

3. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. *Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007: 204—5.
 4. Воробьев И.В. Главный контролер для врача — это его совесть. *Медицинский вестник*. 2014; 29 (678): 4.
 5. Самородская И. Непослушные пациенты. *Медицинский вестник*. 2015; 1—2 (686—687): 20—1.
 6. Сокол А.Ф., Шурупова Р.В. *Современный врач: особенности, пути совершенствования. Монография*. Беэр-Шева; 2014: 8, 134—5.
 7. Группэн Д. *Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы. Академия медицинских знаний*. М.: Эксмо; 2008.
 8. Невинная И. На прием пациента ответит 10 минут. *Российская газета*. 2014. <http://www.rg.ru/2014/05/11/vrachi-site.html>
 9. Зильбер А. Воспитывая гуманитарную культуру *Медицинская газета*. 2014; 9: 10—1.
 10. Самородская И. Агрессия и выгорание. *Медицинский вестник*. 2014; 29: 20.
- Поступила 03.07.2015
- REFERENCES
1. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: Manual. [Sotsiologiya meditsiny: Rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2014: 173—5. (in Russian)
 2. Sergeev Yu.D., Erofeev S.V. *Adverse outcome of medical care: Monograph. [Nebлагopriyatnyy iskhod okazaniya meditsinskoy pomoshchi: Monografiya]*. Moscow. — 2001: 21—23. (in Russian)
 3. Sergeev Yu.D., Mokhov A.A. *Improper healing: compensation for harm to health and life of the patient. [Nenadlezhashchee vrachevanie: vozmeshchenie vreda zdorov'yu i zhizni patsienta]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2007: 204—5. (in Russian)
 4. Vorob'ev I.V. Main controller for the doctor is his conscience. *Meditsinskiy vestnik*. 2014; 29 (678): 4. (in Russian)
 5. Samorodskaya I. Unruly patients. *Meditsinskiy vestnik*. 2015; 1—2 (686—687): 20—1. (in Russian)
 6. Sokol A.F., Shurupova R.V. *Modern Doctor: Features, Ways to Improve. Monograph. [Sovremennyy vrach: osobennosti, puti sovershenstvovaniya: Monografiya]*. Beer-Sheva; 2014: 8, 134—5. (in Russian)
 7. Grupmen D. *How does doctor think? Why doctors make mistakes, and how patients can save themselves by asking them right questions*. Moscow; 2008. (in Russian)
 8. Nevinnaya I. 10 minutes to take the patient. *Rossiyskaya gazeta*. 2014. <http://www.rg.ru/2014/05/11/vrachi-site.html> (in Russian)
 9. Zil'ber A. Educating the humanitarian culture. *Meditsinskaya gazeta*. 2014; 9: 10—1. (in Russian)
 10. Samorodskaya I. Aggression and burnout. *Meditsinskiy vestnik*. 2014; 29: 20. (in Russian)
- Received 03.07.2015

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 614.253

Шамликашвили Ц.А., Островский А.Н., Сильницкая А.С., Кабанова Е.В.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ЭФФЕКТИВНОГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В ПРАКТИКУ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОТВЕТ НА ВЫЗОВ ВРЕМЕНИ: ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

ФГБУ "Федеральный институт медиации", 117997, Москва, Россия

Для корреспонденции: Островский Антон Николаевич, a.ostrovskiy@fedim.ru

В статье обоснованы исторические предпосылки формирования патернализма в общении врача и пациента, указана актуальность смены коммуникативной парадигмы в их взаимодействии, интеграции медиации в сферу здравоохранения с целью эффективной профилактики и урегулирования споров/конфликтов. Авторы представляют перечень задач, решение которых необходимо для создания системы эффективного предупреждения и разрешения конфликтов, связанных с оказанием медицинской помощи, основанной на применении медиации и медиативного подхода (авторского подхода, разработанного АНО "Центр медиации и права") и ее интеграции в российскую систему здравоохранения.

Ключевые слова: медиация; медиативный подход; медицинская помощь; здравоохранение; разрешение конфликтов.

Для цитирования: Социология медицины. 2015; 14 (2): 19—24.

