки врача как «сайд-эффект» инновационной модели развития здравоохранения -.2013. - № 1 – С.129-131

117. *Леонова В.А.* Современный российский врач - «аватар» постсоветского общества (кросскультурные аспекты) // Международный журнал экспериментального образования. 2013. - № -4. – С.158-159.

118. *Леонова В.А.* Особенности национальной социальной шкалы престижа на примере профессии врача // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. - № - 5. – С.160-161.

119. *Маклаков А.Г.* Общая психология. - СПб.: «Питер», - 2001. -592 с.

120. Макс Вебер. Избранные произведения / Макс Вебер; пер. Филиппов А.Ф., Гайденко П.П.-- М.: Прогресс, 1990. - С.707-735.

121. *Максимова Л.В., Омельяновский В.В., Сура М.В.* Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2014. №1 (15).

122. Манерова О.А. Актуальные вопросы подготовки медицинских кадров: к 140-летию со дня рождения Н.А. Семашко/ О.А. Манерова, Д.М. Дрыгин, П.К. Давыдов // История медицины. – 2014. - №3. – С.30-37.

123. *Мансуров В.*А. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // СОЦИС – 2005. - № 1(249) – С.66-77

124. *Мансуров В.А.* Социология профессий. История, методология и практика исследований // Социологические исследования. – 2009. - № 8 – С.36-46.

125. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Профессиональная идеология альтруизма российских врачей // Вестник института социологии. – 2010 - №1. – С.397-410.

126. Мертон Р.К. Социальная структура и аномия / Социология власти. – 2010. - №4. – С.212-223.

127. Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников / Ивенская Т.А., Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю., Хлынин С.В. // Социология медицины. – 2011. - №1(18). – С.18-22.

128. Мишель Фуко. История безумия в классическую эпоху / Мишель Фуко; пер. И. К. Стаф, ред С. Я. Левит // Санкт-Петербург, 1997. 576 с.

129. Мосиенко О.С., Нор-Аревян О.А. Мотивация профессионального выбора и престиж медицинской профессии в оценках российских врачей (на материалах социологического исследования) // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2018 - №3. - С.205-211.

130. *Мунаев Р.В.* Модернизация социального института здравоохранения в условиях современной России: автореф…дисс…канд.соц.наук (22.00.04). Москва. – 2009. – 28 с

131. *Мухарямова Л.М.* Принципы аудита в здравоохранении и образовании и изменение этических основ медицинской профессии // Биоэтика. – 2010. - № 1(5) – С.36-41.

132. *Мухарямова Л.М.* Дискурсы медицинского профессионализма. Сборник статей очередной III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: «Социология медицины: векторы научного поиска», 29-30 октября, Москва. – М.: Изд-во «Перо», 2015.

133. *Никитенкова С. П.* Интернет-технологии в медицине: социально-психологический аспект // Соврем. технол. мед.. 2010. №1-2.

134. *Новокрещенова И.Г., Алексеева Е.Е., Чунакова В.В.* Совершенствование адаптации молодого специалиста сестринского дела // Медицинская сестра.- 2016.- № 8. С. 48-51.

135. Нор-Аревян О.А Упадок социального самочувствия инженеров и рабочих в 90-е гг. XX в как фактор кризиса профессиональной идентичности // Гуманитарий Юга России. – 2017- Т.6. – №3. – С.250-261.

136. Нор-Аревян О.А., Попов А.В. Социологическое измерение профессиональной идентичности врачей в городе Ростове-на-Дону // Гуманитарий Юга России. – 2018 – Т.7. - №6. – С.157-172.

137. Огнерубов Н.А., Огнерубова М.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов. / Вестник Тамбовского Университета. Серия: Естественные и Технические науки. – 2015. – Т.20. - №2. – С.307-318.

138. *Озерова В.А.* Медицинский профессионализм как контракт медицины и общества // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.56

139. *Олимпиева М. А.* Инновационная медицина: интересы науки и общества // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С. 50

140. *Омаров Р.А.* Принцип автономии пациента в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 3-2. – С. 218

141. *Орлов О. И., Камаев И. А., Леванов В. М., Сергеев Д. В.* Телемедицина. Опыт проведения научных Видео конференций // Соврем. технол. мед.. 2009. №2.

142. *Осипов Г.В.* Отечественная социология: история и современность // Социологические исследования. – 2009 - № 3. – С.8-14

143. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара / Миков Д.Р., Кулеш А.М.,

Муравьев С.В., Черкасова В.Г., Чайников П.Н., Соломатина Н.В. // Вестник Пермского Университета. Философия. Психология. Социология. – 2018. - №1(33). – С.88-97.

144. Официальный сайт ООН. [Электронный ресурс]: режим доступа: http:// www.un.org/ru/sections/issues-depth/ageing/index.html (Дата обращения: 24.11.2018)

145. *Павленко Е. В.* Киберпространство медицины: Интернет как враг и союзник врача и пациента // Социология медицины. 2013. №1.

146. Попова Е.С., Сайфуллина Л.Д. Развитие трудового потенциала молодых специалистов в современных организациях // Инновационная наука. – 2016. - №8-1. С. 124-126.

147. *Попова И.П.* Профессии и профессионализм в международной дискуссии // Социологические дискуссии. – 2009. - № 8 – С.52-57.

148. *Поройский С.В.* Готовность врача скорой медицинской помощи к профессиональной деятельности в экстремальных условиях // Евразийский союз ученых. - 2015. - № 12-1(21). - С.64-66

149. Потребность столичных поликлиник во врачах общей практики составляет более 4,5 тыс. человек (интервью) от 27.07.2015 [Электронный ресурс]: режим доступа: http//mosday.ru/news/item.php?459498

150. *Приз Е.В.* Социальная комплементарность прав пациентов и медицинских работников в отечественной медицине: дисс.докт.мед.наук. – Волгоград. – 2011. – 418 с.

151. *Присяжная Н.В.* Становление российской научной школы социологии медицины: этапы и перспективы развития // Медицинское образование и вузовская наука. – М.: Издательство Сеченовского Университета. 2019, №1 (15). С. 30-35.

152. *Присяжная Н.В.* Медицина и социология: общее поле деятельности // Медицинское образование 2012: сборник тезисов, М., БИНОМ, Лаборатория знаний - 2012. - С. 226-228.

153. Присяжная Н.В. Влияние внесемейной социализации на социальное поведение и специфику постинтернатной адаптации сирот // Социология медицины. – 2012 - №1(20). – С.13-17.

154. *Пьяных А.В.* Оптимизация подготовки медицинских кадров в системе ВПО по направлению «Сестринсое дело» / Автореф. Дис. … канд. мед. наук: Москва, 2015.

155. *Радионов А.А.*, Рулевский А.Д. Условия эффективности деятельности базовых кафедр вузов. // Вестник Южно-уральского государственного университета. – 2016. - №1

156. *Радченко М.А.* Спорные вопросы правового статуса граждан в области охраны здоровья // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.244.

157. *Рева И.Е.* Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и российские реалии) // Биоэтика – 2011. – № 1 (7). - С.34-37.

158. *Репринцева Е.В.* Система показателей, характеризующих ресурсное обеспечение учреждений здравоохранения // Иннов: электронный научный журнал. – 2018. – №2 (35). – С. 1-11.

159. Решетников А.В. Социальный институт медицины (часть 1.) // Социология медицины. – М.: Издательство "МЕДИЦИНА", 2018. №1. С. 4-11.

160. *Решетников А.В.* Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: Медицина, 2003. 1048с.

161. *Решетников А.В.* Социология медицины: руководство. – Москва: ГЭОТАР-Медиа -2010. – 864 с.

162. *Решетников А.В.* Социология медицины. Руководство. – М., Медицина, 2010. – 864с.

163. *Решетников А.В.* Профессиональное самообразование организаторов здравоохранения с использованием массовых открытых онлайн курсов //

Медицинское образование и медицинское развитие. – 2015. - № 2(20). – С.53-58.

164. *Решетников А.В.* Социальный портрет больного с артериальной гипертензией // Социология медицины. – 2016 – Т.15. - № 2. – С.80-86.

165. *Решетников А.В.* Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.

166. *Решетников А.В.* Медико-социолоигческие исследования проблем здоровья: зона социальной ответственности / А.В. Решетников, Н.В. Приисяжная // Социология медицины. – 2016 – Т.15. - № 2. – С.68-72.

167. *Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И.* Подготовка специалистов в области управления здравоохранением: значимость формирования компетенций // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96, № 6. – С. 1049-1053.

168. *Решетников А.В., Присяжная Н.В., Решетников В.А.* Восприятие ценности здоровья и здорового образа жизни профессорско-преподавательским составом медицинских вузов // Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №2. – С.82-90.

169. *Решетников А.В., Присяжная Н.В.* Молодой медицинский специалист на рынке труда: ожидания работодателей // Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №1. – С.32-34

170. Решетников В.А., Соколов Н.А., Трегубов В.Н. Опыт подготовки руководителей здравоохранения в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения» // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2018 - №1. – С.156-163.

171. Решетников В.А., Сквирская Г.П., Сырцова Л.Е. и др. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013 - №6.-С.9-14.

