

*А.С. ГОТЛИБ, В.Л. ЛЕХЦИЕР*

## **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ: ФАКТОРЫ И ПРОБЛЕМНЫЕ СИТУАЦИИ (ТОЧКА ЗРЕНИЯ ВРАЧЕЙ КРУПНОГО РОССИЙСКОГО ГОРОДА)<sup>1</sup>**

*Аннотация.* Статья посвящена основным результатам количественного эмпирического исследования клинических решений врачей, принимаемых в медицинских учреждениях различного профиля в крупном российском городе. Исследование проведено в 2019 г. и опирается на результаты предшествующего, качественного, этапа анализа (2017 г., глубинные интервью с врачами-лечебниками Самары и Москвы) — в рамках исследовательской «микс-стратегии». Основной аналитический интерес направлен на факторы, влияющие на клинические решения врачей в двух базовых клинических ситуациях — диагностики заболевания и назначения лечения. В качестве объекта исследования выступили врачи-лечебники Самары. Факторы и принимаемые врачами решения исследовались с точки зрения самих врачей. Степень влияния каждого фактора на принимаемые ими решения оценивалась с помощью индекса

---

**Готлиб Анна Семеновна** — доктор социологических наук, профессор, заведующий кафедрой методологии социологических и маркетинговых исследований, Самарский национальный исследовательский университет им. С.П. Королева. **Адрес:** 443086, Самара, Московское ш., д. 34.

**Телефон:** +7 (846) 335-18-26. **Электронная почта:** angotlib@samtel.ru

**Лехциер Виталий Леонидович** — доктор философских наук, профессор кафедры философии и кафедры методологии социологических и маркетинговых исследований, Самарский национальный исследовательский университет им. С.П. Королева. **Адрес:** 443086, Самара, Московское ш., д. 34. **Телефон:** +7 (846) 335-18-26. **Электронная почта:** lekhtsiervitaly@mail.ru

<sup>1</sup> Эмпирическое исследование практик принятия врачами медицинских решений было выполнено коллективом исследователей преимущественно Самарского национального исследовательского университета им. С.П. Королева в рамках поддержанного РФФИ проекта «Создание моделей медицинского выбора: социологический анализ алгоритмов принятия решений врачами и пациентами в крупном российском городе» (2017–2019 гг.), грант № 17-06-00127А. Руководитель исследовательской группы — профессор В.Л. Лехциер.

влияния, интегрального индекса по полностью упорядоченной шкале. В статье представлена иерархия факторов, влияющих на принятие врачебных решений в ситуациях диагностики и назначения лечения, выделена и проинтерпретирована топ-группа факторов в обеих ситуациях. Наряду с этим в исследовании изучались дополнительные проблемные ситуации. В частности, выявлены репертуар клинических решений и факторы, их определяющие, в случае необходимости проведения обследования, не предусмотренного государственным стандартом медицинской помощи; в ситуации, когда это исследование предусмотрено, но лимит назначений исчерпан; в ситуации, когда в медучреждении (стационаре) не хватает нужных и лучших для пациента качественных лекарств; в ситуации, когда государственный стандарт по конкретной нозологии неэффективен для конкретного пациента, и др.

*Ключевые слова:* социология медицины; клинические решения; диагностика; назначение лечения; факторы влияния; проблемные ситуации.

**Для цитирования:** Готлиб А.С., Лехциер В.Л. Клинические решения: факторы и проблемные ситуации (точка зрения врачей крупного российского города) // Социологический журнал. 2020. Том 26. № 3. С. 114–147. DOI: 10.19181/socjour.2020.26.3.7398

## **Введение**

Процесс принятия клинических решений — объект прежде всего теоретической и практической рефлексии самих врачей, имманентный медицинским практикам и организационным задачам построения эффективной системы здравоохранения. Издаются пособия, проходят тематические семинары, продвигающие разные методологии для совершенствования процесса принятия клинических решений: от простых правил эмпирического анализа, эвристики до математического моделирования, различных контрольных перечней назначений, статистики и протоколов доказательной медицины [31]. По мнению врачей, принятие клинических решений зависит не только от медицинских показаний, научных данных, но и от финансовых, этических аспектов ухода за пациентами, от эмоций и убеждений конкретного врача.

Вместе с тем в медицинской литературе и практике последние десятилетия особое внимание уделяется системам помощи врачам в принятии клинических решений, поскольку:

- медицинские решения всегда сопряжены с такими рисками, как диагностические или лечебные ошибки [17], нерезультативность лечения;
- часто решения принимаются в ситуации с неопределенными или ненадежными входными данными, на основе непростых схем финансирования и в условиях колоссального объема новой медицинской информации, которая при этом не всегда доступна;
- такие решения почти всегда на первоначальном этапе основаны на гипотезах.

Так, с 1960–1970-х годов в мировой врачебной практике стала применяться специфическая методика поэтапного *анализа клинических решений* (The clinical decision analysis, CDA). Она основана на количественных подсчетах [18; 24] и включает, например, метод расчета «терапевтического порога», то есть анализ выбора: *начать лечение / не лечить*, что особенно важно для хирурга в ситуации диагностической неопределенности [29]; или метод расчета другого порога: *прекращать лечение / лечить* [28], а также анализ действий врача в иных релевантных ситуациях. Сегодня эти количественные методики вливаются в движение доказательной медицины [9] и создающиеся информационные автоматизированные ресурсы, сервисные *программы поддержки клинических решений* [22], с неодинаковой скоростью в разных национальных системах здравоохранения внедряемые в ежедневную жизнь поликлиник и стационаров. Такие медицинские информационные системы (МИС) призваны аккумулировать большие массивы постоянно обновляющихся данных независимо от национальных стандартов классификации заболеваний [19; 26] и служить основой для наименее рискованного — для врача и пациента — и наиболее обоснованного и персонализированного терапевтического выбора в конкретном случае болезни.

Однако тема МИС и анализа клинических решений (CDA), равно как и эпидемиологические исследования факторов, влияющих на медицинские назначения, — например, «организационных факторов» (поздняя обращаемость пациентов, несвоевременная диагностика), факторов, связанных с проблемами диагностики (сложности в ее проведении, отказы), — находится исключительно в рамках биомедицинского видения врачебных действий [12]. Совершенно другая картина этих действий (как при диагностике, так и при назначении лечения) и факторов, на них влияющих, возникает сквозь призму социальных наук. Таких исследований немного, но они показывают, что медицинский выбор врача, реальный процесс принятия клинического решения в поликлинике, стационаре или при вызове врача на дом — феномен гораздо более сложный, детерминированный многими обстоятельствами, не связанными с «объективными» показаниями, как их трактует доказательная медицина. Например, по данным двухлетнего социального исследования в больницах севера и юга Великобритании (этнография + полуструктурированные интервью), кроме клинических рекомендаций доказательной медицины, на врача первичного звена при принятии медицинского решения влияют собственный профессиональный опыт, опыт ближайших коллег, точка зрения лидеров общественного мнения, пациента, представителей фармкомпаний и другие неформальные коммуникативные каналы получения медицинских знаний [21]. Медицинские антропологи давно и плодотворно исследуют влияние национальной культуры на то, какую диагностику

и в каком объеме назначают носители этой культуры — врачи, предпочитают они консервативное или оперативное лечение в случае той или иной патологии [11]. Определяется также зависимость решений врачей от отраслевой медицинской культуры, например, связь решений онкологов с национальной онкологической культурой, с тем, как вообще принято поступать в отрасли [23].

Для России тема принятия клинических решений особенно актуальна. Это связано с нынешней ситуацией в отечественном здравоохранении, где врачам за медицинскую ошибку вменяют уголовную ответственность, и, по данным Следственного комитета от 1 февраля 2018 г., счет подобных уголовных дел уже пошел на тысячи [5]. Где увольняют известных, подчас уникальных, врачей или врачи уходят сами, потому что те протоколы, по которым они лечат пациентов (часто такие протоколы выработаны в сотрудничестве с европейскими медицинскими центрами), не поддерживаются российским Минздравом [10]. Где, наконец, врачи, особенно врачи государственных медицинских учреждений, и в своих публичных высказываниях, и в ответах на вопросы социологов говорят о забюрократизированности<sup>2</sup> их труда, об отсутствии достаточного времени на пациента, а нередко и необходимых лекарственных средств для назначения. Так, исходя из исследования работы врачей московских поликлиник, проведенного в 2017 г., врачи единодушно (94,1% со стажем меньше 5 лет, 98,8% со стажем более 5 лет) высказались об «отсутствии времени на полноценный качественный прием пациентов» и о вынужденной «чрезмерной трате времени на оформление документации» (соответственно 84,5% со стажем менее 5 лет, 92,3% со стажем более 5 лет), занимающей 59% рабочего времени [15].

В целом процессы принятия клинических решений в России вызывают большую тревогу и вопросы. Какие именно факторы — федеральные госстандарты, административные директивы учреждения, международные и российские клинические рекомендации, собственный опыт, этические принципы врачевания и т. п.<sup>3</sup> — в большей мере влияют сегодня в России на принятие врачом медицинских решений, а какие — определяют эти решения незначительно? Как мера влияния этих факторов связана с принятием решений на этапе диагностики

<sup>2</sup> Исходя из социологического анализа рассказов гинекологов о своем профессиональном опыте были выявлены следующие объекты их критики: организация и финансирование медицины; «избыточная бюрократизация медицинского обслуживания, отвлекающая от главного — лечения пациентов»; коррупционные схемы; уровень трудовой загруженности; «множественная профессиональная эксплуатация» и др. Все вместе это создает образ врача как «заложника российского здравоохранения» [6, с. 146–150].

