

БУДАРИН

Глеб Юрьевич

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

14.02.05 – Социология медицины

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени  
доктора социологических наук

Волгоград - 2013

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:	Заслуженный деятель науки РФ, доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор <b>СЕДОВА Наталья Николаевна</b>
Официальные оппоненты	<b>ДОНИКА Алена Димитриевна,</b> доктор социологических наук, доцент, старший научный сотрудник Отдела этической и правовой экспертизы в медицине Волгоградского Медицинского Научного Центра
	<b>ВЕРЕЩАГИН Виктор Юрьевич,</b> доктор философских наук, профессор, заместитель начальника Ростовского Юридического Института МВД России по научной работе, г.Ростов-на-Дону
	<b>ЭРТЕЛЬ Людмила Александровна,</b> доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе АНОО ВПО «Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере», г. Краснодар.
Ведущая организация	ФГБОУ ВПО «Волгоградский государственный университет»

Защита состоится «05» октября 2013 г в 12 ч. 00 мин. на заседании диссертационного совета Д 208.008.04 при Волгоградском государственном медицинском университете по адресу: 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1, ауд. 4-10.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-фундаментальной библиотеке Волгоградского государственного медицинского университета.

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2013 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
профессор

И.В.Фирсова

**Актуальность темы исследования.** Регламентация медицинской деятельности всегда была предметом интереса различных социальных институтов, но координация их усилий в этом направлении далеко не всегда была успешной. Интервенция биотехнологий в медицину, начавшаяся в прошлом веке, а также происходившая одновременно с ней глобализация рыночных отношений и либерализация отношений политических в большинстве развитых и развивающихся стран, привели к тому, что медицина стала полем борьбы разных социальных субъектов. Юридическое обеспечение отставало от технологической модернизации в сфере охраны здоровья. Использование рынка лекарств как источника доходов, политические спекуляции на врачебных ошибках, дискредитация имиджа врача в средствах массовой информации, конкуренция медицинских учреждений разных форм собственности, расширение медиализации и многое другое сделали проблему нормативной регуляции в медицине одной из самых острых. В первую очередь, это относится к России, где процессы системного реформирования включают и реформу здравоохранения.

Первым признаком социальной озабоченности вопросами регламентации врачебных вмешательств стало появление в последней трети прошлого века новой науки – биоэтики, которая была призвана не только стать объяснительной гипотезой социальных эффектов медицинской деятельности, но и ее неформальным нормативным регулятором. Вторым этапом стало изменение законодательства в сфере здравоохранения во многих странах мира, но, к сожалению, не на уровне ВОЗ. Третьей составляющей процесса изменения нормативной регуляции медицинской деятельности является структуризация профессиональных нормативов, представленная в большинстве стран, включая нашу, формированием порядков и стандартов оказания медицинской помощи. Причем, юридическое закрепление этих профессиональных медицинских норм ведения больных отражает стремление создать единую систему регуляции, в

которой участвовали бы все заинтересованные социальные институты: медицина, право, мораль, политика, образование, экономика и т.д.

В России была разработана и принята Концепция развития здравоохранения до 2020 года, первым этапом которой стала реализация Программы модернизации здравоохранения. Но пока видимого эффекта эта работа не принесла. Кроме хорошо известных и неоднократно озвученных причин, которые тормозят этот процесс – бюрократизации и коррупции – следует отметить еще одну, на наш взгляд, наиболее важную. Дело в том, что до сих пор не известны принципы взаимоотношения медицины и других социальных институтов общества в ситуации реформирования отечественного здравоохранения. Другими словами, не разработана иерархия норм, детерминирующих развитие медицины в целом и медицинской деятельности, в частности. Соотношение юридических, этических и профессиональных регуляторов медицинской деятельности составляет социально значимую основу такой детерминации. Но для того, чтобы ее структурировать, необходимо выйти за рамки сугубо медицинского, юридического или этического подхода, что возможно сделать в исследовательском поле социологии медицины.

**Степень разработанности проблемы.** В предлагаемой автором формулировке, проблема ни в отечественной, ни в зарубежной научной литературе не рассматривалась. Но хорошо изучены отдельные ее блоки.

1. Медицина как социальный институт в контексте ее взаимодействия с другими институтами общества изучена достаточно полно как зарубежными, так и отечественными авторами (Cockerham W.C., Freidson E., Kronenfeld J.J., Parsons T., Pescosolido B.A., Rosenstock I. M., Salmon J.W., Лисицин Ю.П., Сабанов В.И., Сердюков А.Г., Решетников А.В., Филатов В.Б., Царегородцев Г.И., Чудинова И.Э., Шевченко Ю.Л., Щепин О.П. и др.). Все сходятся во мнении, что медицина – это особый социальный институт, поскольку основными ценностями, ради которых он существует, является жизнь и здоровье человека. Следовательно, во взаимодействии с другими

институтами общества он должен занимать привилегированную позицию. Однако на практике этого не происходит: не медицина диктует обществу, как жить, а общество навязывает медицине рамки, за которые ей выходить не следует. В контексте теории медицины как социального контроля (Bewrey J., Konrad, J. & Shneider, R., Nicolson, D. & McLufflin, F. Strong P., Боязитова А.Н., Бударин Г.Ю., Курушина О.В., Михайлова Д.О., Петров В.И.), такая ситуация представляется вполне оправданной, но насколько закон может определять профессиональные роли в медицине, никто пока не выяснил. Также весьма мало информации о сущности и формах медицинской экспертизы в функционировании других социальных институтов. Собственно, в такой формулировке проблема вообще у нас не ставилась.

2. Исходя из того, что норма есть предписанное отношение к определенной ценности, необходимо отметить интересное направление в области культурологии, которое трактует медицину как культурную конфигурацию, где нормативная регуляция представлена в виде особого культурного комплекса (Rehmann-Sutter C., Düwell M., Mieth D., Седова Н.Н., Сергеева Н.В.). Эту концепцию можно рассматривать как методологию анализа нормативных взаимодействий в отношении медицины, но пока она недостаточно разработана для использования ее выводов в социологии медицины.

3. В последние годы у нас в стране и в мире ведется активная исследовательская работа в области медицинского права. Международная Ассоциация медицинского права провела уже 19 Всемирных конгрессов, накоплен большой практический и теоретический материал. Но в рамках данного направления весьма редко ставятся и решаются проблемы межинституционального взаимодействия (кроме работ Герасименко Н.Ф. и Сергеева Ю.Д.), больше всего внимания уделяется конкретным направлениям медицинской деятельности и их юридическому обеспечению – правам пациентов, врачебным ошибкам, запрету аборт, организации медицинской помощи неимущим слоям населения, конфликтам в судебной

медицине и т.п. (Brown P., Dutton D.B., Feinberg J., Light D.W., Morlock L.L., Nathanson C.A., Waitzkin H.B., Акопов В.И., Балло А.М., Ерофеев С.В., Жаров В.В. Мохов А.А., Погорелов Я.Д., Приз Е.В., Тихомиров А.В., Тимофеев И.). Более того, медицинское право у нас в стране, несмотря на существование Ассоциации, федерального журнала и ряда кафедр в вузах, существует как бы неофициально: ни в одном реестре специальностей (среднего специального, высшего образования, постдипломного образования и перечне научных специальностей) оно не значится. Естественно, влияние на практику разработок ученых, работающих в этой области, ограничено чисто бюрократическими требованиями. Но богатейший материал, собранный и обобщенный ими, оказал неоценимую помощь в работе над данной диссертацией.

4. Весьма существенную помощь в решении поставленных в данном исследовании задач внесли труды представителей мирового биоэтического сообщества, прежде всего, Б.Г.Юдина, П.Д.Тищенко, И.В.Силуяновой, а также Callahan D., Inkelas A., Freidson E., Haker H., Hulst E.H., Wear S., Zola, I.K. Наиболее ценная идея, почерпнутая нами из работ по биоэтике, состоит в необходимости и возможности структурирования нормативной регуляции как системы принципов, что более соответствует аксиологическому и праксеологическому подходам, но ни в коей мере не препятствует реализации онтологических и гносеологических методов. Концепция принципов биоэтики послужила тем образцом, на который мы ориентировались. Кроме того, оказалось весьма полезным рассмотреть виды внеэтической регуляции в медицине на основе биоэтических принципов «не навреди», «делай добро», справедливости и уважения автономии пациента. Многие ситуации мы анализировали, исходя из разработанной в биоэтике концепции моделей врачевания: патерналистской, коллегиальной, контрактной и техницистской.

5. Наибольший интерес для нас представляли исследования в области социологии медицины, в той или иной степени, посвященные ее

нормативному регулированию. На Западе данная проблема поднимается не так часто как хотелось бы, можно отметить работы Bloom S.W., Cockerham W.C., Ehrenreich B. and Ehrenreich J., Mechanic D., Pescosolido B.A. В России это, прежде всего, труды академика А.В.Решетникова, а также С.А.Ефименко, А.В.Кузнецова, Д.В.Михальченко, Е.В.Приз, Е.П.Ткач, Д.А.Шипунова, Л.А.Эртель. Большинство исследований включают материалы по реализации прав пациентов, вопросы охраны прав медицинских работников, социологический анализ ситуаций врачебных ошибок. Однако комплексного исследования социальной интеграции нормативных регуляторов медицинской деятельности пока не проводилось.

**Цель исследования** – представить социологическое обоснование системы принципов нормативной регуляции медицинской деятельности и сформулировать сами эти принципы и практические рекомендации по их применению в реформе российского здравоохранения.

Данная цель реализуется в решении следующих **научных задач**:

- определить необходимые и достаточные условия нормативной регуляции в медицине;
- проследить основные этапы формирования нормативной регуляции медицинской деятельности в России;
- конкретизировать положения концепции прав человека в применении к медицине;
- провести компаративный анализ профессиональных, юридических и этических детерминант медицинской деятельности;
- систематизировать социальные риски в обеспечении прав пациентов и предложить методы их минимизации;
- на материале конкретного социологического исследования определить субъективные и объективные причины врачебных ошибок;
- провести дескриптивный анализ бинарного статуса врача в профессионально-нормативном поле отечественной медицины;

- доказать необходимость юридического оформления статуса независимых этически комитетов медицинских организаций;
- обосновать необходимость страхования профессиональной ответственности в медицине;
- сформулировать социальные принципы нормативной регуляции медицинской деятельности;
- предложить практические рекомендации по их реализации.