172. *Романов П.В.* Стратегия кейс-стади в исследовании социальных служб // Социологические исследования. – 2005 - № 4 - С.101-110

173. *Романов П.В.* Мир профессий: пересмотр аналитических перспектив / П.В.Романов, Е.Р.Ярская-Смирнова// Социологические исследования. – 2009 - № 8 – С.25-35.

174. Росстат [электронный ресурс] // Росстат. Управление Федеральной службы государственной статистики по Северокавказскому федеральному округу – URL: Антон+Павлович+Чехов+и+переписи+населения.pdf (дата обращения: 02.09.2019).

175. *Руденко А.Ю*. Формирование лидерской позиции в условиях высшей школы: гендерный аспект // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. - № 11 – С.85-86

176. *Руденко А.Ю.* Профессионализм как система ценностей: континентальный подход //Успехи современного естествознания. – 2011. - № 12 – С.66-67

177. *Руденко А.Ю.* Профессиональный статус врача: медицинские и социальные аспекты // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. - № 12 – С.113.

178. *Сависько А.А.* Инновационные подходы в развитии системы охраны здоровья и здравоохранения // Научные труды IV Всероссийского съезда (национального конгресса) по медицинскому праву / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.Д.Сергеева, проф. С.В.Ерофеева – М.:НАМП, - 2009 – С.48-60

179. *Седова Н.Н.* Все законы когда-то были нормами морали, но не все моральные нормы становятся законами // Биоэтика. — 2009. — №1. — С. 37-42.

180. *Седова Н.Н.* Социология патернализма и российская медицина // Социология медицины – реформе здравоохранения. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2004.

181. *Селеткова Г.И.* Социально-профессиональная самоидентификация предпринимателей и руководителей // Фундаментальные исследования. 2015. – № 2–7. – С. 1537–1541.

182. *Силуянова И.В.* О состоянии нравственного самосознания врачебного сообщества // Биоэтика. - 2008. - № 1. - С.11-15.

183. *Скотенко О.Л.* Модели взаимоотношений врача и пациента (На материале офтальмологической практики) автореферат…к.мед.н. – Волгоград. – 2010. – 23 с.

184. Слувко Н.П. Злокачественные новообразования как социально-гигиеническая и медико-организационная проблема в трудах отечественных и зарубежных авторов // Астраханский медицинский журнал. – 2011 - №. – С.158-162.

185. *Сон И.М., Иванова М.А., Люцко В.В., Гажева А.В.* Динамика посещаемости врачей-терапевтов участковых в Российской Федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – №1. – С. 238-255.

186. *Сон И.М., Шипова В.М., Иванова М.А., Армашевская О.В., Бантьева М.Н., Соколовская Т.А., Гажева А.В., Леонов С.А.* Нормирование труда врачей амбулаторного приема при оказании первичной медицинской помощи // Здравоохранение. – 2014. – №7. – С. 76-85.

187. *Станбеков Д. Р.* Сравнительный анализ оплаты труда медицинских работников (обзор литературы) // Вестник АГИУВ. 2015. №1-2.

188. *Султангалиева Д.А.* Современные критерии ограничения компетенций пациента: категории и группы с позиции биоэтики// Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-2. – С. 184-185.

189. *Таджиев И.Я., Белостоцкий А.В., Бударин С.С.* Качество медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы в оценках пациентов и врачей // Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №2. – С.100-106

190. *Теунова Д.Н.* Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики // Биоэтика – 2014 – № 2 (14) 2014 – С.44-46

191. *Титова Е.Я.* Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения // Анализ риска здоровью. 2017. №1.

192. *Толкунов В.И.* Профессиональная роль врача-хирурга в современной России: автореферат…к.мед.н. – Волгоград. – 2010. – 28 с.

193. *Толкунов В.И.* Индивидуальная профессионализация в медицине: девиации в профессиональной роли врача // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. – 2010. - № 2(26). – С.9-11.

194. *Толкунов В.И.* Научные исследования профессиональной деятельности: проблемы нормативной и этической регуляции // Международный журнал экспериментального образования. – 2010. – № 9. – С.85-86.

195. Тощенко Ж.Т. Социология жизни: поиск ответа на научные и общественные вызовы // Гуманитарий Юга России. - 2015. - №3. – С.156-160.

196. *Турушева А.В., Фролова Е.В., Дегриз Ж.М.* Эволюция теории старческой астении // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2017. №1.

197. *Улумбекова Г.Э.* Здравоохранение России. Что надо делать?. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.

198. Улумбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в российской федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. - №4(10). – С.36-44.

199. Улумбекова Г.Э. Актуальность стратегии по формированию у населения РФ приверженности здоровому образу жизни и рекомендации по доработке межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г // Оргздрав: новости, мнения, обучение. – 2018. - №1(11). – 30-35.

200. Улумбекова Г.Э. Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в российской федерации и ключевые задачи кадровой политики на период до 2020 г // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2010 - №1(1). – С.11-24.

201. Федеральная служба государственной статистики: официальный сайт [Электронный ресурс]: режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo14.xls (Дата обращения: 24.11.2018)

202. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования: официальный сайт [Электронный ресурс]: режим доступа: http://www.ffoms.ru/news/ffoms/v-foms-obsudili-plany-na-2018-god/?sphrase_id=102005 (Дата обращения: 24.11.2018)

203. *Федина Н.В.* Проблема профессионального риска и качества жизни врачей // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №6. – С. 28-34.

204. Федорова Л.М. Рисковые факторы в процессах профессионализации патологической анатомии // Вестник ТГУ. 2009. №5 (73).

205. *Финаева Е.П.* Обеспечение прав пациента как проблема модернизации национального законодательства // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.253.

206. *Финченко Е.А., Шалыгина Л.С., Садовой М.А., Мамонова Е.В., Шалыгина А.В.* Некоторые аспекты кадрового обеспечения здравоохранения в Сибирском федеральном округе // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – №4. – С. 280-286.

207. *Хальфин Р. А., Таджиев И. Я.* Организация здравоохранения в США. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. 2012. №9.

208. *Хальфин Р. А., Таджиев И. Я.* Организация здравоохранения в США. Часть 2 // Менеджер здравоохранения. 2012. №10.

209. *Хан А.А.* Биоэтическое содержание «вреда» в современной медицинской практике (на примере кейс-стади) // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.57

210. Хекхаузен. Х. / Х. Хекхаузен. — 2-е изд. — СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. — 860 с Педагогика, 1986. Т.1 - 480 с.; Т.2 - 398 с.

211. *Худякова Д.В.*Биоэтика и современная медицинская практика: «благо» и «здоровье» // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.57-58

212. *Хьюз Э.Ч.* Социальная роль и разделение труда (перевод с англ В.Г. Николаева источника Hughes E.C. The Sociological Eye: Selected Papers. Chicago. N.Y.: Aldine-Atherton, 1971, P.304-310) // Социологические исследования. – 2009 . - № 8 – С.46-52

213. Цыбикова Л.Х. Идентичность личности как многомерная компетенция // Вестник бурятского государственного университета. – 2016 – №15. – С.69-71.

214. *Цымбал Д.Е., Коршевер Н.Г., Завалёва Е.В.* Управление адаптацией выпускников медицинских вузов к условиям самостоятельной профессиональной деятельности // Вестник Росздравнадзора.- 2014. - №1. С.62-65.

215. *Чеботарева О.А.* Патернализм в отечественной медицине: дисс. канд.соц.наук: 14.0052 (социология медицины) - Волгоград.- 2006. -132 с.

216. *Чеканин И.М.* Личностные профессиональные компетенции специалиста со средним медицинским образованием // Наука, образование, общество. - 2017. - № 1 (11). - С. 132-139.

217. *Чеканин И.М.* Социально-психологический контент профессионального образования // Международный журнал экспериментального образования. - 2016 - № 3 (часть1) – С.105-106.

218. *Чередниченко Г.А.* Образовательные и профессиональные траектории российской молодежи (на материалах социологических исследований). – М.: ЦСП и М, 2014. – 560 с.

219. *Чередниченко Д.О.* Биоэтика в контексте инновационных технологий в медицине // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С. 50-51.

220. Шевского В.И., Шеймана И.М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015 - №1. – С.143-164.

221. *Шейман И.М., Сажина С.В.* Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит кадров // Мир России. – 2018. – Т. 27. – №3. – С. 130–153.

222. *Шейман И.М., Шевский В.И.* Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ Российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – №1. – С. 143-167.

223. *Шестакова И.В.* Современные подходы к формированию компетенций медицинских специалистов // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 3-1. – С.50.

224. *Шехсаидова З.М.* Проблема подготовки кадров медицинского профиля // Международный журнал исследований культуры – 2015 - №2-2 - С.184а

225. Шишкин С.В., Темницкий А., Чирикова А. Стратегия перехода к эффективному контракту и особенности трудовой мотивации медицинских работников // Экономическая политика. – 2013. - №4. - С.27-53.