<sup>3</sup> Полный перечень факторов, полученных на первом — качественном — этапе нашего исследования, см. далее.

и при назначении лечения? Что и на каком основании делает врач в типичных проблемных лечебных ситуациях — например, когда понимает, что госстандарт при учете индивидуального протекания болезни пациента неэффективен? В данном количественном исследовании содержатся ответы на эти вопросы.

### **Методология исследования**

Дизайн работы представляет собой использование известной стратегии *последовательного сочетания качественного и количественного этапов* [2; 14] как варианта «микс-стратегии» [13; 20; 27]. Необходимость такого дизайна объясняется отсутствием в российской социологии теоретического описания практик принятия клинических решений врачами. В этой познавательной ситуации качественное социологическое исследование производит знание, которое имеет самостоятельное значение, но одновременно может быть использовано для решения задач количественного исследования.

Объектом выступали врачи-лечебники разных медицинских специальностей, имеющие дело непосредственно с лечением больных людей, прежде всего хронических пациентов. Акцент на лечении хронических больных неслучаен: именно хронический больной является сегодня «типичным больным», а его лечение — «типичным случаем» медицины [3; 7]. В качественном социологическом исследовании (2017 г.) нами были поставлены следующие исследовательские вопросы: 1) какие социокультурные факторы влияют на принятие врачами клинических решений в двух базовых фундаментальных ситуациях, обусловленных спецификой профессиональной медицинской помощи: ситуации *назначения лечения* и ситуации *диагностики заболевания*; 2) какие проблемы, коллизии при этом возникают; какие в итоге принимаются решения и почему, какие дополнительные специфические факторы учитываются врачами при принятии медицинских решений в проблемных ситуациях.

Как решения, так и факторы, их детерминирующие, в исследовании изучались с точки зрения субъекта: «Принимающие решения люди могут не знать всех факторов, известных внешнему аналитику, но это не лишает основания изучение процесса принятия решения на основе учета фактов, убеждений и ценностей, исходя из которых действует человек» [30].

Метод сбора первичной социологической информации на качественном этапе — глубинное интервью. Опрашивались врачи, отобранные целевым способом по следующим критериям: «принадлежность к отряду врачей-лечебников», а также «стаж работы по профессии не менее 1 года». Было опрошено 25 врачей разных специальностей, работающих в медучреждениях разных форм собственности, в стационарах и поликлиниках Самары и Москвы (соответственно 15 и 10 человек). Включение Москвы в качестве обследуемого региона, как и в нашем исследовании пациентов [8], представлялось методологически целе-

сообразным в силу того, что столичная система здравоохранения по сравнению с регионами более развита, и ее анализ может дать более широкий спектр факторов, влияющих на медицинский выбор врачей. Возраст опрошенных врачей варьировался от 26 до 63 лет, опыт работы — от 2 до 40 лет. Такой разброс информантов по возрасту и стажу работы был также вызван необходимостью получить как можно более широкий спектр факторов и возможных клинических решений, с которыми сталкиваются врачи в своей деятельности. Глубинные интервью проводились в соответствии с методическими требованиями при опросе face-to-face по месту работы информантов в доброжелательной обстановке. Все информанты знали о цели исследования, интервьюеры получили информированное согласие на участие в опросе и публикацию результатов в научных изданиях после процедур транскрибирования и анонимизирования транскриптов интервью.

Рассмотрим результаты *первого — качественного — этапа*, которые согласно дизайну исследования являются отправной точкой следующего — количественного — этапа<sup>4</sup>. К основным результатам, общим для двух ситуаций — диагностики заболевания и назначения лечения, можно отнести получение эмпирической классификации факторов, влияющих на принятие врачами клинических решений. Она представлена следующими четырьмя группами (классами): 1) институциональные факторы; 2) профессиональные знания и опыт врача, а также его личностные особенности; 3) факторы-рекомендации; 4) социальные и личностные особенности пациентов. В самую большую группу институциональных факторов вошли: «федеральный госстандарт по конкретной нозологии»; «протоколы лечения» (только для частных медицинских институций); «административные директивы медучреждения (установки, запреты)»; «материальные возможности учреждения: обеспеченность лекарствами» (применительно к стационарам) или «обеспеченность диагностическим оборудованием» (применительно к ситуации диагностики); «квоты» (только для государственных медицинских институций); «назначения, принятые в конкретной отрасли медицины»; «научно-исследовательские цели медицинских решений». К группе «профессиональные знания и опыт врача, а также его личностные особенности» относятся «знание врачом персональных медицинских особенностей конкретного пациента», «собственный врачебный опыт», «установки, сформированные в медицинском вузе» («нас так учили в вузе»), а также «этические принципы врача, его личные убеждения, мировоззрение в целом». Факторы-рекомендации (не имеют принудительной силы): «российские и международные клинические рекомендации», «рекомендации фармкомпаний» (только для ситуации назначения лечения). В группу «социальные и личностные особенности пациентов» входят

<sup>4</sup> Подробный анализ см. в работе Е. Зайцевой: [4].



«финансовые возможности пациента», а также «социальные особенности пациента (образование, убеждения, опыт лечения)». Отметим, что в глубинных интервью врачами не был назван фактор «точка зрения пациента», который присутствует в исследовании английских социологов. Гипотетически это может означать, что клинические взаимодействия врача и пациента в России по-прежнему основаны на патерналистской модели взаимодействия, где все решает врач.

По результатам качественного исследования в двух базовых ситуациях было обнаружено *двойственное отношение врачей к «писаным правилам»*, прежде всего к разрабатываемым Министерством здравоохранения России госстандартам по конкретным нозологиям<sup>5</sup>. С одной стороны, госстандарты дают определенную гарантию и врачу, и пациенту [4]: для врача — это юридическая защищенность в ситуации, когда лечение не приводит к нужному результату, для пациента — это убежденность, что он получит лечение, закрепленное в стандарте. С другой стороны, существует проблема несовершенства госстандартов, их «старения», несоответствия новейшим открытиям в медицине, в частности, российским и международным клиническим рекомендациям [4]. Кроме того, госстандарты не учитывают индивидуальные особенности пациента. Врач становится заложником проблемной ситуации, когда следование этической сущности медицинской профессии (действия в интересах пациента) вступает в противоречие с институциональными писаными правилами. В качественном исследовании были получены спектры медицинских решений, принимаемых врачом, в проблемной ситуации, когда он осознает неэффективность госстандарта для лечения или диагностики конкретного больного.

Основная задача *количественного этапа исследования* (2019 г.) состояла в описании меры влияния выделенных в качественном исследовании факторов в базовых клинических ситуациях (диагностики и лечения), а также в описании различий в их иерархиях, обусловленных как институциональными причинами (форма собственности, характер подчинения, то есть городское или областное; формат лечебного учреждения, то есть поликлиническое или госпитальное), так и социально-демогра-

---

<sup>5</sup> «Госстандарты в России выступают способом контроля практик медицинского обслуживания как с экономической, так и с клинической точки зрения. С экономической — потому что точное следование этим стандартам является основанием для финансирования медучреждений, оказывающих услуги по ОМС, а отклонение от них — поводом для штрафных санкций в адрес медучреждений. С клинической — потому что вкупе с клиническими рекомендациями, которые разрабатываются медицинским сообществом по результатам исследований, госстандарты являются основанием для формирования критериев экспертизы качества медицинской помощи, выполняемой специалистами по поручению страховой медицинской организации или фонда ОМС» [4].

фическими характеристиками врачей (врачебная специализация, стаж работы, возраст и пол). Наряду с этим ставилась задача описания *количественной представленности клинических решений* врачей в проблемных ситуациях, связанных с диагностикой и назначением лечения, а также *распространенности специфических факторов*, учитываемых врачами при выборе того или иного решения в проблемных ситуациях.

Метод исследования — полужормализованное интервью с врачами разных медицинских специальностей. Интервью проходило по месту работы информантов в доброжелательной обстановке. Объем выборки — 311 врачей Самары, отобранных методом трехступенчатой выборки (на первой ступени использовался стратифицированный отбор врачей по критерию «форма собственности медицинских институций», на второй — стратифицированный отбор по критерию «медицинская специализация врача», на третьей — квотный отбор по критериям «пол» и «возраст»). В качестве статистических документов, необходимых для отбора врачей, использовались материалы сайта Федеральной службы государственной статистики по Самарской области на 2017 г. (раздел «Здравоохранение Самарской области», подраздел «Лечебно-профилактическая помощь населению»)⁶.

### **Результаты количественного этапа исследования**

#### ***Ситуация диагностики заболевания***<sup>7</sup>

Оценка влияния факторов, детерминирующих клинические решения врачей в ситуации диагностики заболевания, производилась

---

<sup>6</sup> В целом массив опрошенных врачей представлен следующими социальными группами по значимым для исследования критериям: *форма собственности медицинской организации*: работающие в государственных медицинских организациях — 238 чел., в частных — 73 чел.; *статус медицинской организации*: работающие в организациях городского подчинения — 178 чел., в организациях областного подчинения — 133 чел.; *профиль врачебной специальности*: терапевтический — 131 чел., хирургический — 67, гинекология — 41, педиатрия — 39, другое — 33 чел.; *тип медучреждения*: работающие в поликлинических организациях — 177 чел., в стационарах — 133; *стаж работы*: 1–5 лет — 41 чел., 6–10 лет — 45, 11–20 лет — 84, 21–30 лет — 80, более 30 лет — 61 чел.; *пол*: мужчины — 96 чел., женщины — 215 чел.; *возраст*: до 30 лет — 43 чел., 31–40 лет — 94, 41–50 лет — 76, 51–60 лет — 62, свыше 60 лет — 36 чел.