Shamlikashvili Ts.A., Ostrovskii A.N., Silnitskaia A.S., Kabanova E.V.

THE IMPLEMENTATION OF SYSTEM OF EFFECTIVE PREVENTION AND RESOLUTION OF CONFLICTS INTO PRACTICE OF RUSSIAN HEALTH CARE AS A RESPONSE TO CHALLENGE OF TIME: MAIN TASKS AND MEANS OF THEIR SOLUTION

The federal institute of mediation, 117997 Moscow, Russia

For correspondence: Ostrovskii A.N. a.ostrovskiy@fedim.ru

The article substantiates historical prerequisites of development of paternalism in physician-patient communication. The actuality of replacement of communicative paradigm in their interaction is noted. The integration of mediation in health care sphere for the purpose of effective prevention and regulation of controversies/conflicts is underlined. The listing of tasks is presented to be solved with purpose of developing system of effective prevention and resolution of conflicts related to medical care support based on application of mediation and mediative approach (original approach developed by the Center of mediation and law) and its integration into Russian health care system.

Key words: mediation; mediative approach; medical care; health care; resolution of conflicts

For citation: Sociologia meditsini. 2015; 14 (2): 19—24.

Характерной чертой последнего десятилетия развития российского здравоохранения стал рост числа формализованных претензий: жалоб и судебных исков пациентов к лечебным учреждениям, вызванных неудовлетворенностью качеством оказанной медицинской помощи. Было бы наивно предполагать, что на фоне активного развития новых диагностических и лечебных технологий, значительного улучшения материально-технической базы отечественных ЛПУ и усиления ведомственного и вневедомственного надзора за внутренними технологическими процессами организации их работы значительное снижение уровня качества услуг стало объективным фактором, вызывающим активное недовольство россиян. Данное явление может быть объяснено скорее ростом гражданского самосознания и правовой грамотности населения, созданием юридических практик, с легкостью берущихся за "медицинские" дела, а также сменой парадигмы общественного восприятия медицины, начавшейся еще в прошлом веке и уже в наше время приобретшей черты социальной аномии.

Последний фактор нужно оценивать в качестве одной из научных гипотез, требующих более подробного пояснения и последующего изучения. Имеющие место коммуникативные барьеры между врачом и пациентом могут являться закономерным следствием эволюции истории отношений медицины и общества. Лечебное дело, зародившееся и получившее развитие в тесной связи с религией, издревле считалось мастерством сакральным, уделом избранных. Дистанция между непосвященными малограмотными народными массами и эскулапами — шаманами, знахарями, монахами-целителями — была закономерна и характеризовалась выраженным патернализмом, основанном на покровительственном отношении к пациенту, опеке, применении власти с целью предотвратить вред, который пациент может себе причинить или содействовать его благу, обычно насильственно лишая его при этом личной ответственности и свободы выбора. Подобная коммуникативная модель, уходящая корнями в язычество, в знахарство шаманов, уже в более позднюю эпоху абсолютно вписалась в формирующуюся этику религиозно-общественных отношений, где латинское понятие *pater* (отец, распространялось христианством не только на Бога, но и на священника, в том числе на священнослужителя-эскулапа. Смысл слова отец в патернализме фиксирует, что образцом связей между врачом и пациентом являются положительные психоэмоциональные привязанности, социально-моральная ответственность, а также "целебность", "божественность" самого "контакта" врача и больного [1]. Последующая институализация медицины как сложного элитарного ремесла, также являвшейся уделом избранных, образованных и обеспеченных, только усилила существующие социальные барьеры между врачом "барином" и его пациентами.

В советские времена переход медиков в статус государственных служащих дал последним полномочия участия в распределении благ, повлекшее неизбежные в таком случае злоупотребления противоправного и этического характера, что не могло способствовать сближению социальных групп, оказывающих и получающих медицинскую помощь. Кроме того, сформировавшаяся патерналистская модель отношения врача к пациенту была только усилена полномочиями работника здравоохранения, способного зачастую единолично ограничи-

вать или расширять доступ граждан к медицинской помощи как бесплатной государственной услуге.