226. *Шишкина Е.А., Куандыков Г.Б.* Удовлетворённость оказанием медицинских услуг как показатель эффективности работы лечебно-профилактического учреждениям// Социология медицины. – 2017. – Т.16. - №2. – С.122-126

227. *Шкаратан О.И., Ястребов Ш.А.* Социально-профессиональная структура населения России. Теоретические предпосылки, методы и некоторые результаты повторных опросов 1994, 2002, 2006 гг. // Мир России. – 2007. - № 3.

228. *Шлепцова М.В., Фролова Е.В.* Распространенность основных гериатрических синдромов в практике врача-гериатра амбулаторного этапа и возможности их коррекции // Российский семейный врач. 2018. №2.

229. *Штейнберг И.* Качественные методы. Полевые социологические исследования / И. Штейнберг, Т. Шанин, Е. Ковалев, А. Левинсон; под ред. И. Штейнберга. – СПб.: Алетейя, 2014. – С. 221.

230. *Шурупова Р.В.* Особенности профессиональной мотивации врачей клиницистов и основные способы стимуляции их интереса и самосовершенствования в работе // Социология медицины: наука и практика: сборник статей / Под редакцией Решетникова А.В. – М., Издательство Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, 2012

231. *Щепин В.О.* Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – №6. – С. 24-28.

232. *Эрисман Ф.Ф.* Профессиональная гигиена умственного и физического труда. – М., 1903 г. – С.145

233. Эмоциональное выгорание у медицинских работников / Семенова Н.В., Вяльцин А.С., Авдеев Д.Б., Кузюкова А.В., Мартынова Т.С. // Современные проблемы науки и образования. – 2017. - №2. – С.37.

234. Ядов В.А. «Посткоммунистические» трансформации с позиций современных теорий // Россия реформирующаяся: Ежегодник - 2004 / Отв. ред. Л.М. Дробижева. - М.: Институт социологии РАН, 2004. С. 346-355.

235. United Nations: World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables, New York, 2017.

236. Adam Smith Institute, 2004. Three quarters of NHS cash "is needed just to stay still"says think-tank, [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.adamsmith.org/cissues/health/nhsbudget.htm (Дата обращения 12.05.2015).

237. *Abaldor R.A., Brooks W.B., Warfield M.E., O' Shea K.* A survey of primary care physicans' perseptions and needs regarding the precepting of medical students in their offices. Med. Educ. - 2011 Aug. - Vol.35 (8)/ - P.789-795.

238. *Agran M., Blanchard C., Wehmeyer M., Hughes C.* Teaching students to self-regulate their behavior: the differential effects of student –vs. Teacher-

delivered reinforcement. Res Dev Disabil, 2011 Jul-Aug., Vol. 22(4). – P. 319-332.

239. Alderson A. S., Junisbai A. and Heacock I. Social Status and Cultural Consumption in the United States // Poetics. 2007. № 35

240. *Alexander C., Fraser J.* The promotion of healf careers to high school students in the New England health area: the vies of high school careers. Aust J Rural Health, 2011 Aug. – Vol. 9(4)/ - P. 145-149.

241. *Allsop J., Saks M. (eds.)* Regulating the Health professions, London: Sage, 2012.

242. Almost J., Wolff A.C., Stewart-Pyne A., McCormick L.G., Strachan D. & D'Souza C. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review // Journal of Advanced Nursing 72 (7), 1490-1505, 2016. https://doi.org/10.1111/jan.12903

243. Annandale, E., 1998. The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction. *Cambridge: Polity Press.*

244. *Abramson*, R. Some problems in medical ethics in modern psychiatric practice, UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel: Program and Book of Abstracts 2015; 84

245. *Azer S.A., Simmons D., Elliot S.L.* Rural traning and the state of rural health services: effect of rural backgraund on the perception and atttude of first-year medical students at the universsty of melbourn. Aust J Rural Health, 2011 Aug. – Vol. 9(4). – P. 178-185.

246. Atkins D.N. Connectedness and Expectations: How minority teachers can improve educational outcomes for minority students / D.N. Atkins, A.R. Fertig, V.M. Wilkins // Public Management Review. 2014. Vol. 16. Issue 4. SI. P. 503-526.

247. Apipalakul Ch., Kummoon D. The Effects of Organizational Climate to Conflict Management amongst Organizational Health Personnel // Procedia -

Social and Behavioral Sciences. 2017. Vol. 237. P. 1216-1222. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.192.

248. *Brazeau C.N., Shanafelt T., Durning S.J., Massie F.S., Eacker A., Moutier C.,Satele D.V., Sloan J.A., Dyrbye L.N.* Distrss among matriculating medical students relative to the general population. Academic Medicine, 2014, 89(11):1520-5.

249. Butler, P., 2001. Rationing of NHS services and drugs is inevitable. The Guardian, [Электронный ресурс]. Режим доступа:http://www.guardian.co.uk/society/2001/feb/06/health.nhsfinance (дата обращения: 11.09.2016)

250. *Belaski A.* College and university students present a challenge for nutritionists. J. Am. Diet. Assoc, 2011 Aug. - Vol. 101 (8). - P. 913.

251. Belfiore E. Auditing culture: the subsidised cultural sector in the New Public Management//International Journal of Cultural Policy. - 2004. - Vol. 10, No. 2. - PP. 183-202.

252. Beck, U., 1992. Risk Society: Towards a new modernity. Thousand Oaks CA: Sage.

253. *Betz C.L.* 504 refferals: an underutilized resourse for students nith special healt care needs. J. Pediatr. Nurs. , 1998 Dec. – Vol. 13(6)/ - P.329. for England. Med. Educ., 2001 Aug. - Vol.13 (6). - P.326.

254. Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health Care: A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*, *10*(2), 111–122. https://doi.org/10.1177/1094670507306682

255. Bongiovanni T, Long T, Khan AM, Siegel MD. Bringing subspecialties together: the power of intra-professional teams. J Graduate Med Educ. 2015;7:19e20.

256. Borders M.H., Cheng L., Fitzpatrick K.A., Krupinski E.A. Patient Compliance in the Setting of BI-RADS Category 3: What Factors Impact Compliance With Short-Term Follow-Up Recommendations? // Breast J. 2017 Jan; 23(1):77-82. https://doi.org/10.1111/tbj.12687

257. Burton, R., 1999. The worried well. Salon Magazine, [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.salon.com/health/col/bob/1999/09/27/patient/index.html (дата обращения 20.10.2016)

258. Bloom, P.N., 1981. American Marketing Association Special Educators Conference on the Marketing of Services, What Marketers Need to Know About the Marketing of Professional Services. American Marketing Association, pp.86-87.

259. *Braunack-Mayer A.J.* Should medical students act as surrogate patients for each other' Med. Educ., 2001 Jul. - Vol.35 (7). - P.681-686.

260. Brown, B., Crawford, P. & Carter, R., 2006. *Evidence Based Health Communication.* Maidenhead: Open University Press.

261. *Britto M.T., Klostermann B.K., Bonny A.E., Altum S.A., Hornung R.W.* Impact of a school-based invervention on access to healthcare for underserved youth. J. Adolesc Health, 2011 Aug., - Vol. 29(2). – P. 116-124.

262. Calnan, M., & Gabe, J., 2011. From consumerism to partnership? Britain's national health service at the turn of the century. *International Journal of Health Services*, 31(1), pp. 119-131.

263. Castellani B., Hafferty F. W. The complexities of medical professionalism: a preliminary investigation//Professionalism in Medicine: Critical Perspectives /ed. D. Wear, J. L. Aultman. – New York: Springer US, 2006. - PP. 3-24.

264. *Canchan J.* The classification of specialist student practice: results of an exploratory study. Nurs Edic. Today, 2011 Aug. – Vol. 21(6). – P. 487-495.

265. *Cebria J., Segura J., Copbelle S. et al.* Rasgos de personalidad y burnout en medicos de familia //Atencion Primaria. – 2011. – V.27 N.7. – P.459-468.

266. Chan T.W., Goldthorpe J.H. Social Stratification and Cultural Consumption // European Sociological Review, 2007, № 23

267. *Chen B.*, Goshen *E., Karmi T.* Freedom of expression versus respect for the profession // UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics,

Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015 / Program and Book of Abstracts – P.26-27.

268. Nguyen J, Liu MA, Patel RJ, Tahara K, Nguyen AL. Use and interest in complementary and alternative medicine among college students seeking healthcare at a university campus student health center. Complement Ther Clin Pract. 2016;24:103–108. doi:10.1016/j.ctcp.2016.06.001.

269. Czepiel, J.A., 2012. Service Encounters and Service Relationships: Implications for Research. Journal of Business Research, 20(1), pp. 13-22.

270. *Clarke, J. Dissolving the public realm*? The logics and limits of neo-liberalism//Journal of Social Policy. -2004. - Vol. 33, No.1. - PP.27-48.

271. Cooper A. The state of mind we are in: social anxiety, governance and the audit society//Psychoanalytic Studies. - 2011. - Vol. 3, No. 3/4. - PP. 349-362.

272. Coulangeon P., Lemel Y. Is 'Distinction' Really Outdated? Questioning the Meaning of the Omnivorization of Musical Taste in Contemporary France // Poetics. 2007. № 35.