<sup>7</sup> Как и на качественном этапе исследования, под диагностикой заболевания понималась та клиническая ситуация, когда врач назначает инструментальную (с использованием специального диагностического оборудования, например, УЗИ, МРТ и др.) или лабораторную диагностику, дополняющую обычное физикальное обследование (пальпация, перкуссия, аускультация и т. п.).



с помощью индексов влияния<sup>8</sup>. В целом по массиву была получена следующая группа основных факторов: «собственный врачебный опыт» ( $I_v = 0,801$ ), «российские международные клинические рекомендации» ( $I_v = 0,74$ ), «федеральный госстандарт по конкретной нозологии» ( $I_v = 0,698$ ; рис. 1). При этом за границей группы основных факторов, но близким к ней оказался фактор «этические принципы врача» ( $I_v = 0,505$ ), составляющий «душу» медицинской профессии. Но вернемся к топ-факторам. По данным нашего анализа, абсолютное большинство опрошенных — 75% — считают влияние фактора «федеральный госстандарт по конкретной нозологии» сильным (рис. 2). На наш взгляд, вхождение этого фактора в группу ведущих отражает в большей степени саму ситуацию диагностики заболевания инструментальными или / и лабораторными средствами, экономически довольно жестко регулируемое государством. Разная степень жесткости государственного и административного влияния на врачей в сфере принятия решений в *ситуации диагностики заболевания* характерна и для медицинских организаций, различающихся формой собственности. В частности, ориентация на федеральный госстандарт при выборе диагностических решений гораздо сильнее действует в государственных медицинских организациях, нежели в частных: 79% врачей, работающих в них, полагают, что госстандарт оказывает сильное влияние на принятие решений, в то время как в частных — только 64% (рис. 2). В областных учреждениях федеральные стандарты также более влиятельны, чем в организациях городского подчинения: доля врачей, полагающих сильное влияние этого фактора, в областных организациях в 1,3 раза выше, чем в частных.

Более существенные различия связаны с влиянием другого институционального фактора — «административные директивы (установки, запреты)». В государственных медицинских институтах его влияние, как показывает исследование, практически в 2 раза выше, нежели в частных: доля врачей, оценивших его влияние как сильное, в государственных медучреждениях составляет 51%, а в частных — 27% (рис. 2). Заметная тенденция — большее влияние этого фактора в медицинских организациях областного подчинения. Обращают на себя внимание и факторы, оказывающие, скорее, слабое влияние на принятие врачами клинических решений (имеющие отрицательное значение индекса

---

<sup>8</sup> Индексы влияния рассчитывались по известной в социологии процедуре расчета интегральных индексов по трехчленной полностью упорядоченной шкале:  $I_v = a(+1) + b(0) + c(-1) / a + b + c$ , где  $a$  — количество врачей, выбравших положительное значение шкалы («сильное влияние фактора»),  $b$  — количество выбравших значение шкалы «среднее влияние фактора»,  $c$  — количество выбравших отрицательное значение шкалы («слабое влияние фактора»).

влияния)<sup>9</sup>. В целом это такие факторы: «следование практике диагностики, принятой в отрасли» («такие назначения просто приняты в моей отрасли медицины») ( $I_b = -0,232$ ); «социальные особенности пациента (образование, убеждения, опыт лечения)» ( $I_b = -0,219$ ); «следование базовым знаниям, полученным в вузе» («нас так учили в институте») ( $I_b = -0,145$ ); «финансовые возможности пациента» ( $I_b = -0,122$ ) (рис. 1). Анализ показывает, что врачи медицинских организаций разных форм собственности практически одинаково оценивают меру влияния этих факторов (рис. 2).



**Рис. 1. Индексы влияния в ситуации диагностики заболевания**

<sup>9</sup> Отрицательная величина такого рода индексов означает количественный перевес в исследуемой группе тех, кто выбрал отрицательный полюс шкалы (в нашем случае это те, кто выбрал значение «фактор оказывает слабое влияние»). При этом чем больше абсолютная величина такого отрицательного индекса, тем больше этот перевес.



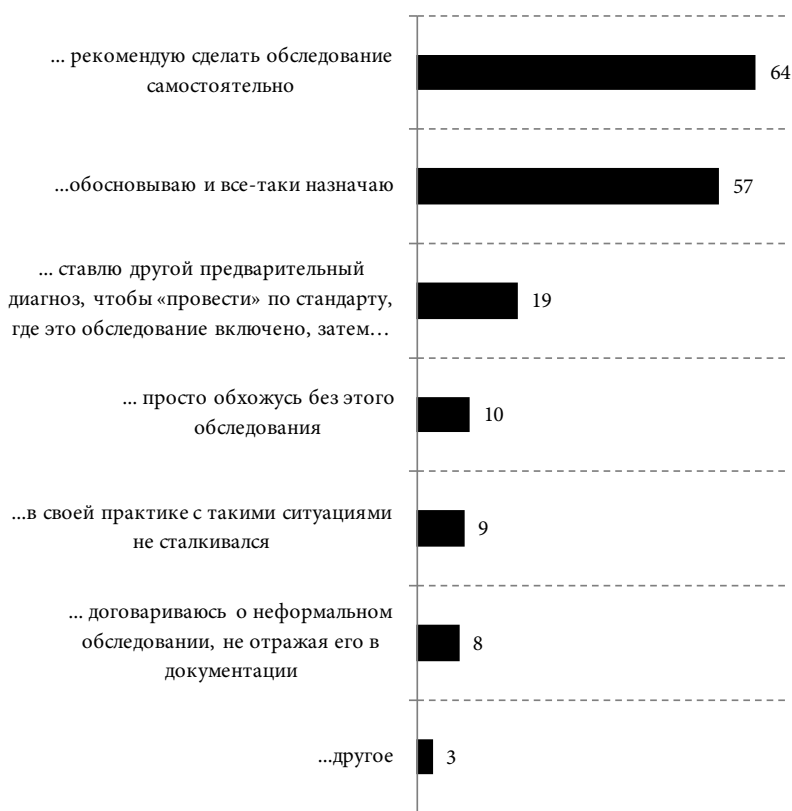
**Рис. 2. Распределение факторов, значительно влияющих на принятие врачами клинических решений: ситуация диагностики (% к числу опрошенных в медицинских организациях, различающихся формой собственности, N = 311)**

При выборе способов диагностики заболевания могут возникать проблемные ситуации, когда в целях повышения эффективности лечения необходимо провести диагностику, не предусмотренную в государственных федеральных стандартах по конкретной нозологии (речь идет о государственных медицинских учреждениях)<sup>10</sup>. По данным исследования, в этой ситуации самое распространенное решение врачей (его выбирают 64%) — рекомендовать больному сделать обследование самостоятельно (рис. 3). Лидируют здесь врачи гинекологического профиля (удельный вес которых среди всех врачей, принимающих такое решение, в 1,3–1,5 раза выше), а также врачи с относительно небольшим стажем работы (до 10 лет). Второе место по распространенности (57% опрошенных) занимает ответственное, неконформистское решение врачей обосновать и все-таки добиться разрешения на диагностику. Выбор такого решения более-менее равномерно распределен среди врачей разного профиля (исключение — врачи-педиатры, где это решение распространено чуть больше), а также среди врачей с разным стажем работы (чаще — среди врачей со стажем более 30 лет). Заметно легче это решение принимается в медицинских организациях городского подчинения, нежели в областных.

Два других решения врачей обоснованы необходимостью хитрить, чтобы назначить нужное обследование. Одно из них — «постановка другого предварительного диагноза, чтобы “провести” пациента по стандарту, где это обследование включено, а затем корректировка диагноза». Такое решение принимает каждый пятый врач (19% опрошенных), и оно одинаково востребовано врачами разного профиля. Значимые различия наблюдаются только в распределении по стажу работы: доля врачей с относительно небольшим стажем, использующих данный способ, составляет 26%, что в 1,4–1,9 раза больше аналогичной доли в других социальных группах по профессиональному стажу работы. Второе «хитрое» решение — «договориться о неформальном обследовании, не отражая его в документации» — фактически является разновидностью самостоятельного (платного) обследования с той лишь разницей, что проходит неофициально и поэтому дешевле для пациента. Его используют 8% опрошенных врачей (рис. 3).

Существует еще одно — очень простое для врача, но направленное против пациента — решение: «отказаться от обследования, обойтись без него». Его принимает каждый десятый врач. Такое решение означает нарушение профессиональной этики врача, потому что с большой вероятностью будет неправильно поставлен диагноз и, соответственно, назначено неэффективное лечение. Исследование показало, что принятие такого заведомо соглашательского с ограничениями госстандарта решения не зависит ни от каких социально-демографических факторов.

<sup>10</sup> Спектр возможных решений в этой проблемной ситуации был получен по результатам качественного исследования (1-й этап).



**Рис. 3. Клинические решения в случае необходимости проведения обследования, не предусмотренного государственным стандартом медицинской помощи (ОМС)<sup>11</sup>**  
*(только для государственных медучреждений,  
 % к числу опрошенных, N = 238)*

Еще одна близкая, но не тождественная проблемная ситуация возникает в государственных медицинских организациях, когда необходимое пациенту обследование заложено в федеральных стандартах по конкретной нозологии, но врач не может его назначить, потому что по объективным причинам уже превышено количество назначений обследований этого типа. Здесь самым распространенным (отметили 61% врачей) является ответственное решение врачей «обосновать необходимость обследования и назначить его» (в таблице 1 приведено практически равномерное распределение в разных социально-демографических группах опрошенных врачей). Остальные возможные решения в этой проблемной ситуации распространены значительно

<sup>11</sup> Дизайн вопроса предполагал возможный выбор двух-трех вариантов ответа.