Начавшееся в середине XX века развитие консюмеризма со свойственным ему отстаиванием потребителями своих прав происходило на фоне активной деятельности средств массовой информации, с одной стороны, просвещающих граждан в вопросах медицинских научно-популярных знаний о методах диагностики и лечения заболеваний, с другой — иногда исключительно с рейтинговой целью демонстрирующих населению "жареные" факты о врачебной халатности и низком уровне развития здравоохранения. Все это привело к прогнозируемой десакрализации медицины в общественном сознании. Требования соблюдения должных сроков и качества услуг в ЛПУ за "свои деньги", системное недоверие к врачам наравне с возможностью формализации претензий с помощью "медицинских" юристов со второй половины прошлого века стали данностью сначала западной, а затем и отечественной системы охраны общественного здоровья [2]. Между тем существующий уровень претензий пациентов к врачам далеко не всегда корреспондирует с низким уровнем качества оказываемых услуг. С.В. Ерофеев и В.В. Жаров [3] при юридической и судебно-медицинской оценке неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи свидетельствуют, что в 33—48% случаев неудовлетворенности пациента медицинским обслуживанием при последующей экспертизе медицинская помощь оценивается как надлежащая. По данным зарубежных источников, доля подобных случаев составляет от 53 до 59% [4, 5].

Приведенные факты позволяют предположить, что причинами недовольства пациентов могут быть особенности коммуникации врачей и пациентов. Традиционно сложившийся патерналистский стиль общения мешает врачу поддерживать оптимальный уровень прозрачности, открытости по поводу состояния здоровья пациента, что создает дефицит информации по поводу состояния здоровья пациента и его физической дееспособности, крайне важной для пациента и ключевой с позиций понимания им благополучия или даже продолжительности собственного будущего. Такая ситуация закономерно вызывает у пациента состояния тревоги и беспокойства [6—8]. Кроме того, соматические заболевания могут сопровождаться выраженными тревожными состояниями [9].

Очевидно, что коммуникативная позиция врача, позволяющая ему полнее прояснить с пациентом вопросы о динамике состояния здоровья последнего, могла бы предотвратить повышение интенсивности негативных переживаний пациента, что закономерно снизило бы вероятность возникновения конфликта.

Ситуация в системе коммуникаций врач—пациент приобретает черты достаточно известного в социологии явления, названного Э. Дюркгеймом "социальной аномией" и проецированного на проблематику современного отечественного здравоохранения А.В. Решетниковым: когда прежние правила и регулирующие нормы уже не работают, а новые не сформированы [10]. Российский пациент, имеющий доступ к масс-медиа и интернету, не верящий врачам, требующий уважительного отношения к себе как индивиду, имеющему право на собственную точку зрения, на информированный выбор, предполагающий возможность получения информации о своем заболевании в диалоге с врачом, сталкивается со стороны врача с традиционным медицинским

патернализмом, попыткой сохранения сакральности своего знания и элитарности своего профессионального статуса. Кроме того, надо отметить, что патерналистская модель коммуникаций удобна современному врачу, вынужденному в процессе диагностики и лечения опираться в первую очередь на технические средства и технологические стандарты, нежели на собственные клинические умения, в том числе относящиеся к сфере навыков эффективных коммуникаций с пациентом. В таких условиях излишнее общение с пациентом становится для врача своего рода обузой. Однако еще до того как научно-технический прогресс принес в медицину новейшие технологии, позволившие заменить многие умения и навыки врача, без которых еще полстолетия назад жизнь в профессии была непредставима, глубокое личное общение врача с больным являлось необходимым и неизбежным. Врач прошлого был вынужден хотя и снисходительно, с ограничением предоставляемой пациенту информации, но подробно и детально, следуя правилам деонтологии, коммуницировать с последним, неизменно сохраняя его психоэмоциональное благополучие в центре своего профессионального внимания. Между тем современный врач постепенно утрачивает способность общаться с пациентом, при том что развитие медицины на фоне внедрения новейших технологий требует еще более внимательного отношения к коммуникации пациента и врача.