**Объект исследования** – медицина как социальный институт

**Предмет исследования** – нормативная регуляция медицинской деятельности (профессионально-корпоративная, юридическая и этическая).

**Гипотеза исследования.** Современная медицина – это сложившийся социальный институт, занимающий особое место в обществе и связанный со всеми другими социальными институтами общества. При этом складывается противоречивая ситуация, когда основные – профессиональные – регуляторы медицинской деятельности могут вступить в конфликт с регуляторами социальными. Спасение жизни и сохранение здоровья могут быть обеспечены, с точки зрения общества, только санкционированными данным обществом способами. Но медицина развивается и в соответствии с собственными внутренними законами. Зачастую новые медицинские достижения не получают социального одобрения в силу консервативности законов юридических, которые отстают от успехов медицинской науки. В такой ситуации разрешением противоречия становится этическая регуляция.

Но существуют и другие причины возможных межинституциональных конфликтов для медицины. Так, законодательно определен статус пациента как объекта правовой и этической защиты в медицине, но субъектом защиты своих прав пациенты пока так и не стали. Более того, такая их роль ставится под сомнение профессионалами-медиками, настаивающими на неизменности «терапевтической привилегии». Действительно, компетентность пациента в клинических вопросах всегда будет ограничена отсутствием у него



специального медицинского образования, а это сужает возможность защиты им своих прав в отношениях с медицинскими работниками.

Нормативный статус врача также неоднозначен. Его деятельность регулируется тремя социальными институтами: медициной, моралью и правом. В случае доминанты профессиональной регуляции, возникают социальные риски расширения властного ресурса медицины и превращения ее в форму социального контроля. Если же превалирует правовая регуляция, врачи могут быть ограничены в применении всех своих знаний и возможностей, равно как и в скорости оказания медицинской помощи. Кроме того, существует тенденция юридизации профессиональных случаев - любая ошибка врача оценивается в обществе как проступок или преступление, что снижает престиж профессии, формирует негативное отношение населения к медицинским работникам и превращает их в незащищенную группу.

Парадокс состоит в том, что обладая, в силу своих профессиональных знаний и навыков, безусловной возможностью осуществления социального контроля, врачи – в силу тех же профессиональных знаний и принципов – не только никогда не воспользуются этим, но и не могут позволить себе активно отстаивать престиж профессии, не нанося вреда пациентам. Очевидно, что нужна социальная сбалансированность всех видов регуляции медицинской деятельности. Разработать ее принципы можно на основе применения теоретических положений и конкретных методов социологии медицины, в поле которой реализуется интегративный подход к исследованиям межинституциональных отношений медицины.

**Научная новизна исследования** состоит в теоретической разработке, формулировке и обосновании социальных принципов нормативной регуляции медицинской деятельности:

- принципа социального контроля над расширением медицинских вмешательств;
- принципа приоритета моральных ценностей в медицине;

- принципа первичности клинических норм медицинской деятельности по отношению к юридическим законам;
- принципа комплементарности прав пациентов и прав медицинских работников;
- принципа конкретизации концепции прав человека в медицине в соответствии с национальной и профессиональной спецификой.

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

1. Социальный контроль над медицинской деятельностью необходим по следующим причинам:

- он обеспечивает справедливое удовлетворение потребностей в охране жизни и здоровья каждого человека,
- он предупреждает риски усиления властного ресурса медицины, связанные с расширением медикализации;
- он обеспечивает регулирование статусных изменений в профессиональной группе медицинских работников.

2. В условиях реформы здравоохранения эти функции имеют особое значение. Проведенное исследование позволило зафиксировать недовольство медицинских работников а) уровнем заработной платы, б) условиями труда, в) невозможностью самореализации, г) трудностями в предоставлении пациентам той помощи, которая, по мнению врачей, действительно необходима. В такой ситуации легитимный властный ресурс медицины сокращается, что может повлечь за собой стремление расширить нелегитимный властный ресурс (путем расширения медикализации).

3. Правовые нормы, регулирующие медицинскую деятельность, в России существовали со времен Петра I, но в той степени, в которой а) были востребованы гражданами и б) были возможны без вреда для государственного устройства. Потребности в правовом регулировании охраны здоровья, опережали возможности и желание государственной власти его разрабатывать и реализовывать. Государство прибегало к законодательному регулированию медицинской деятельности тогда, когда ее

этическое регулирование становилось неэффективным. В то же время на личностном уровне только этическая регуляция была способна обеспечить бесконфликтные отношения между медицинскими работниками и пациентами.

4. В России традиционно нравственное регулирование медицинской деятельности имело большее влияние, чем регулирование юридическое, что в полной мере проявилось в традиции земской медицины. Но последние законодательные акты в сфере охраны здоровья - №323-ФЗ, №61-ФЗ, №326-ФЗ и другие – демонстрируют тенденцию формализации отношений в медицине, которая неизбежно приведет к ее деэтизации и дегуманизации. Опасность состоит в том, что, в результате, юридические нормы будут не только превалировать над этическими, но и станут вытеснять нормы клинические. Врач будет думать не о пациенте, а о том, как не нарушить закон. Но законы имеют общий характер, а каждый пациент – индивидуален. Избежать вреда для пациента можно, только правильно оценив реальное место права и этики в регуляции отношений в медицине.

5. Защита прав пациентов в современной России организована на двух уровнях – юридическом и этическом. Она представляет собой конкретизацию концепции прав человека в конкретной области – в медицине. Юридический уровень включает разработанные специально для защиты прав пациентов законы и подзаконные акты. Легитимизированные в них права пациентов можно типологизировать по критерию сфер реализации этих прав (18 групп). Но вопрос о соответствии сложившейся системы а) клиническим нормативам медицинской деятельности и б) формам защиты прав медицинских работников, пока не решен.

6. Профессиональные регуляторы медицинской деятельности основаны на принципе клинической целесообразности. Но данная целесообразность имеет дифференцированный характер и определяется субъектом оценки. Таким субъектом может быть а) врач, б) пациент или его родственник, в) администратор здравоохранения. На деятельность врача

оказывают влияние не только профессиональные, но и немедицинские факторы (некомплаентность пациента, вмешательство родственников, требования формализованной отчетности и т.п.). Поэтому принцип «Правильно то, что хорошо для пациента» дезавуируется в разных системах оценок. Это и объясняет необходимость дополнения клинических критериев этическими и юридическими.

7. Юридические нормы носят общий характер, в то время как защита прав пациентов конкретизируется на уровне моральных решений и действий. В последнем случае субъектом защиты прав пациентов могут выступать этические комитеты, т.е. специально организованные группы независимых экспертов и представителей общественности. Контроль за качеством оказания медицинской помощи должен включать участие таких комитетов, в противном случае существует риск ее дегуманизации. Но четкого представления о статусе этических комитетов пока нет, более того, упоминание о них было удалено из нового закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011г.). Необходимо дополнить новый закон статьей «Этические комитеты медицинских организаций».

8. Непоследовательность в нормативной регуляции медицинской деятельности со стороны общества и государства ведет к ошибочным представлениям о дефектах оказания медицинской помощи, выражающимся в отождествлении понятий «преступление», «преступная халатность», «проступок» и «врачебная ошибка». Врачебную ошибку следует понимать как специфическое медико-социальное явление. Оно может быть связано с применением неправильной стратегии и тактики лечения, но может быть и результатом сложного переплетения личностно-значимых и социально-обусловленных позиций лечащего врача, пациента, административных органов здравоохранения, общества в целом. До сих пор единства во взглядах на врачебную ошибку нет, что и позволяет зачастую трактовать ее как преступление.

9. Проведенное исследование мнений экспертов показало, что врачебную ошибку они рассматривают как действие, имеющее негативный эффект для здоровья пациента по независящим от врача причинам. Врачебную ошибку участники проведенных автором фокус-групп и социологических опросов отличают как от преступления, так и от некачественного оказания медицинской помощи. Все респонденты настаивали на том, что избежать врачебных ошибок нельзя. Специалисты-медики и представители правоохранительных органов считают, что их количество можно снизить, если ввести обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников. Пациенты (потенциальные и актуальные) считают, что к снижению числа врачебных ошибок ведет улучшение условий труда врачей. Все это позволило сделать вывод о том, что врач имеет право на ошибку как непреднамеренное нанесение вреда, произошедшее по независящим от него причинам, а пациент имеет право на компенсацию этого вреда. Следовательно, в медицине должны быть застрахованы не возможные «врачебные ошибки», а профессиональные риски совершения таких ошибок.

10. Синтез профессиональной, юридической и этической регуляции в медицине – закономерный процесс ее функционирования как социального института. Медицинские нормы составляют принципы обособления данной профессиональной группы, отличие ее от других социальных групп. С другой стороны, положение данной группы в обществе само это общество определяет путем правовых разрешений и/или запретов. Поэтому медицинские нормы и юридические законы могут не просто не совпадать, но и входить в противоречие. Разрешение таких противоречий возможно и необходимо на основе этической регуляции.

**Методологической базой исследования являются:**

- Методология системного анализа в трактовке В.Н. Садовского и Э.Г.Юдина (Садовский В.Н., Юдин Э.Г. Исследования по общей теории систем. М.: Изд-во «Прогресс». 1969. - 521 с.);

- Междисциплинарный научный подход как методологический принцип социологии медицины, сформулированный академиком А.В.Решетниковым (А.В.Решетников. Социология медицины. Руководство. М.: ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010, с. 148 – 153);
- Принципы гуманитарной экспертизы в формулировке и интерпретации члена-корреспондента РАН Б.Г.Юдина (Юдин Б.Г., Луков В.А. Гуманитарная экспертиза. К обоснованию исследовательского проекта. М., ИФ РАН, 2006);
- Программные положения медицинского права, сформулированные членом-корреспондентом РАМН Ю.Д.Сергеевым (Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России. М.: Издательство "МИА", 2007. – 140 с.);
- Концепция взаимоотношения биоэтики и медицинского права, разработанная профессором Н.Н.Седовой (Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. М.: Изд-во «Триумф», 2004 – 224 с.);
- Положения «Конвенции о правах человека и биомедицине». Овьедо. 1994;
- Принципы и правила, закрепленные в документе «Национальный стандарт Российской Федерации. Надлежащая клиническая практика. GoodClinicalPractice (GCP). ГОСТ Р 52379-2005». Утвержден Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 сентября 2005 г. N 232-ст. Дата введения - 1 апреля 2006 года.

