

© Коллектив авторов, 2020

УДК: 614.2

DOI 10.21886/2219-8075-2020-11-2-23-29

Особенности формирования профессиональной роли врача в российской и иностранной практике

Ш.Г. Айвазян¹, Ю.Г. Элланский¹, Е.С. Мирзоян¹, Р.Г. Ильяхин², А.А. Комаревцев¹¹Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия²Национальный медицинский центр онкологии, Ростов-на-Дону, Россия

В статье рассматриваются изменения социологических моделей профессиональной роли врача в условиях рыночной экономики. Проанализированы значение маркетинга в здравоохранении и модели предоставления медицинских услуг в российском и иностранном здравоохранении. По накопленным литературным данным представляется возможным проследить динамику развития взаимоотношений пациента и системы здравоохранения в сторону формирования потребительской идеологии и необходимости медико-социологических исследований статусно-ролевых параметров врача-терапевта с целью улучшения эффективности и качества оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: профессиональная роль врача, коммуникация в медицине, маркетинг здравоохранения, модели здравоохранения, медицинская услуга.

Для цитирования: Айвазян Ш.Г., Элланский Ю.Г., Мирзоян Е.С., Ильяхин Р.Г., Комаревцев А.А. Особенности формирования профессиональной роли врача в российской и иностранной практике. *Медицинский вестник Юга России*. 2020;11(2):23-29. DOI 10.21886/2219-8075-2020-11-2-23-29.

Контактное лицо: Айвазян Шогик Грандовна, shogik.ayvazyan@mail.ru.

Features of the formation of the professional role of a doctor in Russian and foreign practice

S.G. Ajvazyan¹, Y.G. Ellanskiy¹, E.S. Mirzoyan¹, R.G. Ilyukhun², A.A. Komarevtsev¹¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia²Rostov Research Institute of Oncology, Rostov-on-Don, Russia

The article deals with changes in sociological models of the professional role of a physician in a market economy. The article analyzes the importance of marketing in healthcare and models of providing medical services in Russian and foreign healthcare systems. Based on the accumulated literature data, it is possible to trace the dynamics of the relationship between the patient and the healthcare system towards the formation of consumer ideology and the importance of sociological research of the status and role parameters of the physician in order to improve the effectiveness and quality of provided medical care.

Keywords: professional role of a physician, communication in medicine, healthcare marketing, healthcare models, medical service.

For citation: Ajvazyan S.G., Ellanskiy Y.G., Mirzoyan E.S., Ilyukhun R.G., Komarevtsev A.A. Features of the formation of the professional role of a doctor in Russian and foreign practice. *Medical Herald of the South of Russia*. 2020;11(2):23-29. DOI 10.21886/2219-8075-2020-11-2-23-29.

Corresponding author: Shogik G. Ajvazyan, shogik.ayvazyan@mail.ru.

Влияние рыночной экономики на социальный институт медицины, трансформация роли пациента в потребителя услуг — это лишь некоторые процессы, происходящие в российском социуме в последнее десятилетие. Современные исследования отечественных авторов в психологии, в основном, эксплицируют проблемы интериоризации этих процессов изменениями во взаимодействии профессиональных групп врачей и пациентов. Указанные

аспекты актуализируют необходимость изучения социальной трансформации профессиональной роли врача в современной России, прежде всего в сравнении с зарубежным опытом. В соответствии с задачами исследования был выполнен анализ процесса социальной трансформации профессиональной роли врача в условиях рыночной экономики на современном этапе развития российской и иностранных систем здравоохранения.

Согласно мнению западных специалистов в области социологии труда и социологии здравоохранения, предоставление медицинских услуг, основанное на «принципах потребления», а также интеграция маркетинга в систему здравоохранения представляют собой угрозу для профессионального статуса врачей, в то время как роль пациента практически не меняется [1].

При реализации потребительского подхода в медицине развивается достаточно контрастная ситуация. Услуги, коммерция, реклама, в основном, ассоциируются с понятиями жадности и манипуляциями, что полностью противоположно ожидаемым по отношению к системе здравоохранения (а точнее врачу) понятиям доброты, милосердия, сочувствия и эмпатии в отношении пациента.

Одним из примеров, где реализуется «потребительское здравоохранение», являются США [2, 3]. В связи с этим очевидна реакция американских граждан против «управляемого здравоохранения», когда здравоохранением управляют не отдельные лица, а страховые компании. Заметим, что в сравнении с европейской социальной моделью здравоохранения система здравоохранения в США представляется более ориентированной на клиента (потребителя медицинских услуг) [4]. Интерес представляют и исследования здравоохранения в Великобритании, поскольку там наблюдается уникальная, по сравнению с другими зарубежными странами, позиция монополии государственного сектора в здравоохранении, отмечается высокая степень доверия к системе здравоохранения и медицинскими специалистами.