Несмотря на то что в прошлом патернализм ставил врачей в значительно более выраженные неравные условия по отношению к пациентам, он одновременно формировал у медиков обостренное чувство ответственности, создавая тем самым предпосылки для неукоснительного следования правилам. Врачам XXI века не меньше, чем их предшественникам, требуются профессиональные коммуникативные навыки, позволяющие в сотрудничестве с пациентами оказывать последним высококвалифицированную медицинскую помощь, качество которой в общественном восприятии в значительной степени зависит от удовлетворенности взаимодействием с врачом. В противном случае нереализованный запрос общества на переход от патерналистской парадигмы отношений в системе врач—пациент к партнерской, не поддерживаемый врачебным сообществом, порождает рост неудовлетворенного ожидания пациентов и нарастающее число их жалоб и исков, влекущих моральные издержки сторон и репутационные потери ЛПУ. Кроме того, выходя за пределы лечебных учреждений, подобные формализованные претензии обрастают судебными и экспертными издержками, в том числе ложающимися на плечи государства [11].

По данным С.В. Ерофеева и В.В. Жарова наиболее частными поводами к заявлению претензий ЛПУ служат:

- ◆ высказывания медицинского персонала по заочной оценке качества медицинской помощи у конкретного больного, совершенные по самонадеянности, легкомыслию или умышленно и вводящие больного или его родственников в заблуждение;
- ◆ возникновение неприемлемого дефекта медицинской помощи в сочетании с материальным поощрением от больного, произведенным официально или неофициально;
- ◆ непредусмотрительно оптимистический прогноз, высказанный больному в отношении результатов диагностики, медицинского вмешательства или лечения в целом [3].

В ряде монографий по конфликтологии [11—13] авторы в качестве причины конфликта выделяют группы факторов объективные, организационно-управленческие, социально-психологические и личностные. При этом А.Я. Анцупов и соавт. подчеркивают, что раздельное рассмотрение субъективных и объективных факторов неправомерно. В числе факторов, на которые можно было бы повлиять с точки зрения изменения качества взаимодействия врача и пациента, мы выделим организационно-управленческие и социально-психологические. К первым авторы относят слабую разработанность и использование нормативных процедур разрешения противоречий, ко вторым — стереотипы конфликтного разрешения противоречий, бытующие в обществе. Сам конфликт рассматривается авторами как тип трудных жизненных ситуаций, авторы дают классификацию таких ситуаций. С точки зрения этой классификации самая "легкая" трудная ситуация, связанная с взаимодействием двух людей — это так называемая проблемная ситуация, когда в общении появилось противоречие на фоне положительного или нейтрального отношения оппонентов друг к другу. Межличностная напряженность в такой ситуации еще невелика. Ситуация общения врача, придерживающегося патерналистского стиля общения, и пациента, по мнению А.Я. Анцупова и соавт. [14], легко может стать проблемной. Кроме того, с точки зрения профессиональной деятельности врач также часто сталкивается с проблемной ситуацией, которая авторами определяется как новизна событий, происходящих в обычных обстоятельствах. Эта новизна может лежать не только в области содержательной работы с пациентом, но и в области общения с последним.

Исходя из положений, высказанных А.Я. Анцуповым, пациент будучи вовлеченным в процесс оказания медицинской помощи также оказывается в трудной ситуации: как минимум он сталкивается с так называемой *ситуацией неопределенности*, для которой характерна неизвестная обстановка/обстоятельства бытового плана, в которых индивид не знает как ему поступить, а как максимум — с *ситуацией опасности* (возникновение непосредственной угрозы — действительной или мнимой — здоровью или жизни человека) или даже *потери* (когда личность переживает понесенный ущерб и пытается не допустить увеличения потерь) [14]. Вышеприведенное теоретическое описание трудной ситуации жизнедеятельности для пациента в плане психологической феноменологии — это осознание человеком угрозы здоровью, трудностей, связанных с ограничением режима, препятствий к реализации своих целей, заметное изменение (действительное или мнимое) привычных параметров деятельности и общения и риск или фактическое наличие состояний психоэмоциональной напряженности как реакции на перечисленные трудности. В большей или меньшей степени подобные психологические феномены могут оказывать влияние на качество взаимодействия пациента и врача.