**Эмпирическая база исследования.** Исследование носит теоретический характер, поэтому эмпирические данные привлекаются, в основном, в качестве иллюстративного материала. Исключение составляет раздел работы, посвященный врачебным ошибкам, в котором представлены результаты конкретного социологического исследования, проведенного под руководством диссертанта в Лаборатории социологии медицины Отдела этической и правовой экспертизы в медицине Волгоградского Медицинского Научного Центра (ВМНЦ). В данном исследовании применялись методы

контент-анализа Интернет-источников, фокус-группа по проблеме врачебной ошибки, анкетирование. Анкетирование проводилось только в экспертных группах:

а) *Опрос экспертов-профессионалов о причинах врачебных ошибок.* Было опрошено 100 работников государственных Бюро судебной медицины гг. Волгограда и Москвы. (80 мужчин и 20 женщин). Возраст опрошенных: от 25 до 39 лет — 66 человек, что составило 66,%; 40 - 55 лет — 16 человек, (16,0%); старше 56 лет — 9 человек. Все респонденты имели высшее медицинское образование и работали по специальности судебно-медицинский эксперт: до 5 лет — 37 экспертов (37,0%), от 5 до 10 лет — 32 опрошенных (32,0%), 11-20 лет — 23 человек (23,0%), свыше 20 лет — 18 человек (18,0%). Социологический опрос представлял собой индивидуальное анкетирование, когда опрашиваемый сам заполнял опросник в присутствии исследователя.

б) Проведен *опрос экспертной группы врачей - узких специалистов*, целью которого было выяснить их отношение к обязательному страхованию профессиональной ответственности медицинских работников. Преимущество данного метода заключается в оперативном получении необходимой информации. Специфика работы требовала применения такой социологической методики как анкетирование с дополнительным интервьюированием респондентов. Исследование проводилось в медицинских учреждениях г.Волгограда (государственных и частных) в период с декабря 2010 года по февраль 2011 года. Респонденты - врачи разных специальностей (терапевты, хирурги, акушеры-гинекологи и педиатры), всего 170 человек, возраст - от 24 до 56 лет. Среди опрошенных преобладали женщины - 62% (105 человек). В выборке сохранено гендерное распределение, типичное для работоспособного населения России в данный временной отрезок.

в) *Фокус-группы.* Для того, чтобы выяснить мнение экспертов - профессионалов и потребителей медицинских услуг - по вопросу врачебной

ошибки, были проведены 3 фокус-группы. В них участвовали специалисты-медики, представители правоохранительных органов и пациенты, имевшие как отрицательный, так и положительный опыт общения с персоналом медицинских учреждений. Фокус-группы проводил монитор (М), имеющий специальную подготовку и опыт проведения таких исследований (старший научный сотрудник Отдела этической и правовой экспертизы в медицине Волгоградского Медицинского Научного Центра). Раздаточный материал содержал задокументированные примеры случаев из врачебной практики. Диссертант осуществил разработку сценариев, подбор экспертов и выступил в роли наблюдателя. Материалы запротоколированы, обработаны.

Г) *Контент-анализ*. Для анализа влияния СМИ на отношение населения к врачебным ошибкам, использовались данные, полученные путем контент-анализа публикаций по проблеме врачебных ошибок в СМИ в 2009 и 2011 гг. в Лаборатории социологии медицины ВолгГМУ группой молодых ученых под руководством диссертанта.

**Теоретическая и практическая значимость исследования** состоит в том, что разработан интегративный подход к структурированию нормативной базы медицины в условиях реформирования отечественного здравоохранения. Проанализированы социальные риски неадекватного применения норм различного институционального генезиса в медицине. Выявлены актуальные социальные диспропорции в результате расширения медикализации. Эксплицирована природа врачебной ошибки и предложены меры профилактики таких ошибок. Сформулированы принципы нормативной регуляции в медицине и предложены практические рекомендации по их применению.

Все это позволяет говорить о том, что социологическая систематизация нормативной базы медицины может быть использована как перспективная модель в разработке как федеральных, так и региональных программ реформирования здравоохранения, снизить опасность негативных



последствий несистемных мероприятий в этой области и способствовать повышению качества медицинской помощи.

**Апробация диссертации** проходила на научных форумах разных уровней (Москва, 2007, 2009, 2012, 2013; Волгоград, 2004, 2007, 2010, 2013; Казань, 2008, 2011; Красноярск, 2010; Витебск, 2010; Львов, 2009; Саратов, 2011; Киев, 2010, 2012 и др.). Диссертантом разработаны и изданы четыре методических пособия для слушателей ФУВ с использованием материалов исследования. В процессе обучения в докторантуре диссертант осуществлял руководство группой аспирантов, проводивших конкретные социологические исследования в Лаборатории социологии медицины Волгоградского Медицинского Научного Центра, и выступил научным консультантом по двум кандидатским диссертациям. Разработки диссертанта закреплены актами внедрения. Диссертация прошла экспертизу Регионального независимого этического комитета Волгоградской области (комиссия по этике инициативных исследований).

По материалам диссертации опубликовано 48 научных работ, из них 1 монография, 5 малых научных изданий, 14 статей в журналах Перечня ВАК.

**Структура диссертации.** Диссертация состоит из Введения, трех глав, Заключение, Списка литературы (422 источника) и Приложений. Объем работы – 339 стр.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **Введении** обосновывается актуальность проблемы, ее цель и задачи, формулируется научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, характеризуется ее методологическая и эмпирическая база.

**Глава 1. «НОРМАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК СОЦИАЛЬНАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ»** носит теоретический характер. В ней показано, что нормативная регуляция медицинской деятельности обладает всеми теми характеристиками, которыми обладает нормативная регуляция функционирования любого

социального института в обществе. Но, в то же время, она имеет уникальные особенности, обусловленные предметом медицинской деятельности. Риски, связанные с нарушением норм в медицине, имеют более значимый социальный и персональный эффект, чем в любом другом виде деятельности – в медицине рискуют жизнью и здоровьем. Но в социальном контексте поле медицинских рисков включает и такую общественную опасность как расширение властного ресурса медицины, о чем в отечественной социологии пока очень мало и неохотно говорят.

Изначально нормирование медицинской деятельности осуществляется на основе клинических законов и правил. Но профессиональная регуляция всегда дополняется этической и юридической. Так общество осуществляет контроль над чрезмерным, неравномерным или неверно направленным медицинским вмешательством. При этом общество, как субъект такого контроля, не может и не должно вмешиваться непосредственно в медицинские практики, поскольку знаниями здесь обладают только профессионалы. Но оно может и должно регулировать применение этих практик. Как именно? На этот вопрос отвечает материал данной главы диссертации.

Диссертант доказывает положение о том, что концептуальной основой социального контроля над медицинской деятельностью и норм ее осуществления может и должна являться концепция прав человека, которая позволяет: а) определить основные принципы защиты прав пациента, б) реализовать принцип комплементарности в обеспечении прав пациентов и прав медицинских работников и в) интегрировать в единую, социально эффективную систему различные по своей природе нормы: клинические, этические, юридические.

**§1.1 «Властный ресурс медицины»** содержит теоретический анализ трактовок медиализации как основного и мало изученного в нашей литературе источника социальных диспропорций в медицинской деятельности. Анализ существующих точек зрения на

медикализацию показал, что их можно условно разделить на три подхода – методологический, социологический и политико-административный. Методологический подход представлен постмодернистскими исследованиями, обосновывающими социальную возможность медицинского империализма и предлагающими варианты анализа этого явления (Бирке, 1999, Роуз, 1997, Бентон, 1991, Конрад и Гейб, 1999, Стронг, 1979, Келли и Филд, 1994, Николсон и МакЛафлин, 1987). При этом собственно философское обоснование берется у Делеза, Гваттари и, разумеется, Фуко. Социологический подход исходит из концепции Т. Парсонса, так как именно он предложил описание и объяснение профессиональных ролей в медицине, определил основные параметры социальной роли больного. Его придерживаются как зарубежные эксперты (Р.Салтман, Дж.Фигейрас, М.Уайтхед, Д. Хантер и др.), так и российские исследователи (Стародубов В.И., Шейман И.М., Семенов В.Ю. и др.). Особое значение для исследования медицины как потенциального института социального контроля представляют исследования в области политики здравоохранения М. Ремера, в которых описывается деятельность и особенности функционирования различных моделей здравоохранения с позиций политологии. Третий подход представлен работами известных отечественных ученых, которые анализируют (и прогнозируют) реформы в области медицины и здравоохранения (А.В.Решетников, О.Щепин, Н.Стародубов, В.Филатов, Н.Кучеренко, Ю.Хрусталева, Н.Седова и др.) В целом же анализ литературы показал сильное расхождение в исследовательских приоритетах западных и российских политологов, социологов, юристов. Если на Западе проблема медикализации считается очень острой, то у нас о ней пока почти не упоминают. Термин «медицинский империализм» не встречается в нашей литературе вообще, а вопрос о возможности социального контроля со стороны медицины не обсуждается. По мнению диссертанта, такая позиция весьма опасна, тем более при тех условиях, в которые сейчас поставлены врачи. Социальные риски, связанные с медициной, могут приобрести

национальный характер, поэтому необходимо выработать стратегию их предотвращения. А для этого нужно определить границы распространения и степень социальной опасности медиализации в современном российском обществе.

Автор приходит к выводу, что медиализация имеет различные формы – от расширения лекарственной терапии до обязательного генетического консультирования – но сущность ее остается инвариантной для всех этих форм. Коротко ее можно описать как возрастание зависимости людей от медицинских вмешательств. При этом социальными субъектами медиализации выступают как врачи, так и пациенты. Врачи – потому что могут проводить медиализацию, пациенты – потому что хотят этого. Социально обоснованная нормативная регуляция их взаимодействия способна снизить риски медиализации.

Эта мысль развивается в §1.2 «Социальные риски распространения “медицинского империализма” в современной России».