реже: рекомендуют сделать обследование самостоятельно чуть более трети врачей; обходится без этого обследования, как и в первой проблемной ситуации, каждый десятый врач; договариваются о неформальном обследовании, не отражая его в документах, 9% врачей. При этом рекомендация сделать обследование самостоятельно популярна среди врачей терапевтического и гинекологического профилей, а также в 2 раза чаще используется докторами, работающими в медицинских учреждениях городского подчинения, чем областного (табл. 1). «Хитрое» решение «провести неформальное обследование без занесения его результатов в документ» в большей степени характерно для врачей хирургического профиля (в стационарах) (их доля в 2–5 раз выше по сравнению с долей врачей других профилей). Доля врачей медицинских организаций городского подчинения, принимающих такое решение, более чем в 3 раза выше аналогичной в областных организациях. В то же время 18% врачей никогда не сталкивались с подобной ситуацией. Эта проблема, скорее, характерна для медицинских организаций более низкого статуса — организаций городского подчинения, чем областного: в них доля врачей, заявивших, что никогда не сталкивались с проблемой, в 2 раза меньше.

Таблица 1

**Распределение клинических решений врача в проблемной ситуации, когда необходимое пациенту обследование заложено в федеральных стандартах, но врач не может его назначить, потому что по объективным причинам превышено количество назначений обследований этого типа (только для государственных медучреждений, % к числу опрошенных в каждой группе по статусу медучреждения,  $N = 238$ )<sup>12</sup>**

Клинические решения врача	Статус медицинского учреждения		Всего
	городского подчинения	областного подчинения	
Обосновать обследование и назначить его	63	59	61
Рекомендовать сделать обследование самостоятельно (платно)	48	24	36
Обойтись без этого обследования	13	8	10
Договориться о неформальном обследовании без отражения его в документации	13	4	9
Другое	9	7	6

Еще одна проблемная ситуация, которая изучалась в нашем исследовании, — *нехватка диагностического оборудования в медицинской*

<sup>12</sup> Дизайн вопроса предполагал возможность выбора двух-трех вариантов ответа.



организации либо его плохое качество<sup>13</sup>. Самое распространенное в этой ситуации решение (его принимают 40% врачей) оказалось и самым ориентированным на интересы пациента: «дать официальное направление в другое учреждение, где есть возможность провести соответствующее обследование». При этом в группе врачей со стажем 30 лет и более его используют в 1,4–1,9 раза чаще, чем в других социальных группах по стажу. Различия по другим признакам незначительны (табл. 2).

Второе по распространенности решение в этой проблемной ситуации (его принимают 22% опрошенных врачей): «рекомендовать сделать обследование самостоятельно (платно)». Врачи с относительно небольшим профессиональным стажем принимают такое решение в 1,5–1,6 раза чаще, чем другие. Такое решение в 1,5 раза больше распространено в поликлиниках, чем в стационарах. Обходится без такого обследования практически каждый пятый врач (18%). Это решение, которое из-за платности обследования делает его доступным не для всех; в большей степени (практически в 3 раза) распространено в городских медицинских организациях, чем в областных. Одновременно это решение в 2 раза чаще распространено в поликлиниках, нежели в стационарах. 12% врачей полагают, что такой проблемы нет в их учреждениях.

Таблица 2

**Распределение клинических решений врача в ситуации нехватки диагностического оборудования в медицинской организации или его плохого качества в зависимости от стажа работы врачей по профессии (% к числу опрошенных в группах по стажу, N = 311)**

Клинические решения врача	Стаж работы по профессии, лет				Всего
	до 10	11–20	21–30	более 30	
Дать официальное направление в другое учреждение, где есть возможность провести обследование	38	30	40	57	40
Рекомендовать сделать обследование самостоятельно (платно)	30	19	18	20	22
Обойтись без этого обследования	15	24	18	16	18
Другое	6	11	11	3	8

Во всех трех рассмотренных проблемных ситуациях присутствует решение «рекомендовать сделать обследование самостоятельно (платно)». Результаты качественного исследования показали, что выбор этого решения из возможных врачебных альтернатив зависит от ряда факторов. Самый распространенный из них — «серьезность / острота заболевания»

<sup>13</sup> Эта проблема изучалась применительно к медицинским организациям разных форм собственности.

(в случае серьезной ситуации, когда нельзя ждать, легче предложить сделать обследование платно): 73% врачей назвали его. В большей степени этот фактор отмечается врачами поликлиник, медицинских организаций городского подчинения и врачами-женщинами. Второй по распространенности (указали 46% врачей) фактор, влияющий на предложение сделать диагностику за деньги в условиях, когда нельзя ее сделать бесплатно, — «адекватность пациента» (если врач не опасается, что пациент будет возмущаться, ему проще рекомендовать сделать обследование платно). Распределение подобной позиции врачей по значимым социально-демографическим группам полностью повторяет распределение по фактору «серьезность / острота заболевания». Третье место по распространенности занимает фактор «финансовая состоятельность пациента» (если пациент материально обеспечен, то легче рекомендовать ему сделать обследование платно): так считают 37% опрошенных врачей. И последнее место в этой иерархии мнений (его указали 8% врачей) занимает фактор «цена обследования» (чем дешевле обследование, тем легче предложить пациенту сделать его платно) (рис. 4).



**Рис. 4. Факторы, влияющие на решение врача направить пациента на дополнительные (платные) обследования (только для государственных медучреждений, % к числу опрошенных, N = 238)<sup>14</sup>**

<sup>14</sup> Дизайн вопроса предполагал возможность выбора двух-трех вариантов ответа.

### ***Ситуация назначения лечения***

Первая задача — оценка степени влияния выделенных факторов на принятие врачами клинических решений также изучалась с помощью индексов влияния (рис. 5). В целом по массиву первые места по степени влияния на выбор врачами клинического решения занимают три фактора: «собственный врачебный опыт» ( $I_v = 0,788$ ), «российские и международные клинические рекомендации» ( $I_v = 0,723$ ) и «этические принципы врача» ( $I_v = 0,643$ ). Близка к этим значениям индексов оценка опрошенными врачами двух других факторов: «федеральный госстандарт по конкретной нозологии» ( $I_v = 0,553$ ) и «знание медицинских особенностей пациента» ( $I_v = 0,531$ ). Можно выделить также факторы, оказывающие, по мнению опрошенных, скорее, слабое влияние на принятие врачами клинических решений (индексы влияния таких факторов имеют отрицательные значения): «рекомендации фармкомпаний» ( $I_v = -0,463$ ), «следование базовым знаниям, полученным в вузе» ( $I_v = -0,425$ ), «научно-исследовательские цели» ( $I_v = -0,293$ ), «следование практикам лечения в соответствующей отрасли медицины» ( $I_v = -0,203$ ), «социальные особенности пациента (образование, убеждения, опыт лечения)» ( $I_v = -0,119$ , рис. 5).

На первый взгляд сочетание трех главных факторов — «собственный врачебный опыт», «российские и международные клинические рекомендации» и «этические принципы врача», — влияющих на принятие врачами клинических решений, является идеальным и дает пациентам надежду и на качественное лечение, и на соблюдение их прав. Но все не так однозначно. С одной стороны, ориентация на собственный опыт большинства опрошенных врачей (82% врачей говорят о сильном влиянии фактора) (рис. 6) означает, что при принятии решений врач ориентируется часто на уникальные медицинские особенности пациента, не учитываемые федеральным госстандартом, и тем самым повышает качество оказываемой медицинской помощи. С другой стороны, федеральный госстандарт по конкретной нозологии может предлагать неэффективные решения, и врач вынужден опираться на собственный опыт и брать на себя всю ответственность за свои решения. Однако уровень и качество врачебного опыта различны. Неслучайно, по данным нашего исследования, молодые врачи (до 30 лет) ожидаемо в меньшей степени (в 1,5 раза) говорят о сильном влиянии собственного опыта в сравнении со старшими коллегами. Тем не менее таких молодых врачей, использующих собственный врачебный опыт при принятии клинических решений, немало — 63% этой социальной группы. В данном случае вряд ли можно быть уверенным в качестве медицинской помощи. Ориентация на собственный опыт также в большей степени характерна для врачей частных медицинских организаций, нежели государственных: в частных организациях в 1,4 раза больше врачей (64%), ориентирующихся именно на этот фактор (рис. 6).



**Рис. 5. Индексы влияния в ситуации назначения лечения**

Следует отметить, что ориентация на собственный врачебный опыт доминирует и в такой проблемной ситуации, когда этот опыт расходится с выводами / рекомендациями медицинского сообщества (назначать ли помогающее на практике лекарство, не получившее доказательств клинической эффективности, или назначать не помогающее на практике лекарство, получившее высокую оценку медицинского сообщества). К собственному опыту в этих ситуациях апеллируют 67% опрошенных. Ориентация на собственный опыт ожидаемо резко возрастает с увеличением профессионального стажа работы.

Ориентация на российские и международные клинические рекомендации при выборе клинического решения (75% опрошенных

врачей указывают на сильное влияние этого фактора) означает, что врачи используют опыт, накопленный в медицинском сообществе, подкрепленный исследованиями в медицинской науке, что, несомненно, отражается на качестве услуг. При этом обращение к этому фактору не связано ни с возрастом врачей, ни с их стажем работы, ни с формой собственности медицинского учреждения, ни с его статусом (городское, областное): коэффициенты Хи-квадрат значимых отличий не выявили.