Уже перечисленных особенностей взаимодействия врача и пациента, а также трудностей (действительных или мнимых) со стороны каждой из сторон достаточно, чтобы отнести такое взаимодействие к группе риска с точки зрения трансформации в конфликт или спор, которые выражаются:

- ◆ в попытках ограничения действий оппонента, нарастание негативизма больного сталкивается с иг-

- норированием его мнения врачом;
- ◆ во взаимоусилении нанесения морального ущерба врачом (грубое обращение), поисками нанесенного ущерба со стороны пациента, что обычно подробно отражается в исковых заявлениях и материалах опросов медперсонала с диаметрально противоположных позиций;
- ◆ в превалировании приобщении сторон негативных эмоций с формированием "образа врага";
- ◆ в мобилизации ресурсов для победы над оппонентом, а не над недугом [15].

Возвращаясь к проблеме патернализма как к традиционно сложившейся практике межличностного взаимодействия врача и пациента, являющейся одной из ключевых причин связанных с коммуникациями конфликтов в здравоохранении, необходимо признать, что возможный диапазон навыков, используемых сторонами в процессе общения на тему оказания медицинской помощи, может быть значительно шире. По мнению С.Г. Стеценко, существуют следующие модели возможного взаимодействия сторон в процессе оказания медицинской помощи:

- ◆ патерналистская (врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе);
- ◆ либерационная (врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения);
- ◆ технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры);
- ◆ интерпретационная (врач беседует с больным, разъясняя суть его заболевания) [15].

Фактор личностных особенностей пациента не может быть не учтен ни на уровне межличностного взаимодействия пациента и врача, ни на уровне организации всего процесса оказания медицинской помощи. Этот фактор зачастую зависит от уровня образования больного и коммуникативных традиций, свойственных его средовым, национальным или религиозным традициям. Поэтому говорить о необходимости выбора врачом какой-либо одной "правильной" коммуникативной модели взаимодействия с пациентами неправомерно. Между тем на фоне роста уровня неудовлетворенности населения существующей системой оказания медицинской помощи обучение врачей и медицинского персонала навыкам поведения, взаимодействия в трудных ситуациях, эффективной профилактики и разрешения конфликтов является абсолютной необходимостью. Все вышеперечисленное приобретает особую актуальность в условиях отставания адекватной реакции системы здравоохранения, все еще остающейся в плену патернализма, на запрос к сотрудничеству со стороны пациентов. Значимость этих мероприятий детерминирована не только этически, но в связи с ростом затрат государства, связанных с необходимостью организации системы реагирования на формализованные претензии (жалобы и иски) еще и экономически. Изменение коммуникативной парадигмы во взаимоотношениях медицинских работников и общества является к тому же и важной политической задачей, направленной на рост доверия граждан здравоохранению как наиболее значимого элемента социально ориентированного государства, привлекающего наибольшее общественное внимание, влияющего на социальную стабильность в обществе в целом. Необходимо констатировать, что клиентоориентированные профессиональные навыки общения активно внедряются в различных отраслях коммерческой сфе-

ры (банки, страховые компании, розничные продажи), где качество взаимодействия с заказчиком является одним из компонентов рыночной ценности бизнеса. Принимая во внимание высокую социальную значимость медицины, повышенное внимание общества к образу врача, стоит признать целесообразной разработку системных мероприятий по профилактике и разрешению конфликтов в современных лечебных учреждениях, основанных не на механистических коммуникативных навыках работников call-центров, а на системном понимании медиками необходимости отхода от исторически сложившегося врачебного патернализма и готовности к открытому диалогу, сотрудничеству с пациентами.

Созданное в 2013 г. Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральный институт медиации" (ФГБУ ФИМ) ставит своей целью содействие широкомасштабному распространению медиативной практики, интеграции в различные социально значимые сферы деятельности медиации и медиативного подхода (авторского подхода, разработанного АНО "Центр медиации и права"), базирующихся на положениях Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 193-ФЗ "Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)". В отношении здравоохранения ФГБУ ФИМ принимает на себя весь комплекс задач, связанных с необходимостью разработки организационно-правовых механизмов внедрения медиации в систему урегулирования споров в здравоохранении, проведения пилотных проектов по практическому применению обозначенных выше принципов урегулирования конфликтов, анализа их результативности и последующего формирования предложений в действующие нормативные акты по их эффективному внедрению в отрасли [16].