Осмысление роли врачей в обществе в контексте расширения медиализации привело к появлению термина «медицинский империализм», а вслед за этим и целой концепции медицинского империализма. Она была разработана в рамках западной, в основном, американской и английской, социологии медицины. В России об этом пока не говорят, но существует опасность, что решая свои проблемы реформирования здравоохранения, мы упустим момент формирования медицинского империализма в собственной стране. Поэтому в диссертации рассмотрена подробно сущность вопроса о социоимпериализме и профессии медика (в формулировке Стронга). По результатам этого рассмотрения сделан вывод, что медицина не может трактоваться как единый коллектив одинаково мыслящих врачей, но благоприятный клинический, экономический и политический климат в обществе ни у кого из врачей не провоцирует интерес к экспансии «медицинского империализма» (фактически – расширению медиализации). По мнению диссертанта, медиализация может стать той «отдушиной», где

врачи могут реализовать свою потребность в профессиональном самоутверждении. Властные полномочия данной профессиональной группы можно считать центрально значимыми, так как они определяют способность группы формировать собственную социальную позицию в различных измерениях. В диссертации выделены индикаторы властных полномочий профессиональной группы врачей: автономия в принятии решений по выполнению главной функции, т.е. по определению процесса диагностики и лечения; возможность группы оказывать влияние на результат собственного труда, а именно на объем социально-экономических вознаграждений; контроль входа в профессиональную группу и выхода из нее; наличие сильной профессиональной организации или точнее организаций. Кроме того, в соответствии с неовеберовским подходом, можно выделить культурный ресурс профессиональной группы, заключенный в обладании экспертным знанием.

В работе высказывается предположение, что в современном российском обществе существует две возможности повышения социального статуса врачей: 1) государство увеличивает участия врачей в принятии решений, касающихся регулирования их деятельности (пример «профессионализации сверху»), 2) врачи могут осознать свои коллективные интересы и самостоятельно попытаться увеличить профессиональную автономию. И здесь как раз известный риск представляет увлечение медикализацией, которая манифестирует повышение профессионального статуса, но в реальности усиливает зависимость пациентов от врачей и, следовательно, порождает новые социальные диспропорции. Исследование показало, что властно-силовое поле системы здравоохранения России в ходе реформы осталось иерархически структурированным и пока что современная стратегия реформы здравоохранения в России способствует расширению медикализации как ответа на снижение социального статуса врача. Необходимо принять определенные социальные меры профилактики этого процесса, но силами самой медицины это сделать невозможно. Задача

социологии медицины, по мнению диссертанта, состоит в том, чтобы дать адекватную социально-политическую оценку становления медицины как института социального контроля, предложить немедицинские формы контроля и регулирования данного процесса.

Однако делать все это можно, только с учетом конкретно-исторической и социокультурной специфики национальной системы здравоохранения, анализу которой посвящен материал **§1.3 «Национальные особенности нормативного регулирования российской медицины»**. Здесь отмечается, что развитие медицины регулируется различными социальными институтами – экономикой, религией, наукой, правом, моралью. Декларируемая независимость медицины от политики также не представляется очевидной, хотя любая политическая власть, кроме экстремальных режимов, считает обязательным эту независимость подчеркнуть. На самом деле политическое влияние на медицину, так же как и влияние медицины на политику, осуществляется опосредованно - через вышеназванные институты. Исторически доминирующим в области медицины и здравоохранения было этико-правовое регулирование. При этом юридические нормы постепенно интегрировали в отдельное направление – медицинское право, а нормы морали рефлексировали в дисциплину, получившую в 1969 году название «биоэтика». В диссертации прослежена история становления медицинского права, медицинской этики и биоэтики в России, на основе чего сделан вывод о приоритете моральных норм в медицине перед правовыми.

В области медицинской деятельности мораль всегда была и остается главным регулятором и создает возможность для создания правовых норм. Определенная универсальность правового регулирования медицинской деятельности, закреплённая в международных правовых актах, является лишь инвариантом, реализация которого имеет национально-историческую специфику в каждом конкретном государстве. При этом состояние этико-правового регулирования охраны здоровья в каждом конкретном государстве в исторической ретроспективе нельзя оценивать по шкале «хорошо – плохо»,

основываясь только на современных стандартах и представлениях. Реальное его состояние зависит от конкретно-исторической социально-политической ситуации и должно оцениваться, исходя из возможностей государства, нравственно-правового сознания населения и его наличной потребности в действующих законах. В осмыслении правового регулирования медицинской деятельности и попытках законодательства в этой области отечественная элита всегда была ориентирована на западные образцы, но, поскольку его нельзя было реализовать без учета национальной специфики, усилия в этой области часто носили декларативный характер.

Во многом неэффективность этико-правового регулирования медицинской деятельности в нашей стране объяснялась тем, что не были четко определены ее концептуальные основания. Диссертант предлагает рассматривать в качестве критерия построения системы нормативной регуляции в современной российской медицине концепцию прав человека. Это положение обосновывается в **§1.4 «Концепция прав человека как основа нормативной регуляции в медицине»**.

Среди всех ценностей, осознанных большинством людей в открытых, демократических обществах, права и свободы человека считаются самыми важными. В основе этих взглядов лежит либерально-демократическая традиция общественно-политической мысли, развиваемая уже почти три столетия. Вся философия прав человека, основана на одной несомненной ценности, эта ценность — человеческое достоинство. Один из основоположников концепции прав человека, французский просветитель Ж. Ж. Руссо полагал, что достоинство заложено в самой сути человека: "Отказаться от своей свободы — это значит отказаться от своего человеческого достоинства, от прав человека, даже от обязанностей... Такой отказ несовместим с человеческой природой". Принято считать, что права человека могут быть а) дарованы ему Богом, б) определены государством или в) присущи ему от рождения, только потому, что он — человек. В последнем случае эти права называют естественными. Действующая

Конституция России не дает четкую классификацию прав и свобод человека. Вместе с тем, ее набор прав и свобод соответствует общепризнанным стандартам и укладывается в схему двух Международных Пактов, принятых ООН. Концепция прав и свобод человека, закреплённая во Всеобщей декларации, состоит из следующих компонентов: а) основополагающие принципы прав человека; б) классификация прав и свобод человека; в) права человека и общество; г) соотношение прав личности и государства. Они подробно рассматриваются в диссертации с точки зрения соответствия центральным ценностям медицины – жизни и здоровью каждого конкретного человека.

На основе этого рассмотрения сделан вывод о том, что концепция прав человека может и должна являться методологией социального контроля над медицинской деятельностью, поскольку она позволяет а) выработать принципы защиты прав пациента, б) реализовать принцип комплементарности в обеспечении прав пациентов и прав медицинских работников и в) интегрировать в единую, социально эффективную систему различные по своей природе нормы: клинические, этические, юридические.

С этих позиций первой задачей нормативной регуляции медицинской деятельности является защита прав пациента, рассмотрению которой посвящена **Глава 2 «ПРАВА ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНЕ: СОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ГАРАНТИИ».**

Очевидно, что защита прав пациентов является задачей социальной, а не собственно медицинской. Но реализуется она в деятельности различных социальных субъектов, коллективные усилия которых образуют определенную систему. Условно можно разделить эту на три блока:

1. юридические регуляторы (законодательные акты, в которых закреплены конкретные права пациентов и медицинских работников как граждан государства, специальные акты, регламентирующие отношения в сфере здравоохранения).



2. профессиональные регуляторы (их формируют и реализуют органы здравоохранения, руководствуясь профессиональными целями – стандарты оказания медицинской помощи, должностные инструкции и т.п.);

3. этические регуляторы (формируются неформально, транслируются независимыми структурами, деятельность которых основана на инварианте представлений о справедливой, доступной и качественной медицинской помощи, например, этическими комитетами).

Профессиональные регуляторы включают непосредственно клинические параметры, которые могут сформулировать только профессионалы. Этические регуляторы формируются стихийно, в соответствии с законами моральной регуляции. Юридические регуляторы – прерогатива государства. Они включают правила взаимоотношения медицины и других социальных институтов общества. Проблема в том, как соотносятся все три блока – по сетевому или иерархическому принципу? Какие и при каких условиях выступают ведущими? Поиску методологических оснований ответа на данный вопрос посвящен §2.1 **«Конкретизация концепции прав человека в медицине».**

Здесь исходной посылкой является следующая: общетеоретические положения концепции прав человека имеют различные модификации в различных областях его жизни и деятельности. И в этом смысле медицина представляет собой специфическую область, где а) все права личности интерпретируются и регламентируются в соотношении с высшим правом – правом на жизнь; б) существует асимметрия прав субъектов взаимоотношений в медицине, когда одни из них (пациенты) обладают большими правами, чем другие (медицинские работники), что считается справедливым и закреплено в законе.

К сожалению, в России есть законы о здравоохранении, но нет системы законодательства в этой области. Поэтому правовое обеспечение прав пациента опирается на основные положения различных международных документов: Рекомендации Совета Министров Совета Европы относительно

пациента как активного участника лечения (1980); Амстердамская декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (ВОЗ, 1994); Копенгагенская декларация (ВОЗ, 1994); Конвенция «О защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины» Совета Европы (1996); Люблянская Хартия по реформированию здравоохранения в Европе (ВОЗ, 1996); Стратегия ВОЗ «Здоровье для всех в 21-м веке» (1998) .

Права пациента могут быть защищены как в суде, так и вне суда. Вне суда они могут быть защищены как специально созданными государством структурами, так и общественными объединениями и группами. К основным органам и организациям государственного сектора досудебного уровня защиты прав пациента в Российской Федерации относятся: органы законодательной и исполнительной власти; органы управления здравоохранением; администрации медицинских учреждений; территориальные фонды обязательного медицинского страхования; страховые медицинские организации; лицензионно-аккредитационные комиссии; межведомственные комиссии; отделение по вопросам охраны здоровья и защиты прав пациента при уполномоченном по правам человека в РФ. В диссертации дескриптивный анализ их деятельности представлен на основе результатов социологических исследований отношения к ним пациентов. Кроме того, выделены легитимные общественные структуры, которые защищают права пациента: этические комитеты (комиссии); общественные объединения по защите прав пациента; общества защиты прав потребителя; профессиональные медицинские и фармацевтические организации и их ассоциации; третейские суды; попечительские советы; общественные движения по защите прав граждан на охрану здоровья и др. Сделан вывод о том, что в России существует определенная система защиты прав человека как пациента, но вопрос о ее соответствии а) клиническим нормативам медицинской деятельности и б) системе защиты прав других

участников процесса оказания медицинской помощи (медицинских работников) не решен.