Высокая ориентация на этические принципы врача (73% опрошенных врачей указывают на сильное влияние этого фактора, см. рис. 6) обнадеживает пациентов. Ориентация на этот фактор равномерно распределена в социально-демографических группах опрошенных врачей. Хотя все-таки группы с большим стажем работы (20–30 лет и более 30 лет) характеризуются наиболее частым упоминанием этического фактора. Тот факт, что этические принципы медицинской профессии попали в группу топ-факторов, определяющих каждодневный медицинский выбор врачей, свидетельствует, что врачи осознают важность их соблюдения. Вместе с тем можно предположить, что при ответе на вопрос об этических принципах врачевания респондент мог руководствоваться я-идеалом профессии врача, являющейся по определению «моральной профессией» [25; 16]: «...положения врачебной этики в каком-то смысле являются даже более значимыми для докторов, чем приказы и нормативы, установленные государственными органами» [1; 12].

Влияние значимого институционального фактора «федеральный госстандарт по конкретной нозологии» считают сильным 65% опрошенных врачей. При этом доля врачей, работающих в государственных медицинских учреждениях, которые считают, что этот фактор оказывает сильное влияние на принятие решений, составляет 70%, что в 1,5 раза выше соответствующей доли врачей, работающих в частных организациях (48%). Это означает, что врачи частных медицинских центров более свободны от экономического давления государства при выборе процедуры лечения и назначения лекарств, ориентируясь на достижения медицинской науки, отражающиеся в российских и международных клинических рекомендациях, в собственных протоколах лечения вкупе со своим врачебным опытом. Большая свобода от государственного стандарта в определенной степени, видимо, связана и с кадровой политикой частных медицинских институций: набирать в штат преимущественно опытных врачей со стажем работы от 10 до 30 лет. По результатам исследования, доля врачей этой возрастной категории, работающих в частных медицинских центрах, превышает соответствующую в государственных организациях в 1,4 раза, составляя 68%. Доля же относительно молодых врачей со стажем работы до 10 лет в них в 1,6 раза меньше, чем в государственных организациях (19% по сравнению с 30%).



**Рис. 6. Распределение факторов, существенно влияющих на принятие врачами клинических решений**  
 (% к числу опрошенных в медицинских организациях, различающихся формой собственности, N = 311)

Была обнаружена связь ориентации врачей на федеральный госстандарт при выборе клинических решений с социально-демографическими характеристиками — возрастом и профессиональным стажем. Молодые, менее опытные врачи (до 30 лет) в 1,5 раза чаще считают, что федеральный госстандарт оказывает сильное влияние на



их решение, по сравнению с врачами полярной по возрасту группы «свыше 60 лет»<sup>15</sup>. В то же время врачи из медицинских организаций областного подчинения в 1,3 раза чаще, чем из организаций городского подчинения, полагают, что стандарт оказывает сильное влияние на их медицинские решения (соответственно 74 и 58% опрошенных).

Следует рассмотреть еще один фактор, занимающий в рейтинге факторов, оказывающих влияние на принятие врачами клинических решений, последнее место: «рекомендации фармкомпаний» (рис. 5, 6). Наш исследовательский интерес к этому фактору вызван тем, что само существование фармацевтических компаний, которые по законам рыночной экономики продвигают свой товар различными, в том числе, по мнению российских пациентов, и неприемлемыми, способами, — относительно новое и малоизученное явление в России, всего лишь несколько десятков лет назад пересевшей в «поезд, едущий в капитализм». Интерес представляла оценка врачами роли этого фактора в выборе конкретных форм сотрудничества медицинских организаций с фармкомпаниями. По мнению врачей, прежде всего фармкомпании влияют на врачебный выбор, организовывая информационно-образовательное пространство, когда по согласованию с клиникой устраивают для них обучающие семинары, презентуют новые лекарства, оценивая их лечебные характеристики (39% опрошенных врачей отметили эту роль фармкомпаний). При этом врачи частных мединституций в 1,3 раза чаще по сравнению с коллегами из государственных учреждений отмечают эту роль (47 и 36% соответственно) (табл. 3). Вместе с тем молодые врачи (до 30 лет) в 1,2–1,6 раза чаще по сравнению с врачами других возрастных групп отмечали эту грань взаимодействия фармкомпаний и медицинских учреждений. По мнению врачей, влияние еще одного варианта сотрудничества — «получение нового лекарства на пробу от представителя фармкомпаний» — не так существенно (только пятая часть — 21% — врачей признает его). При этом врачи частных медорганizations более благожелательны в оценке этого варианта.

Криминогенную форму сотрудничества между медиками и фармкомпаниями, которая влияет на их клинический выбор, — «прямое материальное стимулирование врачей» — полагают существующей 14% врачей. Заслуживает внимания также их позиция, вступающая в конфликт с общественным мнением: «влияние фармкомпаний на врачей сильно преувеличено в общественном мнении» (так считают 39% респондентов). В этом врачи медорганizations разных форм собственности практически солидарны. Особенно критичны к общественному мнению врачи с большим профессиональным стажем (более 30 лет): доля не согласных с общественным мнением в 1,3–1,5 раза выше по сравнению с другими возрастными группами.

---

<sup>15</sup> Такой же характер присущ и связи факторов «федеральный госстандарт» и «стаж работы по профессии».

Таблица 3<sup>16</sup>

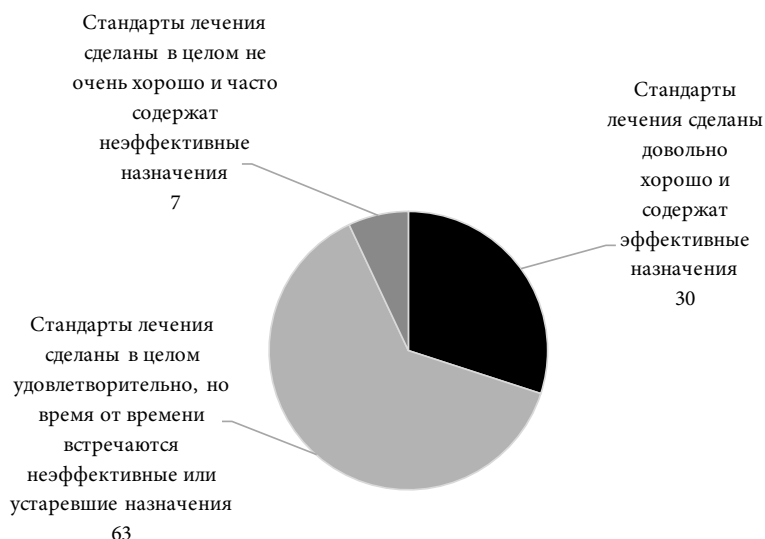
**Мнения врачей относительно влияния фармкомпаний на клинические решения врачей (% к числу опрошенных в разных типах медицинских организациях, N = 311)**

Мнения о влиянии фармкомпаний на решения врачей	Тип медицинской организации		Всего по массиву
	государственная	частная	
Да, влияет, если фармкомпания сотрудничает с клиникой и устраивает для врачей информационно-образовательные мероприятия	36	47	39
Фармкомпании нередко сотрудничают с аптеками, и их влияние может осуществляться на этапе покупки лекарства в аптеке	40	36	39
Да, когда у врача есть лекарство, которое он получил на пробу от представителя фармкомпания	20	26	21
Да, бывают случаи прямого материального стимулирования врачей	12	23	14
Влияние фармкомпаний на врачебные решения сильно преувеличено	39	38	39
Нет, деятельность фармкомпаний никак не влияет на принятие врачебных решений	29	8	24

Были изучены также проблемные ситуации, выявленные в рамках первого, качественного, этапа исследования, — в частности, количественная представленность решений, принимаемых врачами *в ситуации, когда стандарт оказывается неэффективным*, а также специфические факторы, влияющие на эти решения. Наряду с этим изучалась количественная представленность врачебных решений *в проблемной ситуации нехватки нужных лекарств* (применительно к стационарам), а также *в проблемной ситуации назначения по просьбе администрации избыточного лечения* (применительно к частным медицинским организациям).

Рассмотрим проблемную ситуацию, когда госстандарт неэффективен. В целом по массиву только треть врачей (30%) удовлетворены существующими федеральными стандартами по конкретным нозологиям, считая, что эти стандарты хорошо сделаны и содержат эффективные назначения. Правда, удельный вес отрицательных оценок федеральных стандартов достаточно мал — всего 7% (рис. 7). Большинство врачей (63%) дают стандартам среднюю оценку: считают, что стандарты лечения сделаны удовлетворительно, но время от времени встречаются неэффективные или устаревшие назначения.

<sup>16</sup> Дизайн вопроса предполагал возможность выбора двух-трех вариантов ответа.



**Рис. 7. Оценка государственного стандарта**  
(только для государственных клиник,  $N = 238$ )

В ситуации, когда госстандарт неэффективен, есть три врачебных решения: вынужденное следование стандарту, квазиследование стандарту (официально прописывается стандартное лечение, но неофициально рекомендуется персонализированное лечение), альтернативное персонализированное лечение. Вынужденное следование стандарту представляет собой форму врачебного конформизма: врач, понимая неэффективность предлагаемых стандартом назначений, в интересах собственной безопасности (избегая возможных конфликтов с проверяющими органами и начальством) следует им. По данным нашего исследования, такое решение выбирают 15% опрошенных докторов (рис. 8), при этом существенные различия в распространенности данного решения связаны преимущественно со статусом медицинского учреждения. В организациях областного подчинения удельный вес таких решений почти в 2 раза выше по сравнению с организациями городского подчинения (соответственно 19 и 11%). Цифры вроде не очень большие, но это тысячи жизней, подвергающихся риску из-за неэффективного лечения.