273. Cruess S.J., Cruess R.L. Professionalism for medicine: opportunities and obligations//Medical Journal of Australia. - 2002. - Vol. 177 (4). - PP. 208-211.

274. Cutler D.M. Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms / D.M. Cutler, A. Lleras-Muney, T. Vogl // Oxford Handbook of Health Economics. – Oxford, 2011.

275. Dagger, T. & Sweeney, J., 2007. Service quality attribute weights: How do novice and longer-term customers construct service quality perceptions? Journal of Service Research, 10(1), p. 22-42.

276. *Davidow Z.* Less talk – more action: teaching ethics to generation Y// UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015 / Program and Book of Abstracts – P.28-30.

277. *De Valck C., Bensing J., Bruynooghe R.* Medical students' attitudes towards breaking bad news: an empirical test of the World Health Organization model. Psychooncology. – 2001 Sep-Oct/ - Vol.10(5)/ - P.398-409.

278. Department of Health, 2007. The impact of personally initiated x-ray computed tomography scanning for the health assessment of asymptomatic individuals. London: Department of Health.

279. *Dyrbye L.N., West C.P., Satele D., Boone S., Tan L., Sloan J., Shanafelt T.D.* Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Academic Medicine, 2014, 89(3):443-51.

280. *Donika A.D.*/ Designing of the social status in conditions of the educational environment of the tertiary school / Donika A.D., Karkhanin N.P.// European Journal of Natural History. - 2009. - № 4. С. 11.

281. Donika A. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role. International Journal of Emergency Mental Health. 2015. Т. 17. № 4. С. 714-716.

282. Donika A.D. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role. International Journal of Pharmacy and Technology. 2016. Т. 8. № 2. С. 13746-13761.

283. Donika A.D. Modern trends of research of professiogenesis problem on the model of medical specialties: Human Ecology 2017; 2:52-56.

284. Donika A., O.Bermant-Polyakova Assessment doctors' emotional stability under extreme state as tool for preclinical diagnostic // Applied PSYCHOLOGY and Psychoterapy 2015; 1:2-5 [Электронный ресурс]: режим доступа: http:// applied.world- psychoterapy.com/article.php?post=464.

285. *Dongmei Xiong et al.* Medical ethics teaching reform and practice in local medical university of China: UNESCO Chair in Bioethics 12th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Limassol, Cyprus, March 21-23, 2017; Book of Abstracts: 78.

286. *Donika A.* Problem formation of the ethical regulators of the physician professional activities // UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015 / Program and Book of Abstracts – P.31 (www.bioethics-conferences.com)

287. Donika A, “First aid” as the problem of implementation of international norms into national legislation in “non-stop” regime // ABSTRACT BOOK – WCML2012 / CBDS2012{MACEIO, BRAZIL – AUGUST 2012}. – p.116. - [Электронный ресурс] : www.2012wcml.com / www.abds.org.br.

288. Donika A. Sociolodical studies in medicine: Bioethical content (Russian experience) // Medicine and LawVolume 37, Issue 2, June 2018, Pages 315-326

289. *Brazeau C.N., Shanafelt T., Durning S.J., Massie F.S., Eacker A., Moutier C.,Satele D.V., Sloan J.A., Dyrbye L.N.* Distrss among matriculating medical students relative to the general population. Academic Medicine, 2014, 89(11):1520-5.

290. *Dyrbye L.N., West C.P., Satele D., Boone S., Tan L., Sloan J., Shanafelt T.D.* Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Academic Medicine, 2014, 89(3):443-51.

291. Friedson, E., 2001. Professionalism: The Third Logic. Chicago: University of Chicago Press.

292. *Karpovich A.V.* Socially-psychological determinants professional competetions / A.D.Donika, A.V.Karpovich // European journal of natural history/ - 2011- № 1 – p.57.

293. Kapur, N., Hunt, I., Lunt, M., McBeth, J., Creed, F. & MacFarlance, G., 2004. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care - a cohort study. *Psychological Medicine*, 34, pp.719-28.

294. Kicherova M.N., Efimova G.Z., Khvesko T.V. Early Professional Socialization of University Students in Russia // Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015. Vol. 200. P. 442-448

295. *Kottek, S.* Jewish medical ethics: on physicians' prayers – devotion to the lord, devotion to the patient, UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel: Program and Book of Abstracts 2015; 44-45.

296. Kuusio, H/ Organizational commitment among general practitioners: a cross sectional study of the role of psychosocial factors / H. Kuusio [et al.] // Scand J Prim Health Care. – 2010/ - Vol. 28, №2. – P.28-36.

297. Kuusio, H/ Inflows of foreign-born physicians and their access to employment and work experiences in health care in Finland: qualitative and quantitative study / H. Kuusio [et al.] Hum Resour Health. – 2014.

298. *Edwards R., Rowson M., Piachaud J*. Teaching international health issues to medical students. Med. Educ. – 2011 Aug. – Vol.35 (8). – P.807-808.

299. Enright, M., 2006. The marketing profession: evolution and future. The Journal of Public Affairs, 6, pp.102-110.

300. *Espelage D.L., Bosworth K., Simon T.R.* Short-term stability and prospective correlates of bullying in middle-school students: an examination of potential demographic, psychosocial and environmental influences. Violence Vict. – 2011 Aug. – Vol.16 (4). – P.411-426.

301. *Evans K.G., Dirks S.J*. Relationships of admissions data and measurements of psychological constructs with psychomotor performance of dental technology students. J. Dent. Educ. – 2011 Sep. – Vol.65 (9). – P.874-882.

302. Evans, D., 2004. Introduction. In D. Evans & P. Cruse, eds. Emotion, evolution and rationality. Oxford: Oxford University Press.

303. Evans M.D.R., Kelly J. Subjective Social Location: Data from 21 Nations // International Journal of Public Opinion Research. 2004/ - № 16 (1)

304. *Fielding R.* Life in the fast lane: student life in the University of Hong Kong's new medical curriculm. Med. Educ. – 2011 Jul. – Vol. 35(7). - P. 702.

305. *Floud R.* Government and higher education: the approach to regulation//The public responsibility for higher education and research / ed. Weber L., Bergan S. - Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2005. - PP. 125-162.

306. *Ten Cate O, Regehr G.* The Power of Subjectivity in the Assessment of Medical Trainees. Acad Med. 2019;94(3):333–337. doi:10.1097/ACM.0000000000002495.

307. *Fredenburg K.B., Lee A.M., Solmon M.* The effects of augmented feedback on students' perceptions and performance. Res Q. Exerc. Sport. – 2011 Sep. – Vol. 72(3). – P.232-242.

308. Friedson, E., 1999. Theory of professionalism: method and Substance. International Review of Sociology, 9, p.117.

309. Friedson, E., 2001. Professionalism: The Third Logic. Chicago: University of Chicago Press.

310. Fuertes J.N., Toporovsky A., Reyes M., Osborne J.B. The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities // Patient Education and Counseling. 2017 Apr; 100(4):610-615. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.018

311. Furedi, F., 2006. Save us from the politics of behaviour. *Spiked*, [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.spiked-online.com/index.php?/site/article/1638 (дата обращения: 12.09.2016).

312. Gabe, J., Elston, M., & Bury, M., 2004. *Key concepts in medical sociology*. Thousand Oaks: Sage.

313. *Gulkizilca Yu.Incorporatinjg* medical anthropology into teaching Bioethics in medical faculty: a case example from Turkey: UNESCO Chair in Bioethics 12th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Limassol, Cyprus, March 21-23, 2017; Book of Abstracts: 78

314. Gigerenzer, G., 2002. *Reckoning with risk.* London: Penguin.

315. *Giordani B., Edwards A.S., Segal S.S., Gillum L.H., Johnson N.* Effectiveness of a formal post-baccalaureate pre-medicine program for underrepresented minority students. Acad. Med., 2001 Aug. – Vol.76 (8). - P.844-848.

316. *Godolphin W., Towle A., McKendry R*. Challenges in family practice related to informed and shared decision-making: a survey of preceptors of medical students. CMAJ, 2001 Aug. – Vol.165 (4). – P.434-435.

317. Grönroos, C., 2006. Service marketing and management: A Customer Relationship Management Approach. (2 ed) Lexington MA: Lexington Books;

318. Grönroos, C., 2007. Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition. Chichester: John Wiley & Sons.

319. *Gordon Rouse K.A.* Resilient students' goals and motivation. J.Adolesc., 2001 Aug. – Vol.24(4). – P.461-472.

320. Martínez C, Baena A, Castellano Y, et al. Prevalence and determinants of tobacco, e-cigarettes, and cannabis use among nursing students: A multicenter cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2019;74:61–68. doi:10.1016/j.nedt.2018.11.018

321. *Crosnoe R., Mistry R., Elder G.* Economic disadvantage, family dynamic and adolescent, enroliment in higher education / Journal of marriage and family. August 2002. p.701.

322. Health Professions Council, 2008. About Registration, [Электронный ресурс]. Режим доступа http://www.hpc-uk.org/aboutregistration/professions (дата обращения: 10.09.2016).