То, что защита прав пациента является приоритетом нормативной регуляции медицинской деятельности, обусловило социальную позицию государственной власти в данном вопросе, о чем говорится в §2.2 **«Современные тенденции законодательного регулирования медицинской деятельности».**

В России право граждан на охрану здоровья закреплено а) в нормативных правовых актах различных отраслей права, б) стандартах и нормативах качественной медицинской помощи (КМП) и в) этических кодексах и декларациях. Каждый человек, при обращении в учреждения здравоохранения за медицинской помощью, здоров он или болен, становится пациентом, приобретая соответствующие этому статусу права. Однако дарованные Законом права предполагают соответствующие обязанности и ответственность за невыполнение этих обязанностей. В этом смысле к пациентам Закон предъявляет минимальные требования, несимметричные предоставленным правам. В социологии, в отличие от права, обязанности пациента сформулированы. Т.Парсонс, описывая социальную роль больного, специально выделил эти обязанности, :

1. Больной должен хотеть поправиться и должен понимать, что роль больного только временное состояние, от которого он должен избавиться. Если он явно не хочет поправляться, тогда, вместо того, чтобы подтвердить роль больного, врач может отнести его к категории симулянтов.

2. Больной должен соглашаться на технически компетентную помощь. Только практикующий врач может законно дать «роль больного» в нашем обществе, а технически компетентная помощь ограничивается официальными медицинскими службами. Больные, которые обращаются к непрофессиональным работникам, претендующим на медицинские знания, предпочтя их практикующему врачу, не выполняют основной обязанности роли больного.

К сожалению, эти положения пока не восприняты правом. Некомплаентность пациентов, нарушение правил здорового образа жизни, недисциплинированность в отношении профосмотров, диспансеризации и прочих контактов с медицинскими работниками – все это ролевые нарушения, которые снижают эффективность работы врача. Предпринятый в диссертации анализ отечественных законов в области охраны здоровья показал, что пациенты изначально рассматриваются только как люди страдающие, а потому не отвечающие за свое поведение. Это соображение, видимо, помешало законодателям четко прописать ответственность пациентов за небрежное отношение к своему здоровью. Диссертант предлагает предусмотреть для людей, ведущих нездоровый образ жизни, имеющих вредные привычки, отказ в обязательном медицинском страховании в пользу добровольного. Таким образом, был бы реализован принцип справедливости в сфере правовой регуляции медицинской деятельности. Но, возможно, он уже реализован в сфере регуляции профессиональной? Ответ на этот вопрос дается в **§ 2.3 «Профессиональные регуляторы медицинской деятельности»**.

Диссертант отмечает, что теоретический анализ профессионально-корпоративных регуляторов медицинской деятельности затруднен в силу высокой степени персонификации конкретных случаев. Официальная точка зрения по вопросу клинических норм состоит в следующем. Отбор наиболее эффективных и воспроизводимых в существующих условиях методов лечения, актуализировал задачу унификации и контроля применения таких методов. Для этого в ряде стран приняты стандарты оказания медицинской помощи, учитывающие международный опыт, рекомендации экспертов и национальные особенности. В России Приказом Минздравсоцразвития № 410н от 11 августа 2008 г. «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» введена официальная практика

подготовки и применения лечебных стандартов в здравоохранении. В настоящее время число разработанных в РФ стандартов лечения достигает нескольких сотен (некоторые из них приводятся в Приложении к диссертации), но до окончания процесса стандартизации в здравоохранении еще очень далеко. Назначение Стандарта — указать модель пациента (описание «типового» случая), область и условия применения стандарта (диагнозы, амбулаторные или стационарные условия, длительность лечения и т. д.), способ лечения с указанием конкретных рекомендаций по использованию технических и медикаментозных средств. Стандарт предназначен для обязательного исполнения в системе здравоохранения.

Типовой стандарт может включать в себя следующие главы: а) указание вида медицинской помощи (первичная медико-санитарная, специализированная, скорая), при котором используется Стандарт; б) перечень диагностических медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления; в) перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления; г) перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз; д) перечень дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая импланты, эндопротезы и т. д.); е) перечень компонентов крови и препаратов с указанием количества и частоты их предоставления; ж) перечень диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества и частоты его предоставления.

Считается, что внедрение Стандартов упорядочивает предоставление лечебной помощи населению, способствует повышению прозрачности затрат на здравоохранение, повышает общий уровень медицинской помощи. Стандарты служат критерием оценки эффективности оказания медицинской помощи, что с точки зрения социологии медицины, представляется нелепым и неправильным. Действительно, если судить о деятельности врача не по состоянию пациента, а по соответствию его конкретных действий стандарту, то больной, фактически, теряет право на индивидуальный подход.

Недаром все большее распространение сейчас получает такое направление как персонифицированная медицина. В последние годы ученые многих стран активно обсуждают концепцию персонифицированной, или предикативной (предупредительной) медицины – она, по прогнозам, способна существенно повысить качество лечения. Раннее выявление рисков возникновения того или иного заболевания у конкретного пациента, оптимальная для него врачебная помощь уже в ближайшей перспективе могут стать реальностью. Остается вопрос, как совместить подходы персонифицированной (предикативной) медицины и стандартизацию с ее стремлением к унификации и типизации. Пока этот вопрос медиками не решен, что позволило диссертанту исследовать профессиональные регуляторы в медицине в том виде, как они сейчас существуют. Для этого было проведено конкретное социологическое исследование с использованием метода контент-анализа. Было выяснено, что на операциональном уровне контроль осуществляют клиничко-экспертные комиссии. Они не привлекают к своей деятельности юристов, психологов, пациентов или представителей общественности, поскольку предмет их интереса требует высокого уровня медицинской компетенции. Личность пациента как потребителя медицинских услуг, реализация им своих прав в области охраны здоровья, его самостоятельность в принятии решений в процессе экспертизы не оцениваются и не учитываются. Целью деятельности не является оценка уважения автономии пациента как составной части качества оказания медицинской помощи. Все сказанное позволило сделать вывод, что работа КЭК обязательна, но не достаточна для целостного регулирования КМП и соблюдения прав пациента в сфере охраны здоровья. Она ориентирована на экспертизу помощи, но не на экспертизу медицинских услуг и является сугубо корпоративной.

Содержательный анализ конфликтных ситуаций в процессе оказания медицинской помощи проводился методом кейс-стадис. Анализ случаев подтвердил, что профессиональные регуляторы медицинской деятельности

основаны на принципе клинической целесообразности, которая имеет дифференцированный характер – здесь велика роль оценивающего субъекта. Таким субъектом регулирования может быть врач, пациент (и/или его родственники), администратор здравоохранения. На деятельность врача оказывают большое влияние немедицинские факторы (некомплаентность пациента, вмешательство родственников, требования формализованной отчетности и т.п.). Все это позволило сделать вывод о необходимости дополнения корпоративных регуляторов соблюдения прав пациентов на качественное медицинское обслуживание этическим контролем. Необходимость этического регулирования деятельности и отношений, возникающих в ходе организации и оказания медицинской помощи, определяется самой природой медицины, гуманистическими истоками ее возникновения и последующей социальной институционализации, о чем подробно говорится в **§2.4 «Этическая регуляция в медицине»**.

Проблема этической регуляции в медицине широко обсуждается в мировом биоэтическом сообществе. При формулировке представленных в работе обобщений диссертант опирался на материалы Волгоградского Unit-отделения Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО, в работе которого принимает личное участие. Прежде всего, были выделены наиболее важные современные направления этического обеспечения прав пациента: а) информационно-образовательное — преподавание основ медицинской этики, деонтологии, биоэтики в медицинских учебных заведениях, чтение соответствующих курсов в рамках разнообразных квалификационных циклов, а также издание соответствующей, в том числе, периодической литературы; б) организация и проведение этической экспертизы — качества оказанной медицинской помощи, проектов нормативных документов и научно-исследовательских работ в области биомедицины и охраны здоровья

Было выяснено, что формы внутреннего и внешнего этического регулирования взаимодополняют друг друга. К примеру, в Кодексе врачебной этики, разработанном Российской медицинской ассоциацией,

наряду с положениями, регламентирующими этическое регулирование врачебной практики в конкретных областях биомедицины (репродуктивные технологии, геном человека и др.), зафиксирована необходимость сочетания форм внутреннего этического регулирования (совесть, долг) с институционально организованными формами внешнего этического контроля (деятельность профессиональных ассоциаций, этических комитетов и т.д.).

Сфера действия этических принципов и ценностей достаточно широка, но наиболее часто на это обращают внимание в драматических ситуациях, связанных со здоровьем. В то же время, медицинская практика не всегда предполагает решения вопросов о жизни и смерти, хотя такие проблемы как эвтаназия, трансплантация тканей, клонирование и генная инженерия, имеют к ней непосредственное отношение уже сейчас. Но в том то и важность вопроса, что пациенты - это среднестатистические индивиды, которые могут иметь полисоматические нарушения, а могут и не иметь, могут быть психически здоровыми, а могут и не быть, могут быть богатыми и бедными, представлять самые разные профессии, национальности, возраста и религии. Короче говоря, важность применения этических принципов в медицине объясняется, в первую очередь, общезначимостью данной сферы знания и деятельности.

Здесь возникает коллизия, которую редко удастся разрешить. Этические принципы неформальны, поскольку мораль всегда предполагает свободу выбора. Долженствование в этике изначально подчинено долженствованию в сфере политики, права, экономики и т.д. Это проявляется, в первую очередь, в деятельности этических комитетов медицинских учреждений, которые должны решать конфликтные ситуации, но решения эти не имеют обязательного смысла для государственных органов, социальных служб и административных структур. Диссертант подвергает критике №323-ФЗ в связи с отсутствием положений об этической регуляции в медицине.