Квазиследование стандарту («хитрое» решение) характерно для 17% опрошенных. В областных медицинских институтах практически в 2 раза чаще используют такое решение<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Полагаем, что выявленная связь между определенными конформистскими решениями и статусом медицинской институции нуждается в дополнительном исследовании.



**Рис. 8. Распределение ответов на вопрос:**  
**«Если из своего опыта Вы знаете, что лечение по госстандарту для конкретного пациента не принесет пользы, то от каких факторов будет зависеть, какое лечение Вы ему назначите?»**  
(только для государственных клиник,  $N = 238$ )

Сегодня в России персонализированное лечение выступает альтернативой этим конформистским решениям врача, отличающимся друг от друга только степенью изобретательности докторов. Несмотря на неэффективный госстандарт, персонализированное лечение — решение, которое обосновывается, доказывается и потому требует от врача определенных мужества, настойчивости, убедительности аргументов.

В связи с этим представляют интерес *специфические факторы*, оказывающиеся решающими для подобных действий врача<sup>18</sup>. В целом по массиву ведущими факторами выступают следующие: «медицинские (физиологические) особенности пациента» (55% опрошенных), «тяжесть заболевания» (52% опрошенных), «серьезный риск лечения по стандарту» (47% опрошенных). «Доверительный характер отношений с пациентом» и «невысокая стоимость лечения» выступают гораздо менее значимыми факторами по количеству ориентирующихся на них врачей (соответственно 18 и 10%) (рис. 8). Были выявлены несущественные, но все же различия, связанные с этими факторами, при выборе врачами альтернативного лечения. Так, на тяжесть заболевания в большей степени ориентируются полярные по стажу группы врачей: с малым стажем (до 10 лет) и с самым большим стажем (более 30 лет). На риски, связанные с лечением по неэффективному стандарту, в большей степени ориентируются врачи с большим стажем (21–30 лет и более 30 лет). Доверительность отношений выступает ориентиром преимущественно для молодых врачей с небольшим стажем, в то время как ориентация на цену альтернативного лечения характерна для групп врачей с большим стажем. Индивидуальные медицинские (физиологические) особенности пациента выступают ориентиром для всех групп в равной мере.

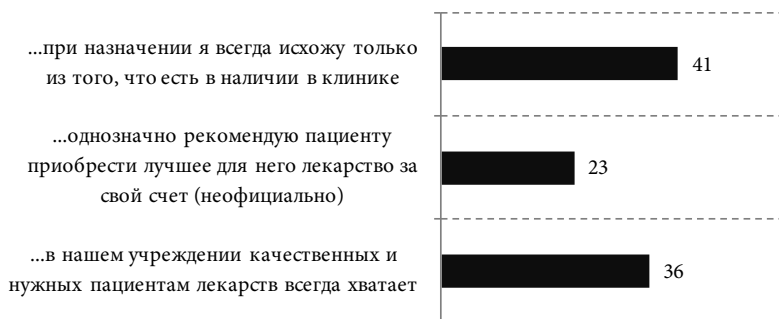
Еще одна проблемная ситуация касается только стационарных медицинских учреждений: *нехватка нужных и качественных лекарств*. С такой ситуацией сталкивались 64% опрошенных врачей, работающих в стационарах. При этом преобладающим является *не самое лучшее*, с точки зрения пациента, решение: «исходить при назначении только из того, что есть в наличии» (41% опрошенных). Вдумайтесь: почти каждый второй доктор в стационаре выбирает не самое эффективное лечебное решение только потому, что государство или администрация медицинской институции оказались несостоятельными в части обеспечения клиник наиболее эффективными препаратами. Каждый пятый врач (23%) рекомендует пациенту приобрести лучшее для него лекарство за свой счет (неофициально) (рис. 9).

Следующая проблемная ситуация, касающаяся только частных медицинских центров, такова: в российском общественном сознании сложилось представление о том, что частные медицинские организации «вымогают» деньги, назначая ненужное лечение, заставляя пациентов делать ненужные (избыточные) анализы. Наш анализ поведения врачей в таких ситуациях показал частичную правоту этого мнения: 18% опрошенных врачей частных медицинских центров в той или иной мере учитывают просьбы своих руководителей по назначению избыточного (лишнего) лечения (рис. 10). С самим фактом просьб со

---

<sup>18</sup> Структура этих специфических факторов была определена на первом, качественном, этапе исследования.

стороны администрации назначать избыточное лечение сталкивалась практически треть опрошенных врачей (30%), впрочем, часть таких просьб они не учитывали (12%).



**Рис. 9. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы поступаете, если в Вашем учреждении случается нехватка нужных и лучших для пациента качественных лекарств?»**  
(только для персонала стационаров,  $N = 133$ )



**Рис. 10. Распределение ответов на вопрос: «Если руководство Вашей клиники требует назначать лечение, которое Вы считаете избыточным, учитываете ли Вы эти просьбы при назначении?»**  
(только для частных клиник,  $N = 73$ )



### Заключение

В проведенном количественном исследовании была сделана попытка описать профессиональную повседневность врачей крупного российского города в ее главном проявлении — в процессах ежедневного принятия врачами клинических решений, от которых во многом зависит не только физическое состояние, но и страхи, надежды, поведенческие стратегии пациентов, наконец, их удовлетворенность жизнью, особенно жизнью с болезнью. Эти решения, как и мера влияния факторов, их детерминирующих, изучались в двух базовых для профессии врача-лечебника ситуациях: диагностики заболевания и назначения лечения. Исследование показало, что иерархии факторов, выстроенные в соответствии с показателями индексов влияния, в этих ситуациях достаточно схожи, несмотря на некоторые различия в самих структурах факторов влияния. Первые четыре фактора, оказывающих, по мнению врачей, сильное влияние на принятие клинических решений, практически одинаковы: «собственный врачебный опыт», «российские и международные клинические рекомендации», «этические принципы врача» и «федеральный госстандарт по конкретной нозологии»<sup>19</sup>. При этом абсолютным «победителем» в обеих клинических ситуациях стал фактор «собственный врачебный опыт». Это говорит о том, что, с одной стороны, пациенты могут надеяться на более персонализированное лечение (тем более что в обеих ситуациях пятым фактором является «знание медицинских особенностей пациента»), а с другой — что врач полагается не на государственные стандарты и даже не на клинические рекомендации современной медицины, а на самого себя, следовательно, в глазах врача ни стандарты, ни рекомендации ничего не гарантируют. Таким образом, несмотря на процессы стандартизации, глобализации и технической унификации в медицине, по-прежнему ведущая роль в клинических решениях в медучреждениях больших городов принадлежит конкретному врачу. Однако это создает потенциальные риски для пациентов, поскольку опыт любого врача ограничен его стажем, профессиональной биографией и не защищает от ошибки, особенно в условиях повышенной загруженности врача и обычной для государственных медучреждений недостаточности времени на полноценный прием пациента.

---

<sup>19</sup> Впрочем, есть и некоторые несущественные различия в структурах топ-факторов в ситуациях диагностики и лечения: факторы «этические принципы врача» и «федеральный госстандарт по конкретной нозологии» меняются местами в них. Так, в ситуации диагностики «этические принципы врача» спускаются на четвертое место (в ситуации назначения лечения этот фактор на третьем месте), а «федеральный госстандарт по конкретной нозологии» поднимается на третье место (в ситуации назначения лечения он на четвертом месте). Это демонстрирует большую жесткость государственного (экономического) регулирования ситуации диагностики заболевания по сравнению с назначением лечения.

Практически совпадают в обеих клинических ситуациях и факторы, оказывающие слабое влияние на принятие врачами клинических решений (последние места в иерархиях): «следование базовым знаниям, полученным в вузе», «следование практикам лечения в соответствующей отрасли медицины», «социальные особенности пациента (образование, убеждения, опыт лечения)» и «финансовые возможности пациента». Однако в ситуации назначения лечения в группу факторов-аутсайдеров, влияющих на выбор врача, добавляются «рекомендации фармкомпаний» и «научно-исследовательские цели».

В обеих клинических ситуациях влияние фактора «следование базовым знаниям, полученным в вузе» оценивается врачами как почти в 4 раза более слабое, чем «собственный врачебный опыт» и другие топовые факторы. Конечно, данный результат имеет объективные основания, поскольку устаревают любые знания, а тем более в биомедицине, развивающейся благодаря технологическим инновациям. Вместе с тем, исходя из того что слабое влияние медицинского образования как фактора отмечают и молодые врачи, это может означать, что медицинское образование оторвано от постоянно меняющейся клинической практики.

Исследование показало, что институциональные факторы — «федеральный госстандарт по конкретной нозологии», а также «административные директивы (установки, запреты)» — имеют большее значение для принятия врачами медицинских решений в государственных медицинских организациях, нежели в частных, а также в организациях областного подчинения, нежели городского. Причем эта тенденция характерна как для диагностики, так и для назначения лечения.

Ряд гипотез, выдвинутых в ходе исследования, не подтвердились. В частности, не подтвердилась гипотеза о сильном влиянии рекомендаций фармкомпаний на принятие врачами решений, прежде всего в ситуации назначения лечения; это влияние оказалось самым низким в иерархии факторов. Криминогенная форма сотрудничества врачей и фармкомпаний — «прямое материальное стимулирование врачей» — оказалась малораспространенной вопреки сложившимся представлениям российских пациентов. Частично подтвердилась гипотеза, сложившаяся исходя из российского общественного мнения о тотальных ненужных (избыточных) лечении или диагностике, проводимых в частных медицинских центрах. Каждый третий опрошенный врач частных медицинских организаций сталкивался с подобными просьбами руководства, но только каждый шестой откликнулся на них. При этом почти каждый второй врач считает, что влияние фармкомпаний на врачебные решения в общественном сознании сильно преувеличено.