323. Hopkins, A., 1990. Measuring the quality of medical care. Royal College of Physicians of London: Kings Fund Centre for Health Services Development. P. 55

324. Hudson, R., 2011. NHS attitude to marketing. Kane and Morrison [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.kaneandmorrison.com/2007/nhs-attitude-to-marketing (дата обращения: 22.09.2016).

325. *Ham C, Alberti K.G*. The medical profession, the public, and the government//British Medical Journal. - 2002. - Vol. 324. - PP. 838-842.

326. Hamlin L. Legal and ethical implications of indigenous genomics: UNESCO Chair in Bioethics 12th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Limassol, Cyprus, March 21-23, 2017. Program and Book of Abstracts. 2017.p.78.

327. *Henry R.C., Wright D.E.* When do medical students become human subjects of reseach' The case of program evaluation. Acad. Med., 2001 Sep., - Vol.76 (9). – P.871-875.

328. Hogg, G., Laing, A., & Winkleman, D., 2002. The Internet Empowered Consumer Working Paper. Glasgow Caledonian University Division of Marketing

04/02; Hogg, G., Laing, A.W., and Newholm, T., 2005. Crisis of confidence: Re-narrating the consumer-professional discourse. Advances in Consumer Research, 32 (1), pp. 514-521.

329. Boggiano VL, Wu Y, Bruce JS, Merrell SB, Schillinger E. Patient-Centered Care Challenges and Surprises: Through the Clerkship Students' Eyes. Fam Med. 2017;49(1):57–61.

330. *Janing J.* Linking teaching approaches and learning styles: how can it help students' Emerg. Med. Serv., - 2011 Sep. – Vol.30 (9). – P. 77-85.

331. George KS, Roberts CB, Beasley S, Fox M, Rashied-Henry K; Brooklyn Partnership to Drive Down Diabetes (BP3D). Our Health Is in Our Hands: A Social Marketing Campaign to Combat Obesity and Diabetes. Am J Health Promot. 2016;30(4):283–286. doi:10.1177/0890117116639559.

332. Kapur, N., Hunt, I., Lunt, M., McBeth, J., Creed, F. & MacFarlance, G., 2004. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care - a cohort study. Psychological Medicine, 34, pp.719-28.

333. Khalid S., Fatima I., Khan W. Types of Conflicts in Doctors in Private and Public Sector Hospitals // Annals of King Edward Medical University. 2016. Vol. 22, N 2. https://doi.org/10.21649/akemu.v22i2.1298.

334. *Khoo H.E., Chem R.K., Gwee M.C., Balasubramaniam P.* Introduction of problem-based lerning in a traditional medical curriculum in Singapore-students' and tutors' perspectives. Ann. Acad. Med. Singapore, 2011. - Vol. 30(4) - P.371-374.

335. *Kottek S.* Jewish medical ethics: on physicians' prayers – devotion to the lord, devotion to the patient // UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015 / Program and Book of Abstracts – P.44-45.

336. Kraaykamp G., van Eijck K., Ultee W., van Rees K. Status and Media Use in the Netherlands. Do Partners Affect Media Tastes? // Poetics. 2007. № 35.

337. Lacy B. E., Chan J. L., Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis // Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2018. Vol. 16, issue 3. P. 311-317. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043.

338. Lafortune G., Moreira L. Trends in Supply of Doctors and Nurses in EU and OECD Countries. // Expert Group Meeting on European Health Workforce. 16 November 2015, Brussels.

339. Jung M. Digital Health Care and the Fourth Industrial Revolution. Health Care Manag (Frederick). 2019;38(3):253–257. doi:10.1097/HCM.0000000000000273.

340. Langendyk V. et al. Imagining alternative professional identities: Reconfiguring professional boundaries between nursing students and medical students //Academic Medicine. 2015. Vol. 90. № 6. P. 732-737.

341. *Lee J., Graham A.V.* Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. Med. Educ, 2001 Jul. – Vol.35 (7)- P.652-659.

342. Lefebvre, R., 2009. What the heck is health marketing? On Social Marketing and Social Change, [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://socialmarketing.blogs.com/r_craiig_lefebvres_social/2006/08/ what_the_heck_i.Html (дата обращения: 12.09.2016)

343. MacArthur B. L., Dailey S. L., Villagran M. M. Understanding healthcare providers' professional identification: The role of interprofessional communication in the vocational socialization of physicians // Journal of Interprofessional Education & Practice. 2016. Vol. 5. P. 11-17. https://doi.org/10.1016/j.xjep.2016.09.001.

344. *Madrigal De Leon E.A., Hidalgo San Martin A., Nuco Gutierrez B.L., Rasmussen Cruz B., Cortes Solis C.H.* Student satisfaction with the student health service at Escuela Preparatoria No 5 in Guadalaria, Mexico. J. Sch. Health, 2008 Aug. – Vol.71 (6). – P. 242-244.

345. Macinko J., Starfield B., Shi L., (2003) The Contribution of Primary Care Providers to Health Outcomes within OECD Countries, 1970-1998 // Health Services Research, no 38, pp. 831-865.

346. Admi H, Moshe-Eilon Y, Sharon D, Mann M. Nursing students' stress and satisfaction in clinical practice along different stages: A cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2018;68:86–92. doi:10.1016/j.nedt.2018.05.027.

347. *Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P.* Job Burnout // Annual Review of Psychology. – 2011. – Vol.52. – P.397-422.

348. *Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory. MBI Manual (3rd Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.*

349. Newman, R., Walker. E. And Gefland, A., 1999. Assessing the ethical costs and benefits of trauma focused research. General Hospital Psychiatry, 21, pp.187-96.

350. Montgomery K., Lipworth W. Role-Related Conflicts and Value-Laden Quandaries Confronting Today's Medical Professionals // Medical Professionals: Conflicts and Quandaries in Medical Practice. New York, 2019. P. 3-9.

351. *O'Keefe M., Sawyer M., Roberton D*. Medical student interviewing skills and mother-reported satisfaction and recall. Med. Educ., 2001 Jul. – Vol.35 (7). – P.637-644.

352. Fan C, Jiang B, Shi X, Wang E, Li Q. Update on research and application of problem-based learning in medical science education. Biochem Mol Biol Educ. 2018;46(2):186–194. doi:10.1002/bmb.21105.

353. *Parsons T.* The Professions and Social Structure (1939). // Parsons T. Essays in Sociological Theory (Revised Edition. New-York the free Press. – 1966. - p.34-36.

354. *Parsons T.* Professions. // International Encyclopedia of the Social Sciences.,The Macmillan Company & The Free Press. – 1968. – p.536-547.

355. *Parsons T.* Remarks on Education and the Professions., The International Journal of Ethics. – 1937. – p.365-381.

356. *Parsons T.* Propaganda and Social Control., Psychiatry 5, 1942. – p.551-572.

357. *Parsons T.* Sociology of healtf and illness and related topics. / Action Theory and the Human Condition., New York, The Free Press. – 1978. – p11-82.

358. *Paul E.* Student operator-assistant pairs system. Br. Dent. J., 2001 Aug. – Vol. 191(4). - P. 172.

359. Palmer, A., and Bejou, D., 2010. The future of relationship marketing. Journal of Relationship Marketing, 4, pp. 1–10.

360. *Papakonstantinou K.* Genetic manipulation, moral enhancement and free will: UNESCO Chair in Bioethics 12th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Limassol, Cyprus, March 21-23, 2017. Program and Book of Abstracts. 2017; 50.

361. *Pepys, M.B.,* 2007. Science and serendipity. Clinical Medicine, 7(6), pp.562-578.

362. *Perry H.B.* Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an over- view of their history, recent evolution, and current effectiveness / H.B. Perry, R. Zulliger, M.M. Rogers // Annu Rev Public Health. – 2014. – Vol. 18. – № 35. – P. 399–421.

363. *Phillips P.S., Nolan J.P.* Training in basic and advanced life support in UK medical schools: questionnaire survey. BMJ, 2011 Jul. – Vol. 323(7303). – P.22-23.

364. *Perlman B., Hartman E. A.* «Burnout»: summary and future and research // J. Human relations. 1982. Vol. 14. N 5. P. 153–161.

365. *Peters, T.,* 2008. Healthcare Master—Ten Years in the Making! [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.tompeters.com/slides/special.php (дата обращения: 12.09.2016).

366. *Pranoto A.*, Pariani S. Doctor competencies in medical ethics and effective communication skill among the Alumni of facuity of medicine universitas Airlangga // UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015 / Program and Book of Abstracts – P.79.

367. *Reicher-Atir R., Turkenich S., Cohen-Zubary N., Tadmor B.* Ethics and professionalism: one and the same: UNESCO Chair in Bioethics 10th World

Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015. Program and Book of Abstracts. 2015; 62-63

368. Regulation of Health professions in Ontario: New Directions. – Ontario government. 2006, http: // www. health gov.on.ca/english/puplic/Dub/ministry_reports/new_directions/new_direction s.pdf

369. Royal College of General Practitioners, 2004. Information Sheet No.3: General Practitioner Workload (April). London: Royal College of General Practitioners.