Безусловно, задача интеграции новых клиентоориентированных методов в практическую деятельность достаточно консервативного медицинского сообщества потребует глубоких междисциплинарных исследований. Эта работа должна представлять собой прежде всего научное обоснование исторической актуальности смены коммуникативной парадигмы в российском здравоохранении, выявление ее технологических преимуществ путем анализа:

- ◆ традиций российской практики взаимоотношений врача и пациента с историко-философских позиций;
- ◆ мирового опыта применения медиации в здравоохранении;
- ◆ сравнительных характеристик существующих альтернативных способов до- и внесудебного урегулирования претензий в сфере оказания медицинской помощи;
- ◆ судебной практики по спорам в сфере оказания медицинской помощи с целью определения преимуществ применения медиации в сравнении с иными способами разрешения споров в данной сфере, определения структуры исков по видам помощи, локализации лечебных учреждений — фигурантов исков, половозрастному составу лиц, подающих иски, форме предъявляемых требований и степени удовлетворения исков в ходе судебных заседаний, экспертной оценки сравнительной эффективности судебных исков и досудебных способов урегулирования конфликтов.

Одной из важнейших задач обоснования практического внедрения медиации и медиативного подхода в отечественное здравоохранение является изучение их

общественной востребованности и готовности всех потенциальных участников процесса к их принятию посредством комплекса социологических и психологических исследований:

- ♦ анализа жалоб пациентов руководству лечебных учреждений и в органы управления здравоохранения с целью определения их структуры по видам медицинской помощи, локализации лечебных учреждений — фигурантов жалоб, половозрастному составу лиц, предъявляющих жалобы и форме заявленных требований;
- ♦ социологического опроса пациентов с целью выявления критериев, влияющих на принятие пациентом решения о предъявлении формализованных претензий, связанных с оказанием медицинской помощи; механизмов принятия пациентами решения о предъявлении формализованных претензий к оказанию медицинской помощи на тот или иной административный уровень, видов услуг, индуцирующих наибольший уровень неудовлетворенности населения качеством помощи, уровня информированности населения о существующих способах до- и внесудебного урегулирования конфликтов, социологического портрета пациента, готового к предъявлению претензий по факту получения медицинской помощи в формализованном виде на тот или иной административный уровень;
- ♦ социологического опроса медицинского персонала (врачей и медицинских сестер) с целью выявления частоты и структуры конфликтных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи, анализа опыта урегулирования возникающих споров, исследования осведомленности медперсонала о существующих альтернативных способах урегулирования конфликтов, более глубокого понимания уровня готовности пациентов к до- и внесудебному урегулированию конфликтов с использованием медиации и медиативного подхода.

Более глубокое понимание степени готовности участников системы оказания медицинской помощи к внедрению альтернативных способов урегулирования споров может быть определено в ходе проведения фокус-групп с пациентами, врачами и медицинскими сестрами. Результат данного исследования позволит оценить существующие компетенции медицинских работников по профилактике и урегулированию конфликтов, уровень их готовности к изменению коммуникативной модели отношения с пациентами, мотивационные и психологические "барьеры" врачей, медицинских сестер и пациентов перед использованием альтернативных способов разрешения споров.

Практическая реализация представленных задач будет осуществлена ФГБУ ФИМ в рамках пилотного проекта по разработке и внедрению в лечебных учреждениях системы выявления, профилактики и разрешения конфликтных ситуаций при оказании медицинской помощи ненадлежащего качества, обучения персонала коммуникативным навыкам; проведения процедур до- и внесудебного урегулирования споров с сопутствующим исследованием удовлетворенности сторон участием в данных процедурах, отработки административных, правовых и финансовых механизмов интеграции медиации в структуры юридического сопровождения деятельности ЛПУ.