В связи с несогласованностью клинических норм, юридических законов и этических правил в отечественном здравоохранении, страдают не только и не столько пациенты, сколько медицинские работники, о чем говорится в **Главе 3. «ВРАЧ КАК ПРОФЕССИОНАЛ И СУБЪЕКТ ПРАВА: ДИХОТОМИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ».**

Как было показано в предыдущих разделах работы, медицинская деятельность регулируется профессиональными стандартами, этическими нормами и юридическими законами. Но если этическая составляющая не только выделяется как особая, но и присутствует во всех видах нормативной регуляции (в соответствии с природой морали), то профессиональная и юридическая детерминанты врачебной деятельности не всегда согласуются между собой. Поэтому встает вопрос – чем должен руководствоваться врач в ситуации нормативного конфликта – своими клиническими знаниями и навыками или буквой закона? Вопрос не риторический, поскольку всякое неэффективное действие врача, обычно, объявляется врачебной ошибкой, а она в общественном сознании приравнивается к преступлению, хотя в юриспруденции термина «ошибка» не существует. Рассмотрению этой проблемы посвящен **§3.1 «Врачебная ошибка: дефиниция и типология».**

Проблема врачебной ошибки всегда остается очень острой как в медицинском, так и в социальном контексте, поскольку деятельность врача с древних времен довольно жестко регламентировалась посредством различного рода социальных норм. Документальные упоминания о ненадлежащем врачевании, ошибках и их последствиях в России относятся ко второй половине XVI века. В России первыми официальными документами, предусматривающими наказание за ненадлежащее врачевание и ошибки, были указы 1686 и 1700 г., которые вошли в полное собрание законов Российской империи под названием «Боярский приговор о наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным». Советский период характеризуется ростом числа норм, предусматривающих уголовную

ответственность медицинских работников, в связи с чем проблема врачебной ошибки приобрела свою остроту применительно к потребностям судебно-следственной практики.

Традиционно понятие «врачебная ошибка» основывалось на невиновном причинении вреда при наличии добросовестного отношения медицинских работников к своим обязанностям. Здесь присутствует типичный изоморфизм между диагностикой и лечением: неверный диагноз всегда предполагает неверное лечение, но правильный диагноз не всегда предполагает отсутствие ошибок в лечении. Хотя их вероятность при правильном диагнозе резко снижается. И здесь встает вопрос о том, какой же вред вообще может принести врач пациенту?

В литературе (Юдин Б.Г., Седова Н.Н., Петров В.И.) выделяют четыре разновидности «медицинского вреда»: а) вред, вызванный бездействием (неоказание помощи); б) вред, вызванный небрежностью или злым умыслом; в) вред, вызванный неквалифицированными (или необдуманно) действиями; г) вред, вызванный необходимыми в данной ситуации действиями. При этом классификация вреда проводится первоначально в этическом поле. А здесь существует такое понятие, как вред, нанесенный по необходимости. В принципе, корпоративная этика всегда позволяет коллегам оценить нанесенный их товарищем вред именно так. Но в этом случае правовая оценка уже не дается, предмет рассмотрения выводится из правового поля. Следовательно, предметом интереса в праве является вред здоровью как результат определенных действий. Причины и субъекты этих действий не персонифицируются и не идентифицируются. Предметом интереса в биоэтике является вред как непосредственное действие, совершенное медицинским работником на основании определенных мотивов. Этическая классификация вреда может быть полезна при правовой оценке, но она имеет смысл тогда, когда нанесение вреда является юридически установленным фактом. Эти ситуации рассматриваются в работе на конкретных примерах. В результате диссертант предлагает следующую

дефиницию: *врачебная ошибка - это невиновное причинение вреда здоровью или жизни лица в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических и/или реабилитационных мероприятий практикующим врачом, имеющим лицензию на деятельность данного рода*. Но почему в массовом сознании россиян такое понимание врачебной ошибки не закрепилось? Диссертант предполагает, что существование неверных представлений в этом вопросе зависит от агентов влияния на массовое сознание, о чем идет речь в **§3.2 «Различия в трактовке врачебной ошибки агентами формирования массового сознания (по материалам анкетирования и контент-анализа публикаций)»**.

Здесь интерпретируются данные социологических исследований по проблеме врачебной ошибки, которые ясно показывают дифференцированное понимание данного феномена у специалистов и неспециалистов. Очевидно, что агентами формирования массового сознания в данном вопросе выступают а) профессионалы-медики и б) средства массовой информации, включая интернет-публикации. Поэтому материалом исследования служили а) публикации в научной литературе, б) публикации в СМИ, в) мнения врачей и пациентов, г) клинические случаи. Применялись социологические методы: контент-анализ, фокус-группа, анкетирование. В качестве экспертов были привлечены работники судебно-медицинской экспертизы, это объяснялось тем, что судебно-медицинская экспертиза занимает как бы промежуточное пространство между медициной и правосудием. Разделяет она их или объединяет? Как раз это и удалось выяснить в ходе исследования.

По мнению половины экспертов, их заключения, порой, противоречат выводам следственных органов и только 10% отрицали расхождение мнений следствия и судебно-медицинского заключения в своей практической деятельности. Как видим, 90% экспертов косвенно признали конфликты с работниками правоохранительных органов. 80% экспертов указали, что основной причиной конфликтов с правоохранительными органами являются

сроки выполнения экспертиз, 10% затруднились ответить, а 10% указали, что причиной конфликта чаще является «расхождение результатов экспертизы с мнением и желанием следователя». Получается, что разногласия, в основном, связаны с операциональной стороной экспертизы, а не с ее содержанием, поскольку наличие врачебной ошибки может установить только профессиональный медик, но никак не юрист. Тем более не может выноситься достоверных суждений по этому поводу на уровне массового сознания. Тем не менее, суждения выносятся и, как правило, не в пользу врачей. По мнению диссертанта, причина в том, что такие установки сознательно формируются у населения средствами массовой информации и интернет-авторами.

Для анализа влияния СМИ и Интернета на отношение к врачебной ошибке населения, в работе были использованы данные, полученные А.Кузнецовым, Т.Фоминой и др. путем контент-анализа публикаций по проблеме врачебных ошибок в СМИ. Им было отмечено, что количество Интернет-публикаций, посвященных врачебным ошибкам, постоянно растет, причем, под врачебной ошибкой понимают и неправильные действия врача, произведенные по независящим от него причинам, а потому не позволяющие признать его виновным в причинении вреда (12%), любые действия врачей и/или медперсонала, нанесшие любой (!) вред пациенту (62%), преступления врачей, повлекшие гибель пациента (26%). Анализ научных публикаций по проблеме показал, что представленные случаи можно оценить как врачебные ошибки в 20% (из них 10% проблематичны). Те же случаи оцениваются СМИ как врачебные ошибки в 39%. Иногда вместо термина «врачебная ошибка» употребляется термин «преступная халатность», это больше соответствует истине, но меньше упоминается в СМИ (19% - СМИ, 31% - научные публикации). 24% публикаций в СМИ содержали термин «врачебная ошибка», но он не имел смысловой нагрузки.

Сопоставив данные упомянутых исследований, диссертант пришел к выводу, что проблема врачебной ошибки для массового сознания предстает в

недифференцированном виде не только вследствие некомпетентности, но и под влиянием СМИ, которые не отличают ошибки от проступков и преступлений. Ими освещается, преимущественно, операциональная сторона ситуации негативных результатов общения врача и пациента. Все это ведет к формированию в общественном сознании негативного образа врача, снижает уровень позитивных установок людей на общение с медицинскими работниками и, следовательно, на медико-профилактические мероприятия. Такие публикации формируют фобии и у самих медицинских работников, способствуют их психологической дестабилизации и, следовательно, провоцируют новые ошибки.

Для того чтобы выяснить, в чем состоит разница подходов к оценке врачебной ошибки отдельных социальных групп - профессионалов и потребителей медицинских услуг, были проведены 3фокус-группы, результаты одной из них представлены в § 3.3 **«Отношение к врачебным ошибкам в разных социальных группах (по материалам фокус-группы)»**. Участники группы рассматривали конкретные случаи врачебных ошибок и давали свою оценку. В результате были получены ответы на следующие вопросы:

*Что такое врачебная ошибка?* - Действие, имеющее негативный эффект для здоровья пациента, который, однако, не зависит от врача (общее мнение).

*Можно ли избежать врачебных ошибок?* - Нет (общее мнение).

*Является ли врачебная ошибка а) преступлением, б) некачественным оказанием помощи?* – Ни тем, ни другим (общее мнение) в) правонарушением? – Да (пациенты, пострадавшие от врачебных ошибок).

*Можно ли снизить количество врачебных ошибок?* - Да, если ввести обязательное страхование врачебной ошибки (специалисты и представители следственных органов). Да, улучшив условия труда врачей (пациенты).

*Есть ли гарантия снижения числа врачебных ошибок?*- Да, высокий уровень профессионализма (общее мнение).

*В чем причины врачебных ошибок?* - Отсутствие системного подхода в постановке диагноза; избыточная диагностика и избыточная лекарственная терапия; недостаточная квалифицированность медперсонала.

*Кто должен возмещать ущерб, нанесенный при врачебной ошибке: врач? медицинское учреждение? страховая компания?* – Страховая компания (общее мнение).

Общим выводом дискуссии стал тот, что в случае ошибки врач не защищен. Но защищен ли он в других случаях? Этот вопрос рассматривается в §3.4 «Правовой статус медицинских работников». Здесь отмечается, что одним из научных направлений всех Национальных съездов (Конгрессов) по медицинскому праву (Москва 2003, 2005, 2007, 2009, Казань, 2011) была именно проблема прав и обязанностей медицинских работников. Права пациента являются неотъемлемой составной частью прав человека, права медицинских работников – тоже, но внимания им уделяется в обществе гораздо меньше. Более того, врачи, как показали исследования последних лет (Приз Е.В., Седова Н.Н., Сергеева Н.В.), очень плохо осознают свои права и не умеют их защищать. Врачи также пока плохо ориентируются в понятиях «медицинская помощь» и «медицинская услуга», склоняясь к мнению, что услуги – это дополнительная помощь, оказываемая не в рамках страховой медицины, а за деньги клиентов (Михальченко Д.В., Мажаренко В.А.). Они считают, что имеют право на «терапевтическую привилегию», хотя понятие это сугубо этическое. Примеры можно продолжить. Но дело не только в низком уровне правовой грамотности врачей. Результаты исследования показали, что сами медицинские работники социально уязвимы во многих отношениях, прежде всего, в экономическом. В среднем затраты времени на получение профессионального медицинского образования составляют 9 лет. Средняя заработная плата опрошенных диссертантом врачей составила примерно 1,5 МРОТ в месяц, что согласуется с данными исследований других авторов (Доника А.Д., Карпович А.А., Приз Е.В., Леонова В.А.). Только 15% респондентов считали, что их труд оплачивается по

справедливости, еще четверть считали, что это бывает иногда, большинство же (57%) уверенно дали отрицательные оценки. Больше всего не устраивает врачей несоответствие заработка трудовому вкладу (63%).