370. *Reicher*-Atir R., Turkenich S., Cohen-Zubary N., Tadmor B. Ethics and professionalism: one and the same // UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel, January 6-8, 2015 / Program and Book of Abstracts – P.62-63.

371. *Sacchi O.* La persona, una bottiglia nel mare. Intervista a Giuseppe Limone. Napoli: Liguori; 2012; 2:157-176, p.169

372. *Sennett. R.* The Craftsman. - London: Allen Lane, 2008. - 216 P.

373. Semiz S. et al. Bioethical perspectives in Pharmacogenomics & precision medicine: physicians views & attitudes: UNESCO Chair in Bioethics 12th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Limassol, Cyprus, March 21-23, 2017. Program and Book of Abstracts. 2017; 63.

374. *Schmitz N., Neumann W., Oppermanne R.* Stress, burnout and locus of control in German nurses // Int. J. Nurs.Stud. – 2008/ - Vol. 37 N.2. – P.95-99.

375. Scandlen, G., 2009. Consumer-Driven Health Care: Just A Tweak Or A Revolution? Health Affairs, 24(6): 1554-1558.

376. Shishkin S., Temnitsky A. From salary to the performance-based remuneration of russian physicians: how motivation at work is changing: Research project implemented as part of the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE).2017.

377. The role of emotional schemas in anxiety and depression among russian medical students / Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V. // Psychology in Russia: state of the art. -2018. – T.11. - № 4. – C.130-143.

378. Thompson, C., Rindfleisch, A. & Zeynep, A., 2006. Emotional Branding and the Strategic Value of the Döppelganger Brand Image. Journal of Marketing, 70.

379. *Thompson M.J.* Do international medical graduates fill the gap in rural primary care in the United States? A national study / M.J. Thompson [et al.] // J Rural Health. – 2009. – Vol. 25. – № 2. – P. 124–134.

380. Thomas S., Fine M., & Ibrahim S., 2004. Health Disparities: The Importance of Culture and Health Communication. American Journal of Public Health, 94(12):2050-2050.

381. Thorpe, K. E., 2005. The rise in health care spending and what to do about it. *Health affairs (Project Hope)*, 24(6): 1436-1445.

382. Tallis, R., 2005. Hippocratic Oaths. Medicine and its Discontents. London: Atlantic Books.

383. Villagran MM, Weathers MR. Providers' perspectives on health communication: influences, processes, and outcomes. In: Harrington N, ed. Handbook of Health and Communication Studies. London: Routledge; 2014.

384. *Westberg K., Llynie N., Laos A., Lufgren M.,* Sandlund M. Getting informed conset from patients to take part in the clinical traning of students: randomised trial of two strategies. BMJ, 2011. – sep. 1. – Vol. 323 (7311). – P. 488.

385. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://mintrud.donland.ru/Default.aspx?pageid=57903 (дата обращения: 01.02.2019)

386. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.rbc.ru/newspaper/2019/04/04/5ca399a89a79471c9288034f (дата обращения: 19.07.2019)

387. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people-centredness [электронный ресурс] // WHO: Regional office for Europe. – URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf (дата обращения 17.05.2019)

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Бланк анкеты социологического опроса врачей первичного звена.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Управление Здравоохранения г. Ростова-на-Дону совместно с Ростовским государственным медицинским университетом проводит изучение основных аспектов работы и жизни врачей первичного звена (участковых врачей терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей) в рамках проекта, направленного на устранения проблемных зон в работе врачей и улучшения качества их жизни. Просим Вас принять участие в данном социологическом исследовании. Опрос носит анонимный характер. Все полученные данные будут использоваться только в обобщенном виде.

Благодарим Вас за согласие принять участие в нашем исследовании!

1. Пол (нужное подчеркнуть):
1.1 – муж;
1.2 – жен.

2. Возраст (нужное подчеркнуть):
2.1 – до 29 лет;
2.2 – 30-39 лет;
2.3 – 40-49 лет;
2.4– 50-59 лет;
2.5 – 60 лет и старше.

3. Семейное положение (нужное подчеркнуть):
3.1 – женат (замужем);
3.2 – холост (не замужем);
3.3 – разведен (разведена);
3.4 – вдовец (вдова).

4. Ваша специальность по сертификату (впишите) _____

5. Категория или ученая степень (нужное подчеркнуть):
5.1 – не имею;
5.2 – вторая;
5.3 – первая;
5.4 – высшая;
5.5 – к.м.н.;
5.6 – д.м.н.

6. Стаж работы по данной специальности (нужное подчеркнуть):
6.1 – до 5 лет;
6.2 – 6-10 лет;
6.3 – 11-20 лет;
6.4 – 21-30 лет;
6.5 – более 30 лет.

7. Вы работаете (нужное подчеркнуть):
7.1 – на 0,25 ст.;
7.2 – на 0,5 ст.;
7.3 – на 0,75 ст.;
7.4 – на 1,0 ст.;
7.5 – на 1,5 ст.;
7.6 – больше 1,5 ст.

8. Укажите, сколько кв.метров жилой площади приходится на 1-го члена Вашей семьи (впишите) _____

9. Имеете ли Вы в собственности (нужное подчеркнуть):
9.1 – отдельную квартиру;
9.2 – дом;
9.3 – садовый участок;
9.4 – огород;
9.5 – личное подсобное хозяйство;
9.6 – автомобиль;
9.7 – гараж;
9.8 – катер;
9.9 – мастерскую;
9.10 – торговую точку.

10. Ваши жилищные условия:
10.1 – изолированная государственная квартира;
10.2 – коммунальная государственная квартира;
10.3 – ипотечное жилье;
10.4 – собственный дом;
10.5 – общежитие;
10.6 – квартира гостиничного типа;
10.7 – арендуемое жилье;
10.8 – другое (впишите) _____

11. Укажите средний доход в рублях на 1-го члена Вашей семьи в месяц (впишите) _____

12. Оцените, пожалуйста, материальное положение Вашей семьи:
12.1 – денег постоянно не хватает, от многого приходится отказываться; 12.2 – хватает на ежедневные расходы;
12.3 – в основном денег хватает;
12.4 – имеем возможность откладывать небольшие сбережения;
12.5 – живем обеспеченно, можем позволить себе все.

13. Источник дохода Вашей семьи (нужное подчеркнуть):
13.1 – заработок отца семейства;
13.2 – заработок матери;
13.3 – пенсии родителей;
13.4 – компенсации на детей;
13.5 – заработок детей;
13.6 – стипендии детей;
13.7 – пособия (какие именно - впишите) _____;
13.8 – доходы от личного подсобного хозяйства;
13.9 – помощь родителей (родственников);
13.10 – другие источники (впишите, какие) _____

14. Имеете ли Вы в пользовании персональный компьютер на работе:
14.1 – да;
14.2 – нет.

15. Есть ли у Вас доступ в Интернет на работе:
15.1 – да;
15.2 – нет.

16. Как вы оцениваете состояние своего здоровья (нужное подчеркнуть):
16.1 – отличное;
16.2 – хорошее;
16.3 – удовлетворительное;
16.4 – плохое;
16.5 – очень плохое.

17. Что вы считаете для себя главным в жизни (отметьте 2-3 пункта):
17.1 – работа, соответствующая квалификации и профессиональному опыту;
17.2 – материальное благополучие;
17.3 – нормальные жилищные условия;
17.4 – здоровье;
17.5 – семейное благополучие;
17.6 – успехи детей;
17.7 – возможность проявить свои способности;
17.8 – отдых, культура;
17.9 – другое (впишите)_____

18. Как Вы физически и психологически восстанавливаетесь после работы (отметьте варианты):

18.1 – занимаюсь повседневными домашними делами;
18.2 – общение с близкими и детьми;
18.3 – просмотр телевизора;
18.4 – чтение художественной литературы;
18.5 – прогулки на свежем воздухе;
18.6 – занятия физкультурой, фитнесом и др.;
18.7 – употребление спиртного.

19. **Какие из перечисленных мотивов являются определяющими, на Ваш взгляд, в работе в**рача сегодня (выберите не более 5 вариантов ответов):

1	**Возможность заработать деньги на жизнь**	
2	**Возможность реализовать себя в профессии**	
3	**Сострадание и помощь больному**	
4	**Профессиональный рост**	
5	**Возможность завоевать уважение коллег**	
6	**Возможность сделать карьеру**	
7	**Гарантия занятости**	
8	**Невозможность устроиться в регионе на другую более оплачиваемую работу по медицинской специальности**	
9	**Уважение, поддержка семьи и близких друзей**	
10	**Возможность помочь себе и близким в сохранении здоровья**	
11	**Расширение возможностей общения с другими людьми**	

20. Как бы Вы в целом оценили изменения в Вашей профессиональной деятельности за прошедшие 3 года:

20.1 – улучшились;
20.2 – не изменились;
20.3 – ухудшились;
20.4 – затрудняюсь ответить.