Мы видим цель создания системы выявления, профилактики и разрешения конфликтных ситуаций в ЛПУ в корректировке организационно-управленческих

и социально-психологических факторов, приводящих к конфликтам, выделенным А. Я. Анцуповым и представленным в данной статье [12]. В частности, социально-психологические факторы предполагается корректировать посредством реализации комплекса мероприятий (семинаров, тренингов) по выработыванию у медицинского персонала стойких коммуникативных навыков профилактики и разрешения конфликтных ситуаций с пациентами. Слабую разработанность и использование нормативных процедур разрешения противоречий, на наш взгляд, можно преодолеть путем создания в лечебных учреждениях служб разрешения споров (медиации), готовых при участии обученного медиатора из числа сотрудников ЛПУ урегулировать возникающие конфликтные ситуации, и развития силами профессионального сообщества медиаторов независимых практик по урегулированию споров, готовых рассматривать случаи претензий пациентов, имеющих перспективу судебного рассмотрения, и осуществлять их до- и внесудебное урегулирование.

Эффективность представленной системы должна быть оценена с использованием междисциплинарного подхода с привлечением врачей, юристов, социологов, психологов, представителей институтов гражданского общества, обеспечивающих защиту прав пациентов. Результатом этой работы станет формирование предложений в действующие нормативные акты по интеграции медиации и медиативного подхода в практику российского здравоохранения, создание соответствующих методических рекомендаций и распространение авторских учебных программ по обучению медицинского персонала навыкам позитивной коммуникации, умению эффективно предупреждать и урегулировать разногласия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Силуянова И. *Этика врачевания: современная медицина и православие*. М.: Изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой лавры; 2001.
2. Шнур А. Уголовно-правовая ответственность врачей в ФРГ. *Хирургия*. 1992; 11—12: 8—11.
3. Ерофеев С.В., Жаров В.В. Конфликт между пациентами и медицинским персоналом: анализ и предупреждение. *Медицинское право*. 2003; 1 (1): 22—4.
4. Reid W.K. The role of the Health Service ombudsman. *Hlth Bull*. 1995; 53 (6): 349—52.
5. *World Congress on Medical Law, 9th*. Gent, Belgium; 1991; Vol. 1: 1—958.
6. Одинцова М.А., Семенова Е.М. Преодолевающие стратегии поведения белорусов и россиян. *Культурно-историческая психология*. 2011; 3: 75—81.
7. Гусев А.И. Толерантность к неопределенности: проблематика исследований. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007; 8: 75—80.
8. Луковицкая Е.Г. *Социально-психологическое значение толерантности к неопределенности: Дисс. ... канд. психол. наук*. СПб.; 1998.
9. Ениколопов С. Н. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Кардиология: журнал для практикующих врачей*. 2006; 2: 20—4.
10. Решетников А.В. *Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство*. М.: Медицина; 2002.
11. Фишер Р., Юри У. *Путь к согласию, или переговоры без поражения*. М.: Наука; 1990.
12. Анцупов А.Я., Малышев А.А. *Введение в конфликтологию*. Ужгород: МАУП; 1991.
13. Бандурка А.М., Друзь В.А. *Конфликтология*. Харьков: Университет ВД Украины; 1995.
14. Анцупов А.Я., Баклановский С.В. *Конфликтология в схемах и комментариях: Учебное пособие*. 2-е изд. СПб.: Питер; 2009.
15. Стеценко С.Г. Защита прав пациента и информированное со-

гласие. *Здравоохранение*. 2001; 12: 129—35.

16. Шамликашвили Ц.А. Когда спор идет о жизни и здоровье. *Медиация и право*. 2010; 2 (16): 23—6.