Аналогичная ситуация и в правовом поле. В №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» есть глава – «Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья». Прав и обязанностей медицинских работников в сфере охраны здоровья здесь нет. Значит, они не граждане? Или они – бесправные граждане? Проведя такую жесткую редукцию, диссертант хотел подчеркнуть, что и в новом Законе пациенты живут отдельно, а медицинские работники – отдельно. Их права и обязанности в документе никак не согласованы. Правам медицинских работников посвящена Статья 72. Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования. Всего прав медицинских работников в документе 7. Но в большинстве своем – это права их как граждан России, уже закрепленные в других правовых документах. Так, п. 1.1 данной статьи предусмотрен Конституцией РФ, пп. 1.2, 1.3, 1.5 – Трудовым Кодексом РФ. Так в чем же отличие прав медицинских работников от прав граждан вообще? В чем специфика их деятельности, требующая дополнительной нормативной регуляции?

Корреляция с правами пациентов проведена в Статье 74. Ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности. Там предусмотрено 6 ограничений для медицинских работников и 4 – для фармацевтических. В целом ограничения сформулированы так, чтобы соответствовать целям защиты прав пациентов – и в этом достоинство документа. Но не прописано обратное соотношение – обязанностей пациента как соответствующих задачам защиты прав медицинских работников. Анализ нового Закона РФ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» подтвердил необходимость дальнейшей работы в решении проблемы охраны прав медицинских работников, поскольку социальная задача приведения в

соответствие прав пациентов и прав медицинских работников в нем не решена. В диссертации предлагается вариант ее решения. Он представлен в

### **§3.5 «Страхование профессиональной ответственности как форма социальной защиты пациентов и медицинских работников».**

Нормообразующую функцию в деятельности медицинских работников осуществляет не только государство. К агентам защиты прав медицинских работников диссертант относит корпоративные добровольные объединения (медицинские ассоциации) и независимые этические комитеты ЛПУ. Деятельность этих субъектов специально законодательством не прописывается, хотя регламентирующие документы разработаны и действуют. Кроме того, это нецелевые субъекты – защита прав врачей не является их основной задачей, но коррелирует с решением других заявленных задач. Таким образом, хотя некоторые институциональные признаки эти социальные субъекты и имеют, неформальные компоненты в их деятельности играют достаточно большую роль для того, чтобы не считать их полностью институализированными.

В работе приводятся данные опроса об отношении самих врачей к своим профессиональным объединениям. В ответах на вопрос: «Какая роль, по Вашему мнению, должна принадлежать Российской медицинской ассоциации в реформах отрасли?» 1-ое место пришлось на функцию «Защита профессиональных и экономических интересов врачей». В целом за это высказались 40,2% опрошенных медицинских работников. Чаше других этот вариант ответа выбирали городские врачи (61%), реже – сельские (38%). 2-ое место занимает ответ «Формирование и выражение корпоративного мнения врачей РФ по основным направлениям реформы здравоохранения». Это мнение поддержали в целом 36,5% специалистов. Соответственно за 3-е ранговое место «Информационное обеспечение профессиональной медицинской деятельности» отдали свои голоса 23,3%. В целом же все опрошенные были согласны с тем, что государство пока не готово



использовать потенциал профессиональных ассоциаций для повышения эффективности поддержки медицинских работников.

Несколько большее влияние имеют независимые этические комитеты ЛПУ – их заключения могут приниматься судами, хотя все зависит от позиции судьи. Этические комитеты лечебных учреждений учреждаются как консультативные группы и привлекаются в тех случаях, когда возникают моральные трудности. Их прерогатива - обсуждение сложных этических проблем, возникших в клинической практике и формулировка рекомендаций о том, как эти проблемы следует решать. Смысл существования комитетов по этике и этических консультаций в том, чтобы не доводить проблемную ситуацию до суда, а попытаться решить на межличностном уровне, путем разумного соглашения. Этические комитеты формируются из независимых лиц, компетентных в вопросах биоэтики, которые могут оценить медицинскую сторону дела и дать советы не только практикующим врачам, но и пациентам.

Диссертант считает деятельность вышеназванных субъектов полезной и заслуживающей внимания, но не достаточной для обеспечения защиты врачей конкретно в ситуации врачебной ошибки. Достаточным условием этого может быть только страхование профессиональной ответственности. В работе приводятся результаты опроса врачей об их отношении к введению такого страхования. Оказалось, что большинство врачей имеют заинтересованность в полисе страхования профессиональной ответственности (89%), мотивируя ее обретением стабильности или запросами пациентов (60, 5%), однако не готовы приобретать полисы за свой счет. Основными причинами, затрудняющими процесс страхования профессиональной ответственности, по мнению врачей, является несовершенство профессионального законодательства и законодательства о страховании. Большинство респондентов видит в роли страхователя либо медицинскую организацию (42%), либо государство (29%). В интервью врачи в качестве причин, по которым они не желают или не могут

застраховать свою профессиональную ответственность лично, большинство указало на низкий уровень оплаты труда в здравоохранении (73%). Полученные данные демонстрируют, что 70% врачей недостаточно осведомлены о возможностях страхования своей профессиональной ответственности, при этом 49% респондентов, из числа опрошенных, отдают свое предпочтение обязательной форме страхования, подразумевая под этим гарантии со стороны государства при возникновении страхового случая.

Исследование показало, что необходима юридическая модернизация собственно медицинской деятельности, основой которой является придание врачу статуса субъекта гражданско-правовых отношений.

**В ЗАКЛЮЧЕНИИ** отмечается, что гипотеза исследования подтвердилась, и на этом основании формулируются социальные принципы нормативной регуляции медицинской деятельности:

*Принцип социального контроля над расширением медицинских вмешательств.*

*Принцип приоритета моральных ценностей в медицине.*

*Принцип первичности клинических норм медицинской деятельности по отношению к юридическим законам.*

*Принцип комплементарности прав пациентов и прав медицинских работников.*

*Принцип конкретизации концепции прав человека в медицине в соответствии с национальной и профессиональной спецификой.*

Реализация этих принципов может быть осуществлена в соответствии со следующими **практическими рекомендациями**, разработанными на основании выводов исследования:

- Поскольку необоснованные медицинские вмешательства провоцируют социальный риск возрастания зависимости пациентов от врачей, необходима этическая экспертиза Стандартов оказания медицинской помощи, которые в настоящее время находятся в стадии разработки, а также создание сети больничных этических комитетов, которые проводили бы

экспертизу случаев необоснованных вмешательств. Это, в свою очередь, требует разработки Министерством здравоохранения России специального Положения об этическом комитете медицинской организации.

- Риск повышения властного ресурса медицины увеличивается в ситуации социальной незащищенности врачей. Государство должно *оптимизировать* свои функции в сфере правовой и экономической политики в здравоохранении. Необходима разработка *социологического мониторинга* нововведений в оплате труда с позиций повышения социальной защищенности врачей.

- Многие недостатки социальной организации нормативного обеспечения медицинской деятельности, как показало исследование, связаны с ее дискретностью. Несогласованности, а, порой, и разнонаправленности клинических стандартов, этических норм и законодательных актов можно избежать, если аккумулировать данные о состоянии нормативной регуляции медицинской деятельности на основе регулярного социологического мониторинга. Для этого необходимо создать *социологическое подразделение* в Министерстве здравоохранения России и открыть штатные должности *социологов медицины* в региональных органах здравоохранения. Эти должности могут занимать выпускники вводимой в настоящее время в ПММУ им. И.М.Сеченова специальности «*Врач – социолог медицины*».

- Для создания рационально обоснованной системы нормативной регуляции медицинской деятельности необходимы квалифицированные кадры. Поэтому социально оправданным представляется открытие в системе додипломного образования в высшей медицинской школе специальности «Медицинское право» с присвоением выпускникам квалификации «*Врач-юрист*». Кроме того, полезно было бы разработать и внедрить модель непрерывного этико-правового образования для студентов медицинских вузов с 1 по 5-6 курсы и системы последипломного образования.

- Уже много лет ведется разработка федерального закона о страховании профессиональной ответственности врачей. Целесообразно

завершить этот процесс принятием данного закона, поскольку без него система защиты прав пациентов, равно как и гарантии прав врачей работать не могут.

По материалам диссертации опубликованы следующие **научные работы:**

### **Монографии**

1. Бударин Г.Ю., Петров А.В., Седова Н.Н. *медицинские нормы и юридические законы*. М., «Юрист». 2012 – 19 п.л.