21. Как Вы считаете, что могло бы более действенно стимулировать врачей к лучшей работе (выберите не более 5 вариантов ответов):

1.	**Справедливая оплата труда**	
2.	**Расширение перечня медицинских услуг, оказываемых на платной**	

	основе	
3.	**Расширение возможностей для получения дополнительного заработка**	
4.	**Предоставление врачам социальных льгот (социального пакета)**	
5.	**Создание возможностей для профессионального роста**	
6.	**Создание комфортных условий труда, например, удобное помещение для приема больных, наличие комфортной комнаты отдыха для медперсонала**	
7.	**Наличие хорошего, современного медицинского оборудования**	
8.	**Наличие столовой (буфета) для сотрудников**	
9.	**Введение в штат поликлиники медицинского психолога**	

22. Какие отношения с подчиненными для Вас предпочтительнее (выберите один вариант ответа):

1	**Деловые, необходимые для выполнения профессиональных обязанностей**	
2	**Дружеские, доверительные на работе**	
3	**Дружеские, личные отношения и вне работы**	

23. Применялись ли за последний год к врачам вашего медицинского учреждения какие-либо санкции (укажите все, что имело место):

23.1 – увольнение;
23.2 – выговор;
23.3 – предупреждение;
23.4 – возбуждение уголовного дела;
23.5 – ничего из перечисленного не применялось;
23.6 – затрудняюсь ответить;
23.7 – другое (впишите)_____

24. Считаете ли Вы, что Ваша профессия престижна:

24.1 – да;
24.2 – скорее да, чем нет;
24.3 – скорее нет, чем да;
24.4 – нет;
24.5 – затрудняюсь ответить.

25. Что положительное внедрили в поликлинике для улучшения Вашей работы:

25.1 – обеспечение рабочих мест компьютерами;

25.2 – доступ в интернет;
25.3 – внедрение электронной медицинской карты;
25.4 – упорядочение записи на прием к врачу;
25.5 –улучшение взаимодействия между различными подразделениями.

26. Реализация системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности позволила:
26.1 – повысить ответственность медицинского персонала;
26.2 – улучшить качество медицинской помощи;
26.3 – потребовала увеличить объем «бумажной» работы;
26.4 – не дала ожидаемого эффекта.

27. Как за последние 3 года изменились взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентами:
27.1 – улучшились, стало больше взаимопонимания;
27.2 – не изменились;
27.3 – стали хуже, т.к. пациенты излишне требовательны;
27.4 – стали хуже в связи с большей информированностью пациентов в медицинских вопросах.

28. Рассматривая все обстоятельства вашей жизни в целом, скажите, пожалуйста, в какой степени Вы испытываете чувство удовлетворенности или неудовлетворенности отдельными сторонами жизни (отметьте):

	Да, полностью	Скорее да	И да, и нет	Скорее нет	Нет, совсем не удовлетворен	Затрудняюсь ответить
Баллы	5	4	3	2	1	0
Жилищные условия						
Образование						
Профессией, специальностью						
Размером заработной платы						
Материальным положением семьи						
Тем, что вы достигли в жизни						
Жизнью в целом						

29. Что с Вашей точки зрения в полной мере мешает реализации утвержденных Минздравом РФ клинико-диагностических стандартов:
29.1 – отсутствует необходимое оборудование;
29.2 – отсутствуют необходимые лекарственные средства;

29.3 – не хватает врачей, другого медперсонала;

29.4 – медицинские работники недостаточно обучены применению стандартов лечения;

29.5 – низкое качество утвержденных стандартов;

29.6 – ничего не мешает;

29.7 – утвержденные стандарты отсутствуют;

29.8 – затрудняюсь ответить;

29.9 - другое (укажите)_____ _____

30. Если Вас не затруднит, укажите 2-3 рекомендации, которые могут улучшить Вашу работу: _____
_____
_____
_____

Приложение 2

Сценарий фокус-группы

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ. Изложение целей данного заседания. Определение состава группы. Знакомство с каждым респондентом и указания на общие контуры проблемы.

Модератор: Уважаемые коллеги! Мы проводим исследование возможных трансформаций профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях России. Вам хорошо известно, в каких сложных условиях приходится сегодня работать врачу. Возрастают требования к профессии, увеличивается нагрузка на врача, это, безусловно, вызывает изменение отношение врача к своей профессии, отношения внутри коллектива, с пациентами. Согласно, данным социологических исследований врачу приходится исполнять более 12 социальных ролей. Сегодня мы хотим обсудить, как расширился профессионально-ролевой репертуар участкового врача, и как это может отразиться на его профессиональной деятельности.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ:

Модератор: Уважаемые коллеги, предлагаю приступить к дискуссии. Прошу излагать свою точку зрения, Ваше мнение очень важно, если у других участников возникают вопросы, пожалуйста, задавайте их друг другу в ходе дискуссии. Я предлагаю начать с Вашего представления о том, какие задачи сегодня приходится выполнять участковому врачу помимо основной – лечения. Какие вопросы приходится Вам решать в повседневной профессиональной деятельности?

- Достаточно ли Вам времени для приема пациентов? Сколько, на Ваш взгляд, времени, минимально достаточно? А оптимальное время?

- Как Вы относитесь к электронной записи на прием? Принесло это реальное облегчение для Вас?

- Много ли времени у Вас уходит на оформление документации?

- Как вы относитесь к процедуре аттестации: как она выполняется своевременно по времени (редко, часто), насколько профессионально подобрана комиссия, как проходит процедура с точки зрения этики, много и времени занимает процедура оформления?

- Как Вы относитесь к повышению квалификации и переподготовке? Какие формы и виды Вам более удобны? (дистанционно, семинары, короткие (дни, неделя), как рабочее прикомандирование и др.

- Считаете ли Вы свою зарплату достойной? Если нет, как отражается это на семье, не приводит ли это к конфликтам в семье?

- Достаточно ли времени Вы уделяете семье. Если есть дефицит, связано ли это с работой?

- Часто ли у Вас возникают конфликты на работе (каждый день, раз в неделю, месяц, редко). С чем они обычно связаны (с руководством, коллегами, пациентами)?

- Как Вы можете охарактеризовать современного пациента (информированный, скандальный, нетерпеливый, понимающий, требующий слишком много, не уважает врача и т.д.)?

- Как вы оцениваете внедрение стандартов лечения? Не считаете ли Вы, что это ограничивает врача, или наоборот, перегружает лишними процедурами?

- Как Вы относитесь к профессиональным сообществам (Ассоциации терапевтов, специалистов и др). Являетесь ли вы членом такой организации?

- Посещают ли Вас мысли о смене профессии, специальности, поля деятельности (например, уйти в вуз, колледж, науку и др.)?

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ.

Модератор: Уважаемые коллеги, предлагаю подвести итоги нашей беседы. Какие роли, на Ваш взгляд, сегодня выполняет участковый врач? Из нашего общения получается, что кроме роли врача, выполняющего диагностику и лечение, врач еще вникает в проблемы пациента, сочувствует и предлагает решения, много времени уделяет оформлению документации, должен ориентироваться в современных лекарственных средствах, обращаться в Интернет в поисках новой информации: статьи, монографии., участвовать в конференциях, ориентироваться в законах, и т.п . Чем еще можно дополнить этот перечень?

Приложение 3

Бланк анкеты для социологического опроса пациентов поликлиники

Анкета №

УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

За последние годы по поручению Президента РФ В.В. Путина Правительством и Минздравом РФ реализовано в жизнь много мероприятий, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи. Управление Здравоохранения г. Ростова-на-Дону очень интересует Ваше мнение, как после проведенных мероприятий изменилась работа поликлиник и врачей первичного звена (участковых врачей-терапевтов).

Анкета анонимная, поэтому Вы можете быть предельно откровенными, формируя ответ на поставленный вопрос.

Заранее Вам благодарны!

1. Знаете ли Вы, сколько у Вас хронических заболеваний:

   1.1 – нет ни одного;
   1.2 – одно;
   1.3 – два;
   1.4 – три и более.

2. Какие заболевания требуют постоянного обращения за медицинской помощью (впишите):_____.

3. Где Вы обычно лечитесь (проходите обследование):

   3.1– в поликлинике по месту регистрации;
   3.2– в поликлинике по месту фактического проживания;
   3.3 – в ведомственной поликлинике;
   3.4– в платной поликлинике;
   3.5– в других местах (укажите)_____.

4. Как часто за последний год Вы обращались в муниципальную поликлинику (впишите количество раз) _____;
   и по какому поводу (подчеркнуть): возникновение нового заболевания; обострение хронических заболеваний; получение больничного листа; диспансеризация; получение справок (в ГАИ, военкомат, и др.); получение санаторно-курортной карты; получение направления на медико-социальную экспертизу; другое (впишите):_____.

5. Удовлетворены ли Вы в целом (выделите подходящий вариант ответа в каждом пункте):

5.1 – жилищными условиями (да; нет; частично);
5.2 – материальным доходом семьи (да; нет; частично);
5.3 – коммунальным обслуживанием (да; нет; частично);
5.4 – транспортным обслуживанием (да; нет; частично);
5.5 – качеством образовательных услуг (да; нет; частично);
5.6 – качеством медицинских услуг (да; нет; частично).

6. Считаете ли Вы себя здоровым и трудоспособным:

6.1 – да, полностью;
6.2 – больше здоровым, чем больным;
6.3 – больше больным, чем здоровым.