Поступила 17.08.2015

REFERENCES

1. Siluyanov I. *The Ethics of Healing: The Modern Medicine and Orthodoxy*. [Etika vrachevaniya: sovremennaya meditsina i pravoslavie]. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo Podvor'ya Svyato-Troitskoy Sergievoy lavry; 2001. (in Russian)
2. Shnur A. Criminal liability of physicians in Germany. *Khirurgiya*. 1992; 11—12: 8—11. (in Russian)
3. Erofeev S.V., Zharov V.V. The conflict between the patients and the medical staff: analysis and prevention. *Meditsinskoe pravo*. 2003; 1 (1): 22—4. (in Russian)
4. Reid W.K. The role of the Health Service ombudsman. *Hlth Bull*. 1995; 53 (6): 349—52.
5. *World Congress on Medical Law, 9th*. Gent, Belgium; 1991; Vol. 1.
6. Odintsova M.A., Semenova E.M. Overcomers strategies of Belarusians and Russians. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya*. 2011; 3: 75—81. (in Russian)
7. Gusev A.I. Tolerance to Uncertainty: Research issues. *Praktichna psikhologiya ta sotsial'na robota*. 2007; 8: 75—80. (in Russian)
8. Lukovitskaya E.G. *Socio-psychological value of tolerance to uncertainty: Diss.* St. Petersburg; 1998. (in Russian)
9. Enikolopov S.N. Anxiety in patients with cardiovascular disease. *Kardiologiya: zhurnal dlya praktikuyushchikh vrachey*. 2006; 2: 20—4. (in Russian)
10. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine (An Introduction to the Scientific Discipline)*. [Sotsiologiya meditsiny (vvedenie v nauchnyu distsipliny)]. Moscow: Meditsina; 2002. (in Russian)
11. Fisher R., Yuri U. *Path to an Agreement, or Negotiations without Defeat*. [Put' k soglasiyu, ili peregovory bez porazheniya]. Moscow: Nauka; 1990. (in Russian)
12. Antsupov A.Ya., Malyshev A.A. *Introduction to Conflict*. [Vvedenie v konfliktologiyu]. Uzhgorod: MAUP; 1991. (in Russian)
13. Bandurka A.M., Druz' V.A. *Conflict*. [Konfliktologiya]. Khar'kov: Universitet VD Ukrainy; 1995. (in Russian)
14. Antsupov A.Ya., Baklanovskiy S.V. *Conflict in Diagrams and Comments*. [Konfliktologiya v skhemakh i komentariyakh]. 2-nd ed. St. Petersburg: Piter; 2009. (in Russian)
15. Stetsenko S.G. Protecting the rights of the patient and informed consent. *Zdravookhranenie*. 2001; 12: 129—35. (in Russian)
16. Shamlkashvili Ts.A. When the dispute is a question of life and health. *Mediatsiya i pravo*. 2010; 2 (16): 23—6. (in Russian)

Received 17.08.2015

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ: ВЕКТОРЫ НАУЧНОГО ПОИСКА (по итогам конференции)

По инициативе акад. РАН А.В. Решетникова 29—30 октября 2015 г. в НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова прошла очередная III Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Социология медицины: векторы научного поиска". В работе конференции приняли участие более 200 ученых, исследователей, практиков из 9 стран, 36 городов.

На торжественном открытии были зачитаны приветственные письма заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманяна, Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, министра Правительства Москвы, руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы А.И. Хрипуна, министра здравоохранения Московской области Н.В. Сулоновой, Президента Российского общества социологов В.А. Мансурова.

В рамках конференции состоялось расширенное пленарное заседание, три секционных заседания, три круглых стола, дискуссионная площадка. Также был представлен ряд стендовых докладов. Авторы лучших статей были награждены дипломами конференции.

В режиме открытого диалога на конференции обсуждались новые ориентиры и векторы научного поиска в социологии медицины, специфика трансформации исследовательского поля в условиях ограниченных ресурсов, особенности рынка медико-социологических исследований в России, становления профессиональной идентичности социологов медицины. Особое внимание было уделено теоретическим и практическим вопросам расширения методологической базы социологии медицины, обсуждению возможностей комплексного применения качественных и количественных методических подходов к получению медико-социологической информации.

Участники высоко оценили научный и организационный уровень мероприятия и отметили, что регулярные встречи в формате конференции позволяют последовательно расширять методический и методологический арсенал науки, обмениваться опытом и укреплять взаимодействие в рамках профессионального сообщества социологов медицины, укреплять фундамент научной школы социологии медицины, основы которой заложены академиком РАН, доктором медицинских наук, доктором социологических наук, профессором А.В. Решетниковым.

Подробно итоги работы конференции будут представлены в следующем номере журнала.