В исследовании получена количественная представленность палитры клинических решений в важнейших проблемных ситуациях, которые чреватые конфликтом и одновременно важны по своим тера-

певтическим последствиям. В анализе ситуаций такого типа раскрывается сложность медицинского выбора врача, поскольку на чашах весов оказываются разные топовые факторы, влияющие на принятие терапевтических решений. Чаще всего это связано с ограничениями, которые накладывает на решения врача федеральный госстандарт по конкретной нозологии, предписывающий неукоснительное соблюдение определенных норм. Речь идет о сложном выборе, стоящем перед врачом: следовать ли этической сущности врачебной профессии (действовать в интересах пациента) и «пробивать» у руководства нужную дополнительную диагностику (или необходимые назначения) для персонализации лечения, придумывать ли различные «хитрые» способы обхода ограничений госстандарта (официально, на бумаге — стандарт, неофициально — персонализированные назначения), переложить ли эту заботу на плечи самого больного или следовать требованиям неэффективного в конкретном случае стандарта. Исследование показало, что каждый седьмой врач в ситуации назначения лечения и каждый десятый врач в ситуации диагностики принимает безопасное для себя решение следовать госстандарту, нарушая тем самым принципы профессиональной этики и подвергая риску пациента.

Еще одна серьезная проблема, нашедшая в нашем исследовании количественное выражение, — недостаточность нужных и качественных лекарств (касается только стационарных медучреждений). Более 60% врачей, работающих в стационарах, сталкивались с этой проблемой. В этой проблемной ситуации, несмотря на озвученный врачами вариант неофициальной рекомендации пациенту самому купить более эффективный для него препарат, безусловно, преобладающим все же является решение, направленное против пациента. Практически каждый второй врач стационара при назначении лечения, понимая, что имеющиеся в клинике препараты являются не самыми эффективными для конкретного пациента, принимает вынужденное решение их назначить. В этой ситуации пациенты становятся заложниками несостоятельности государственного медицинского обслуживания или непрофессионального управления администрации медицинских институций.

Конечно, остался еще ряд специфических проблемных ситуаций в рамках клинических взаимодействий, которые были определены в ходе работы. Этот пласт проблематики остается перспективой исследования. Существуют или будут возникать другие сложные и более детализированные клинические ситуации, в которых врачи ежедневно должны делать свой выбор. Эти ситуации клинических решений еще предстоит выявить.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Бороздина Е.А.* Трансформация профессиональной этики российского врача: социологический анализ // Вестник Томского государственного университета. 2011. № 1 (13). С. 12–20.

2. *Готлиб А.С.* Качественное социологическое исследование: познавательные и экзистенциальные горизонты. Самара: Универс-групп, 2004. — 448 с.
3. *Дёрнер К.* Хороший врач. Учебник основной позиции врача / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой при участии Э.Л. Гушанского. М.: Алетейя, 2006. — 544 с.
4. *Зайцева Е.* Клинический выбор врачей в крупном российском городе: опыт качественного анализа // Медицинская антропология и биоэтика. 2018. № 1 (15) [электронный ресурс]. Дата обращения 15.11.2019. URL: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=3556](http://www.medanthro.ru/?page_id=3556).
5. Заявление Следственного комитета Российской Федерации [электронный ресурс]. Дата обращения 15.11.2019. URL: <https://sledcom.ru/news/item/1199822/>
6. *Здравомыслова Е., Тёмкина А.* Доверие и сотрудничество врача-гинеколога и пациентки // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: Сборник научных трудов. Самара: Самарский ун-т, 2012. С. 124–168.
7. *Лехциер В.Л.* Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literatūros namai, 2018. — 312 с.
8. *Лехциер В.Л., Готлиб А.С., Финкельштейн И.Е.* Медицинский выбор хронических больных в крупном российском городе: ситуации, практики, факторы // Социологический журнал. 2019. Т. 25. № 2. С. 78–98. DOI: 10.19181/socjour.2019.25.2.6387
9. Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей / Под ред. Р.Г. Оганова. М.: Силицея-Полиграф, 2010. — 136 с.
10. *Панин И.* «Теперь всем понятно, как устроена детская онкология». Михаил Ласков о ситуации в Центре Блохина [электронный ресурс]. Дата обращения 15.11.2019. URL: <https://spid.center/ru/articles/2534/?fbclid=IwAR2aT2ae1kx-xVxJELM-11R13knZYIvLEARUHMsSARNFMnX-nCWHISHOzxVo>
11. *Пейер Л.* Медицина и культура. Как лечат в США, Англии, Западной Германии и Франции. Томск: Сибирский государственный медицинский ун-т, 2012. — 240 с.
12. *Полторацкий А.Н., Рыжак Г.А., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Чаплыгина М.А., Иванова М.А., Люцко В.В.* Факторы, влияющие на клинический выбор врача при назначении специального лечения рака легкого в пожилом и старческом возрасте // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 4. С. 1–6.
13. *Савинская О.Б., Истомина А.Г.* Понятийный аппарат стратегии смешивания методов: по материалам круглого стола // Социология: 4М. 2015. № 41. С. 142–149.
14. *Семенова В.* Стратегии комбинации качественного и количественного подходов при изучении поколений // INTER. 2014. № 8. С. 5–15.
15. *Таджиев И.Я., Белостоцкий А.В., Бударин С.С.* Качество медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здра-

- воохранения г. Москвы в оценках пациентов и врачей // *Sociology of Medicine. Russian Journal*. 2017. № 16 (2). С. 100–106.
16. *Чирикова А.Е.* Врачи как профессиональная группа: воспроизводство и поддержание врачебного профессионализма // *Журнал исследований социальной политики*. 2013. Т. 11. № 3. С. 307–320.
  17. *Эльштейн Н.В.* Современный взгляд на врачебные ошибки // *Терапевтический архив*. 2005. № 8. С. 66–92.
  18. Bae J.-M. The clinical decision analysis using decision tree // *Epidemiology and Health*. 2014. Vol. 36. Accessed 15.11.2019. URL: <https://www.e-epih.org/journal/view.php?doi=10.4178/epih/e2014025>
  19. *Butko S.N., Olshansky V.K.* New Decision Support Systems in Foreign Healthcare // *Automation and Remote Control*. Berlin: Springer. 1990. Vol. 6. P. 725–736.
  20. *Cresswell J.W.* Research Design: Qualitative, Quantitative an Mix Methods Approaches. London: Sage Publications, 2009. — 262 p.
  21. *Gabbay J., May A.* Evidence based guidelines or collectively constructed “mind-lines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care // *British Medical Journal*. 2004. Vol. 329 (7473):1013. P. 1–5. DOI: 10.1136/bmj.329.7473.1013
  22. *Greenes R.A.* (ed.). Clinical Decision Support: The Road Ahead. Cambridge: Academic Press, 2011. — 599 p.
  23. *Good M.J., Good B.J., Schaffer C., Lind S.E.* American oncology and the discourse of hope // *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1990. No. 14. P. 59–79. DOI: 10.1007/BF00046704
  24. *Harber P., Rappaport S.* Clinical decision analysis in occupational medicine. Choosing the optimal FEV1 criterion for diagnosing occupational asthma // *Journal of Occupational Medicine*. 1985. No. 27. P. 651–658.
  25. *Ladd J.* Philosophy and the Moral Professions // *Social Controls and the Medical Profession*. Boston: Oelgeschlager, Gunn, Hain, Publishers, Inc., 1985. P. 37–52.
  26. *Malykh V.L., Rudetskiy S.V.* Approaches to Medical Decision-Making Based on Big Clinical Data // *Journal of Healthcare Engineering*. 2018. Vol. 18. P. 1–10. DOI: 10.1155/2018/3917659
  27. *Morgan D.* Integrating Qualitative and Quantitative Methods: A Pragmatic Research. London: Sage Publications, 2014. — 288 p. DOI: 10.4135/9781544304533
  28. *Pauker S.G., Kassirer J.P.* The threshold approach to clinical decision making // *New England Journal of Medicine*. 1980. Vol. 302. Iss. 20. P. 1109–1117. DOI: 10.1056/NEJM198005153022003
  29. *Pauker S.G., Kassirer J.P.* Therapeutic decision making: A cost-benefit analysis // *New England Journal of Medicine*. 1975. No. 293 (5). P. 229–234. DOI: 10.1056/NEJM197507312930505
  30. *Sargent C.* The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Care Decisions among the Bariba of Benin. Dordrecht: D. Reidel, 1982. — 208 p. DOI: 10.1007/978-94-009-7740-2

31. *Vordermark J.S.* An Introduction to Medical Decision-Making. Practical Insights and Approaches. Cham: Springer International Publishing, 2019. — 199 p. DOI: 10.1007/978-3-030-23147-7

Дата поступления: 03.12.2019.

---

**SOTSIOLOGICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL. 2020.**  
**VOL. 26. No. 3. P. 114–147.** DOI: 10.19181/socjour.2020.26.3.7398

**A.S. GOTLIB, V.L. LEKHTSIER**

Samara National Research University Named after Academician S.P. Korolev,  
Samara, Russian Federation.

**Anna S. Gotlib** — Doctor of Sociological Sciences, Professor, Head of the Department of Sociological and Marketing Research Methodology, Samara National Research University Named after Academician S.P. Korolev. **Address:** bl. 34, Moskovskoe Shosse, 443086, Samara, Russian Federation. **Phone:** +7 (846) 335-18-26.

**Email:** annagotlib@mail.ru

**Vitaly L. Lekhtsier** — Doctor of Philosophical Sciences, Professor, Samara National Research University Named after Academician S.P. Korolev.