### **Статьи в журналах Перечня ВАК**

- 2.Бударин Г.Ю. *Обеспечение прав пациентов сельской местности на качественную медицинскую помощь/ Г.Ю.Бударин, М.Н.Подольская, Г.А.Хуако // Социальное и пенсионное право. – 2013. - № 2 – 0,55 п.л.*
- 3.Бударин Г.Ю. *Профессиональный контекст стратегии выживания в крупном промышленном городе (на модели профессиональной группы врачей)/ Г.Ю.Бударин, В.А.Леонова// Социология города.- 2013. - №1. – 0,3 п.л.*
- 4.Бударин Г.Ю. *Проблемы юридического обеспечения программы модернизации здравоохранения / Г.Ю.Бударин, Е.Г.Камкин// Медицинское право. - 2013- №2 - 0,35 п.л.*
- 5.Бударин Г.Ю.*Правовая модель профилактики наркоманий/ Г.Ю.Бударин, С.А.Вешнева // Социальное и пенсионное право. 2013.- № 1- 0,5 п.л.*
- 6.Бударин Г.Ю. *Методология взаимосвязи социологии медицины и социологических теорий среднего уровня/ Г.Ю.Бударин //Социология медицины. - 2012. № 2 – 0,3 п.л.*
- 7.Бударин Г.Ю.*Городские жители как пациенты: чем они недовольны?/ Г.Ю.Бударин, В.В.Шкарин //Социология города. - 2012. №1. -0,5 п.л.*
- 8.Бударин Г.Ю. *Этика Парацельса/ Г.Ю.Бударин, А.А.Бушля// Биоэтика. - 2012. - №1 (9) – 0,5 п.л.*
- 9.Бударин Г.Ю.*Биоэтика в философском пространстве России (Впечатления о VI Российском философском конгрессе) // Биоэтика. 2012. №10.- 0,3 п.л.*
- 10.Бударин Г.Ю.*Риски наркотизации в среде городской молодежи / С.А.Вешнева, Г.Ю.Бударин //Социология города.- 2012. № 2. – 0,4 п.л.*
- 11.Бударин Г.Ю. *Современные тенденции развития законодательства в области здравоохранении / Г.Ю.Бударин, В.В.Шкарин // Социальное и пенсионное право. - 2012. № 4 – 0,4 п.л.*
- 12.Бударин Г.Ю. *Медикализация жизни пожилых людей как нарушение их прав / Г.Ю.Бударин, Е.В.Приз //Социальное и пенсионное право. – 2011. - №3 – 0,4 п.л.*

13.Бударин Г.Ю. Нравственная опасность медиализации// *Биоэтика*. - 2010. №2(6) – 0,3 п.л.

14. Бударин Г.Ю. Детерминанты потребительского выбора фармацевтических продуктов в крупном промышленном городе / А.В.Басов, Г.Ю.Бударин// *Социология города*. - 2010. № 2- 0,5 п.л.

15.Бударин Г.Ю. Этика отношений врачей и медицинских представителей / Д.О.Михайлова, Г.Ю.Бударин, А.В.Басов // *Биоэтика* - 2010. №2(6) – 0,4 п.л..

### ***Статьи в научных сборниках и главы в коллективных монографиях***

16.Бударин Г.Ю. Отношение экспертов к врачебной ошибке (по материалам фокус-группы) // *Социология медицины – реформе здравоохранения*. Волгоград. – 2013. – 0,3 п.л.

17.Бударин Г.Ю. Врач как профессионал и субъект права: дихотомия социальной роли/ Н.Н.Седова, Г.Ю.Бударин // *Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития*. М. – 2013. – 0,5 п.л.

18.Бударин Г.Ю. Биополитика как концептуальная модель/ Г.Ю.Щекин, Г.Ю.Бударин // *Философские проблемы биологии и медицины: естественнонаучный и гуманитарный полилог*. М.- 2013. – 0,2 п.л.

19.Бударин Г.Ю.Преподавание биоэтики как междисциплинарная проблема// *Философские проблемы биологии и медицины: естественнонаучный и гуманитарный полилог*. М.- 2013. – 0,2 п.л.

20.Бударин Г.Ю.О статусе биоэтики как культурной парадигмы выживания/ Н.Н.Седова, Н.В.Сергеева, Г.Ю.Бударин / *Стратегия выживания в контексте биоэтики, философии и медицины*. Кишинев. 2013. – Т.3. - 0,3 п.л.

21.Бударин Г.Ю.Необходимость социологической экспертизы в сфере медицинского права/ Г.Ю.Бударин, Е.В.Приз// *Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. — М.: РОС, 2012. — 1 CD ROM. С. .с. 3821 - 3827*

22.GlebBudarín. Three stages of bioethical education// *Bioethics education: content, methods, trends.*/ Natalia Sedova, GlebBudarín// Israel. Tiberia. 2012 – 0,2п.л.

23.Бударин Г.Ю. Методология взаимосвязи социологии медицины и социологических теорий среднего уровня./ С.А.Варгина, Г.Ю.Бударин // *Социология медицины: наука и практика*. М. 2012. – 0,3 п.л.

24.Бударин Г.Ю. Этика отношений врачей и производителей лекарственных средств/ Н.Н.Седова, Г.Ю.Бударин// *Стратегия безопасного развития современной цивилизации в контексте биоэтики, философии и медицины*. Кишинев. 2011. – Т.2. - 0,3 п.л.

25.Бударин Г.Ю. Отношение врачей к страхованию врачебной ошибки// *Медицинское право и биоэтика – гаранты обеспечения прав граждан на охрану здоровья*. Казань. – 2011.- 0,4 п.л.

- 26.Бударин Г.Ю. Биоэтика как прикладная философия/ Н.Н.Седова, Г.Ю.Бударин // Научные труды четвертого Национального конгресса по биоэтике с международным участием. Киев. 20-23 сентября 2010 г. – 0,3 п.л.
- 27.Бударин Г.Ю. Способы разрешения конфликтов между врачом и пациентом/ Г.Ю.Бударин, В.Н.Толкунов //Социология медицины – реформе здравоохранения. Волгоград. 2010. – 0, 3 п.л.
- 28.Бударин Г.Ю. Этические риски медиализации культуры/ Н.Н.Седова, Н.В.Сергеева, Г.Ю.Бударин // Проблемы человека в современном социально-гуманитарном знании. Витебск. 2010. – 0,4 п.л.
- 29.Бударин Г.Ю.// «Власть врачей» - миф или реальность? Современные исследования социальных проблем. Красноярск. – 2010. – 0,4 п.л.
- 30.Бударин Г.Ю. Врачи и СМИ как конкурирующие источники информации для потребителей медицинских услуг/ А.В.Кузнецов, Г.Ю.Бударин // Институционализация социологии медицины: проблемы, методы, перспективы развития: материалы Интернет – конференции. – Новосибирск: НГМУ, 1-30 июня 2009. – 0,2п.л.
- 31.Бударин Г.Ю.Преподавание биоэтики в медицинских колледжах (на материале г.Волгограда)/ Г.Ю.Бударин, Н.В.Сергеева// Биоэтика в системе здравоохранения и медицинского образования. Львів. 2009. – 0,3 п.л.
- 32.Бударин Г.Ю. Критерии оценки качества жизни в биоэтике/ Н.Н.Седова, Г.Ю.Бударин // Современные проблемы качества жизни, связанного со здоровьем. Архангельск, 2009. – 0,4 п.л.
- 33.Sedova N.N., BudarinG.Yu. Typology of ethical expertise // The Challenge of Cross-Cultural Bioethics in the 21st Century. Rijeka. Croatia . 2008 – 0,3п.л.
- 34.Бударин Г.Ю. Нормативная институционализация как проблема современной российской культуры/ Н.Н.Седова, Г.Ю.Бударин // Человек, общество, история: методологические инновации и региональный контекст. Волгоград. Изд-во ВолГУ. 2008. – 0,5 п.л.
- 35.Бударин Г.Ю. Правовые риски медиализации// Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья. Иваново-Владимир. Изд-во «Талка». 2008 – 0,4 п.л.
- 36.Бударин Г.Ю. Этическая экспертиза диссертационных исследований/ Н.Н.Седова, Г.Ю.Бударин // Биоэтика и права человека. Казань. 2008 – 0,2 п.л.
- 37.Бударин Г.Ю. Права пациентов и «терапевтическая привилегия» врача// Научные труды III Всероссийского съезда (национального конгресса) по медицинскому праву. М. – 2007. – 0,3 п.л.
- 38.Бударин Г.Ю. По материалам международной конференции «Модернизация Германии и России в XXI веке: перестройка социальных систем и национальные стратегические проекты» (28–30 сентября 2006 г., г.Мюнхен (ФРГ))//Публикация на веб-сайте Межрегионального фонда информационных технологий [Электронный ресурс]: [http://www.mfit.ru/local/obzor/300906\\_itog.html](http://www.mfit.ru/local/obzor/300906_itog.html) – 0,5 п.л.

39.Бударин Г.Ю.Роль медицинской науки в современном мире/ Н.Н.Седова, Г.Ю.Бударин // Новые технологии в медицине. Волгоград. Изд-во ВолГМУ, 2005 – 0,4 п.л.

40.Бударин Г.Ю. Принятие решений в медицине: роль врача и пациента / Г.Ю.Бударин, А.А.Бондарев//Научные Труды 63-й конференции молодых ученых ВолГМУ , Волгоград, 2005 – 0,35 п.л.

41.Бударин Г.Ю. Социальный смысл расширения медицинских вмешательств// Медицинское образование XXI века. Витебск. Изд-во ВГУ, 2004 – 0,4 п.л.

42.Бударин Г.Ю. Отношение участковых врачей-терапевтов к медикализации// Социология медицины – реформе здравоохранения. Волгоград, 2004 – 0,4 п.л.

43.Бударин Г.Ю. Патерналистская модель в высшем медицинском образовании: западный опыт и уроки для России// Философские, психолого-педагогические и социально-экономические проблемы современного высшего образования. Ставрополь. Изд-во СКГТУ, 2002 – 0,3 п.л.

#### **Малые научные издания**

44.Бударин Г.Ю. Этика внедрения стандартов оказания медицинской помощи. Волгоград. 2012. – 1,2 п.л.

45.Бударин Г.Ю. Этические принципы анализа врачебных ошибок. Волгоград. 2011. – 1,4 п.л.

46.Кириянов А.Ю., Андреева Л.А., Бударин Г.Ю., Гуров Д.Ю., Замышляев Д.В., Кузнецов А.В. Методические рекомендации по действиям в условиях пожаров, задымления, иных состояниях угрозы жизни и здоровью населения. М. 2011. - 3,5 п.л.

47.Кириянов А.Ю., Андреева Л.А., Бударин Г.Ю., Гуров Д.Ю., Замышляев Д.В. Методические рекомендации по действиям в условиях пожаров, задымления, иных состояниях угрозы жизни и здоровью населения. Издание второе (переработанное). М. 2012. - 6,5 п.л.

48.Кириянов А.Ю., Андреева Л.А., Бударин Г.Ю., Гаврилова Н.В., Гуров Д.Ю., Замышляев Д.В. Методические рекомендации по медико-социальной и правовой адаптации слабослышащих и профилактике нарушений слуха. Екатеринбург, НП "Регионы XXI век". 2013 - 4,5 п.л.