7. Что Вы делаете для того, чтобы оставаться здоровым (отметьте 5 наиболее главных ответов):

7.1 – стараюсь не перерабатывать;
7.2 – стараюсь спокойно относиться к неприятностям;
7.3 – стараюсь рационально и регулярно питаться;
7.4 – не курю (курю очень мало);
7.5 – не злоупотребляю алкоголем;
7.6 – регулярно занимаюсь физкультурой;
7.7 – стараюсь наладить спокойную обстановку в семье;
7.8 – придерживаюсь нормы сна (7-8 часов).

8. Какие проблемы возникают у Вас при обращении за медицинской помощью в муниципальную поликлинику (выберите 5 наиболее важных с Вашей точки зрения ответов):

8.1 – большие очереди на прием к врачу;
8.2– считаю лечение в наших поликлиниках недостаточно квалифицированным;
8.3 – невнимательное отношение медицинского персонала;
8.4 – не удовлетворяет длительный по времени процесс обследования и лечения;
8.5 – необходимость частого посещения врача по немедицинским вопросам (получение направлений, выписок, справок, листков временной нетрудоспособности и др.);
8.6 – много платных медицинских услуг;
8.7 – дорогостоящие лекарственные средства;
8.8 – пропуски по болезни вызывают недовольство начальства на работе, способствуют нестабильности рабочего места, лишают ряда материальных благ;
8.9 – другое_____.

9. При обращении за медицинской помощью в муниципальную поликлинику в течение последнего года получали ли Вы необходимое обследование и лечение:

   9.1 – в полном объеме;
   9.2 – частично;
   9.3 – менее половины необходимого;
   9.4 – не получал вообще.

10. Исходом лечения было:

    10.1 – полное выздоровление;
    10.2 – частичное улучшение здоровья;
    10.3 – без изменений.
    10.4 – ухудшение заболевания;
    10.5 – хронизация имеющегося заболевания.

11. Что сделано в поликлинике за последнее время для повышения качества медицинской помощи (отметьте 4 наиболее значимых ответа):

    11.1 – Введена электронная запись на прием к врачу;
    11.2 – Врачи стали более внимательно относиться к больным;
    11.3 – Улучшилось лекарственное обеспечение;
    11.4 – Введена электронная очередь на прием к специалисту;
    11.5 – Уменьшилось время ожидания приема у врача;
    11.6 – Улучшилось санитарное просвещение.

12. Когда было проще попасть на прием к участковому врачу-терапевту года назад или сейчас:

    12.1 – год назад;
    12.2. – сейчас.

13. В чем, по Вашему мнению, главная причина этих изменений:

    13.1 – увеличилось число врачей;
    13.2 – уменьшилось число врачей;
    13.3 – врачи стали больше работать;
    13.4 – врачи стали меньше работать;
    13.5 – больше внимания стало уделяться профилактике заболеваний;
    13.6 – другое (впишите)_____.

14. Компетентность (профессиональный уровень) врачей:

14.1– значительно возросла;
14.2 – возросла;
14.3 – не изменилась;
14.4 – уменьшилась;
14.5 – значительно уменьшилась.

15. Взаимодействие между врачом и пациентом:

15.1– значительно улучшилось;
15.2 – улучшилось;
15.3 – не изменилось;
15.4 – ухудшилось;
15.5 – значительно ухудшилось.

16. Дисциплинированность медперсонала (присутствие на рабочем месте в рабочее время):

16.1 – значительно возросла;
16.2 – возросла;
16.3 – не изменилась;
16.4 – уменьшилась;
16.5 – значительно уменьшилась.

17. Соблюдение профессиональной этики медперсоналом (тактичность):

17.1 – значительно возросло;
17.2 – возросло;
17.3 – не изменилось;
17.4 –уменьшилось;
17.5. значительно уменьшилось.

18. Внимание (индивидуальный подход) к больным:

18.1 – значительно возросло;
18.2 Возросло;
18.3 – не изменилось;
18.4 – уменьшилось;
18.5 – значительно уменьшилось.

19. Заинтересованность в качестве своей работы:

19.1 – значительно возросла;
19.2 – возросла;

19.4 – уменьшилась;
19.5 – значительно уменьшилась.

20. Какие изменения, по Вашему мнению, произошли в работе параклинических служб (работа кабинета функциональной диагностики, лаборатории и т.д.)

20.1 – значительно улучшилось;
20.2 – улучшилось;
20.3 – не изменилось;
20.4 – ухудшилось;
20.5 – значительно ухудшилось.

21. Стало ли более доступным лечение у узких специалистов (невролог, ЛОР, окулист и др.):

21.1 – да;
21.2 – частично;
21.3 – не изменилось.

22. В течение, которого времени Вам удавалось получить консультацию узкого специалиста:

22.1 – менее недели;
22.2 – от недели до 2-х недель;
22.3 – от 2-х до 4-ч недель;
22.4 – более 4-х недель.

23. Обращаетесь ли Вы к сторонним источникам медицинской информации, чтобы уточнить важные для Вас данные до встречи с врачом-терапевтом:

23.1 – ищу информацию в Интернете;
23.2 – обращаюсь к услугам телемедицины (заочная консультация врача с использованием компьютерных технологий);
23.3 – обращаюсь к родственникам и знакомым;
23.4 – нет, не обращаюсь.

24. Обращаетесь ли Вы к сторонним источникам медицинской информации, чтобы уточнить детали после встречи с врачом-терапевтом:

24.1 – ищу информацию в Интернете;
24.2 – обращаюсь к услугам телемедицины (заочная консультация врача с использованием компьютерных технологий);

24.3 – обращаюсь к родственникам и знакомым;
24.4 – нет, не обращаюсь.

25. Как Вы относитесь к диспансеризации?

25.1 – ничего не слышал о такой возможности;
25.2 – в моей поликлинике мне ни разу не предлагали;
25.3 – пока не готов к активному участию из-за того, что требуется отпрашиваться с работы и терять рабочий день;
25.4 – положительно при условии более гибкого графика и более удобных мест для прохождения обследования (на работе, в вечернее время);
25.5 – положительно, уже участвовал, все устраивает.

26. Работает ли система электронной записи к врачам в Вашей поликлинике:

26.1 – да, работает полноценно;
26.2 да, но записаться на прием не всегда удается;
26.3 да, но я не понимаю, как ей пользоваться;
26.4 электронной записи нет.

27. Успеваете ли Вы посетить врача в назначенное время:

27.1 – да;
27.2 задерживался от 5 до 10 минут;
27.3 задерживался от 10 до 25 минут;
27.4 задерживался от 25 до 60 минут;
27.5 задерживался более 1 часа;
27.6 не успел попасть на прием.

28. Соблюдаете ли Вы назначения врача:

28.1 – всегда, полностью выполняю;
28.2 иногда выполняю;
28.3 никогда не выполняю;
28.4 занимаюсь самолечением.

29. Как Вы относитесь к услугам телемедицины (заочной консультации врача-терапевта с использованием компьютерных технологий):

29.1 – положительно;
29.2 вызывают сомнения, что заочная консультация врача не может быть полноценной;

29.3 отрицательно, т.к. проконсультировать человека без сбора объективных данных невозможно.

30. Всегда ли Вы довольны результатом проведенного лечения:

30.1 – да, всегда; 30.2 – не всегда; 30.3 – никогда.

31. После посещения своего врача-терапевта рассматриваете ли Вы необходимость получения альтернативного медицинского мнения:

31.1 – да, я получу в консультацию врача в платной медицинской организации и сравню результаты;
31.2 – да, я поинтересуюсь у родственников и знакомых, которые связаны с медицинской деятельностью;
31.3 – нет, т.к. у меня нет возможности, но при ее наличии я бы ею воспользовался;
31.4 – нет, консультация и назначенное лечение врача-терапевта в поликлинике меня удовлетворили.

32. Обращались ли Вы с претензиями к работе медицинского персонала поликлиники за последний год?

32.1 – да;
32.2 – нет.

33. По решению Правительства РФ медицинским работникам существенно повысили заработную плату. Отразилось ли это на качестве медицинской помощи:
33.1 – да;
33.2 – нет;
33.3 – затрудняюсь ответить.

34. Ваше социальное положение:

34.1 – рабочий;
34.2 – служащий;
34.3 – пенсионер;
34.4 – учащийся;
34.5 – временно безработный;
34.6 – инвалид.

35. Ваш пол (нужное подчеркнуть):

35.1 – муж;

35.2 – жен.

36. Ваш возраст (впишите полное число лет): _____

37. Образование:

37.1 – Начальное;
37.1 – Неполное среднее;
37.3. Полное среднее;
37.4. Среднее специальное;
37.5. Неоконченное высшее;
37.6. Высшее.

38. Ваше семейное положение (нужное подчеркнуть):

38.1 – женат (замужем);
38.2 – холост (не замужем);
38.3 – разведен (разведена);
38.4 – вдовец (вдова).

39. Укажите средний доход в рублях на 1-го члена Вашей семьи в месяц (впишите) _____.