**Address:** bl. 34, Moskovskoe Shosse, 443086, Samara, Russian Federation.

**Phone:** +7 (846) 335-18-26. **Email:** lekhtsiervitaly@mail.ru

#### **CLINICAL SOLUTIONS: FACTORS AND PROBLEMATIC SITUATIONS FROM THE PERSPECTIVE OF DOCTORS IN A LARGE RUSSIAN CITY**

*Abstract.* This article focuses on the main results of a quantitative empirical study of clinical decisions made by doctors in medical institutions of various profiles in a large Russian city. The study was conducted in 2019 and is based on the results of the previous qualitative analysis stage — within the research “mix-strategy”. The main point of analytical interest is the factors which influence the doctors’ clinical decisions in two basic clinical situations — in the situation of disease diagnosis and in the situation of treatment prescription. The object of the research was doctors from Samara medical clinics. Factors and decisions made by doctors were studied from the point of view of doctors themselves. The degree of influence of each factor on the decisions made by doctors was assessed with the help of the Influence Index, an integral index on a fully ordered scale. The article presents a hierarchy of factors influencing medical decision-making in diagnosis and treatment situations; the top group of factors in both situations is identified and interpreted. At the same time, additional problematic situations were studied in the research. In particular, the range of clinical decisions and factors determining them, in case of it being necessary to conduct an examination not provided by standard state medical care, in a situation when this examination is provided, but the limit of prescriptions is exhausted, in a situation when the medical institution (hospital) does not have the best quality medication for the patient in the quantities needed, in a situation when the state standard on a specific nosology is ineffective for a specific patient, as well as other problematic situations.

*Keywords:* sociology of medicine; clinical decisions; diagnostics; treatment prescription; influence factors; problem situations.



**For citation:** Gotlib A.S., Lekhtsier V.L. Clinical Solutions: Factors and Problematic Situations from the Perspective of Doctors in a Large Russian City. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2020. Vol. 26. No. 3. P. 114–147. DOI: 10.19181/socjour.2020.26.3.7398

## REFERENCES

1. Borozdina E.A. The transformation of Russian doctor's professional ethics: social analysis. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2011. No. 1 (13). P. 12–20. (In Russ.)
2. Gotlib A.S. *Kachestvennoe sotsiologicheskoe issledovanie: Poznavatel'nye i ekzistentsial'nye gorizonty*. [Qualitative sociological research: Cognitive and existential horizons.] Samara: Univer-grupp publ., 2004. 448 p. (In Russ.)
3. Dörner K. *Khoroshii vrach. Uchebnik osnovnoi pozitsii vracha*. [The good doctor: Textbook of the main position of the doctor.] Transl. from Germ. Moscow: Aleteiya publ., 2006. 544 p. (In Russ.)
4. Zaitseva E. The doctors' clinical choice in a large Russian city: the experience of qualitative analysis. *Meditsinskaya antropologiya i bioetika*. 2018. No. 1 (15). Accessed 15.11.2019. URL: [http://www.medanthro.ru/?page\\_id=3556](http://www.medanthro.ru/?page_id=3556) (In Russ.)
5. *Zayavlenie sledstvennogo komiteta Rossiiskoi Federatsii*. [Statement of the Investigative Committee of the Russian Federation.] Accessed 15.11.2019. URL: <https://sledcom.ru/news/item/1199822/> (In Russ.)
6. Zdravomyslova E., Temkina A. Trust and collaboration of doctor-gynaecologist and patient. *Obshchestvo remissii: Na puti k narrativnoi meditsine: Sbornik nauchnykh trudov*. [Remission society: On the way to narrative medicine: Collected articles.] Samara: Samarskii un-t publ., 2012. P. 124–168. (In Russ.)
7. Lekhtsier V.L. *Bolezn': opyt, narrativ, nadezhda. Ocherk sotsial'nykh i gumanitarnykh issledovaniy meditsiny*. [Illness: experience, narrative, hope. Essay of social and humanitarian research in medicine.] Vil'nyus: Logvino literatūros namai publ., 2018. 312 p. (In Russ.)
8. Lekhtsier V.L., Gotlib A.S., Finkel'shtein I.E. Medical choice of chronic patients in a large Russian city: situations, practices, factors. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2019. Vol. 25. No. 2. P. 78–98. DOI: 10.19181/socjour.2019.25.2.6387 (In Russ.)
9. *Osnovy dokazatel'noi meditsiny. Uchebnoe posobie dlya sistemy poslevuzovskogo i dopolnitel'nogo professional'nogo obrazovaniya vrachei*. [The basis of evidence based medicine. Textbook for the system of doctors' postgraduate and additional professional education.] Ed. by R.G. Oganov. Moscow: Silitseya-Poligraf publ., 2010. 136 p. (In Russ.)
10. Panin I. *"Teper' vsem ponyatno, kak ustroena detskaya onkologiya"*. *Mikhail Laskov o situatsii v Tsentre Blokhina*. ["And now it is clear for everyone how children's oncology is organized"]. Mikhail Laskov on the situation at Blokhin Centre.] Accessed 15.11.2019. URL: <https://spid.center/ru/articles/2534/?fbclid=IwAR2aT2ae1kx-xBx-JELM-11R13knZYIvLEARUHMsSARNFMnXnCWHISHOzxVo> (In Russ.)
11. Peier L. *Meditsina i kul'tura. Kak lechat v SShA, Anglii, Zapadnoi Germanii i Frantsii*. [Medicine and culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France.] Tomsk: Sibirskii gosudarstvennyi meditsinskii un-t publ., 2012. 240 p. (In Russ.)
12. Poltoratskii A.N., Ryzhak G.A., Il'nitskii A.N., Proshchaev K.I., Chaplygina M.A., Ivanova M.A., Lyutsko V.V. Factors, determining doctor's clinical choice in the situation of special treatment of the elderly and senile patients lung cancer. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2012. No. 4. P. 1–6. (In Russ.)
13. Savinskaya O.B., Istomina A.G. Conceptual apparatus of mix methods strategy: The round table materials. *Sotsiologiya: 4M*. 2015. No. 41. P. 142–149. (In Russ.)



14. Semenova V. The strategies of combination qualitative and quantitative approaches for studying generations. *INTER*. 2014. No. 8. P. 5–15. (In Russ.)
15. Tadzhiy I.Ya., Belostotskii A.V., Budarin S.S. Patients and doctor's evaluation of medical healthcare quality in Moscow state medical organizations. *Sociology of Medicine. Russian Journal*. 2017. No. 16 (2). P. 100–106. (In Russ.)
16. Chirikova A.E. Doctors as a professional group: reproduction and support of doctors' professionalism. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki*. 2013. Vol. 11. No. 3. P. 307–320. (In Russ.)
17. El'shtein N.V. Contemporary view on the doctors' mistakes. *Terapevticheskii arkhiv*. 2005. No. 8. P. 66–92. (In Russ.)
18. Bae J.-M. The clinical decision analysis using decision tree. *Epidemiology and Health*. 2014. Vol. 36. Accessed 15.11.2019. URL: <https://www.e-epih.org/journal/view.php?doi=10.4178/epih/e2014025>
19. Butko S.N., Olshansky V.K. New Decision Support Systems in Foreign Healthcare. *Automation and Remote Control*. Berlin: Springer. 1990. Vol. 6. P. 725–736.
20. Cresswell J.W. *Research Design: Qualitative, Quantitative an Mix Methods Approaches*. London: Sage Publications, 2009. 262 p.
21. Gabbay J., May A. Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal*. 2004. Vol. 329 (7473):1013. P. 1–5. DOI: 10.1136/bmj.329.7473.1013
22. Greenes R.A. (ed.). *Clinical Decision Support: The Road Ahead*. Cambridge: Academic Press, 2011. 599 p.
23. Good M.J., Good B.J., Schaffer C., Lind S.E. American oncology and the discourse of hope. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1990. No. 14. P. 59–79. DOI: 10.1007/BF00046704
24. Harber P., Rappaport S. Clinical decision analysis in occupational medicine. Choosing the optimal FEV1 criterion for diagnosing occupational asthma. *Journal of Occupational Medicine*. 1985. No. 27. P. 651–658.
25. Ladd J. Philosophy and the Moral Professions. *Social Controls and the Medical Profession*. Boston: Oelgeschlager, Gunn, Hain, Publishers, Inc., 1985. P. 37–52.
26. Malykh V.L., Rudetskiy S.V. Approaches to Medical Decision-Making Based on Big Clinical Data. *Journal of Healthcare Engineering*. 2018. Vol. 18. P. 1–10. DOI: 10.1155/2018/3917659
27. Morgan D. *Integrating Qualitative and Quantitative Methods: A Pragmatic Research*. L.: Sage Publications, 2014. 288 p. DOI: 10.4135/9781544304533
28. Pauker S.G., Kassirer J.P. The threshold approach to clinical decision making. *New England Journal of Medicine*. 1980. Vol. 302. Iss. 20. P. 1109–1117. DOI: 10.1056/NEJM198005153022003
29. Pauker S.G., Kassirer J.P. Therapeutic decision making: A cost-benefit analysis. *New England Journal of Medicine*. 1975. No. 293 (5). P. 229–234. DOI: 10.1056/NEJM197507312930505
30. Sargent C. *The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Care Decisions among the Bariba of Benin*. Dordrecht: D. Reidel, 1982. 208 p. DOI: 10.1007/978-94-009-7740-2
31. Vordermark J.S. *An Introduction to Medical Decision-Making. Practical Insights and Approaches*. Cham: Springer International Publishing, 2019. 199 p. DOI: 10.1007/978-3-030-23147-7