Согласно научным источникам, в Великобритании из-за главенствующей роли Национальной системы здравоохранения (NHS — National Health Service) данная проблема не столь актуальна. Импонирует преобладающее осторожное отношение британских социологов к маркетингу в секторе здравоохранения, которые считают, что даже упоминание слова «маркетинг» поставит под угрозу идеалы системы здравоохранения.

Среди общественных организаций Великобритании популярно мнение, что маркетинг есть не что иное, как деятельность, которая создает малую ценность для потребителей медицинских услуг в рамках NHS [5]. В Великобритании маркетинг в здравоохранении считается недостойным NHS и маркетингологи в сфере здравоохранения сталкиваются с критикой принятия решений на коммерческой основе, так как они могут повлечь за собой глубокие социальные последствия. Даже те исследователи, которые выступают за использование маркетинга в секторе здравоохранения, стремятся ограничить его рамки, например, демонстрируя недостатки корпоративного маркетинга [5, 6, 7].

Эти факторы обусловили формулирование понятия «социальный маркетинг», определенный как «систематическое применение маркетинга наряду с другими концепциями и методами для достижения социального блага». Тем не менее, указанный термин все еще вызывает множественные споры в научной среде: сочетание слов «социальный» и «маркетинг» в одном предложении дает основание для вопросов тем, кто считает социальные факторы несовместимыми с рыночным подходом к маркетингу [8]. При этом социальный маркетинг все же

широко используются общественными организациями и компаниями в контексте, например, курения, где методы социального маркетинга оказываются достаточно эффективными [9].

В США концепция маркетинга медицинских услуг используется гораздо шире и принимается большей частью представителей системы здравоохранения. Так, например, Центр по контролю и профилактике заболеваний (CDC — Centers for Disease Control and Prevention), активно использует термин «маркетинг здоровья». Агентство по охране здоровья употребляет более обобщенные фразы, например, такие как коммуникация в области здравоохранения. Официальное определение маркетинга в системе здравоохранения звучит следующим образом: «Маркетинг в области здравоохранения включает в себя создание, передачу и доставку информации и вмешательств с использованием ориентированных на клиента и научно обоснованных стратегий по защите и укреплению здоровья различных групп населения...». (Центр контроля и профилактики заболеваний США, 2006 г.).

«Социальный маркетинг» или «маркетинг здоровья» определяется как коммерческий маркетинг, который сочетается с научными исследованиями в области здравоохранения, направленными на повышение уровня общественного здоровья. Определенным недостатком является то, что социальный маркетинг в области здравоохранения, по мнению исследователей разных стран, игнорирует некоторые фундаментальные вопросы. Например, то, что ресурсы, доступные для маркетинга, ограничены. Однако, как отмечают некоторые авторы, научно подкрепленные выводы, полученные в таких исследованиях, превосходят ресурсы для достижения их результатов [10].

В исследованиях зарубежных специалистов определение «маркетинга здоровья» связано с влиянием на поведение населения, например, изменение пищевого поведения или отказ от курения [9]. Хотя правительственная информация о заболеваниях, рисках и пр. в таких случаях обозначается как пропаганда [11], признаки применения маркетинговых методов и инструментов очевидны.

С другой стороны, маркетинговая деятельность в частном секторе здравоохранения направлена на изменение или усиление элементов поведения, которые увеличивают потребление товара или услуги. Это противоречит целям маркетинга общественного здравоохранения, в рамках которого влияние на изменение в поведении населения направлены на оптимизацию системы здравоохранения. Например, после появления первых доказательств зависимости рака легких от курения в 1950-х гг., в США были запущены две параллельные маркетинговые кампании: органы общественного здравоохранения стремились пропагандировать снижение потребления табака, в то время как табачные фирмы начали кампанию по дезинформации, подвергая сомнению результаты медицинских исследований. Неудивительно, что нередко медицинское сообщество испытывает значительный дискомфорт при использовании маркетинга в здравоохранении [8].

Применение терминологии маркетинга в здравоохранении Великобритании является относительно новым

явлением применительно к здоровью. В начале 1980-х гг. такие попытки подвергались критике на том основании, что парадигма потребительства неуместна, когда люди не платят напрямую за услуги, выбор осуществляется для них специалистом в области здравоохранения. А потребители медицинских услуг в то же время являются и «производителями» хорошего здоровья [12].

Первоначальные попытки сосредоточиться на таком объекте, как клиент, в контексте системы здравоохранения были малоэффективны для клиентов. Дальнейшие реформы NHS Великобритании в начале 1990-х гг. привели к образованию внутреннего рынка медицинских услуг. Появилась «Хартия пациентов» [12]. Теоретически внутренний рынок ориентировался на покупательную способность пациентов, которые рассматривались как потребители медицинских услуг. Однако на практике внутренний рынок был и остается по-прежнему только квази-рынком из-за участия врачей общей практики в финансировании, которые стали прокси-потребителями, предписывающими выбор пациентам, а затем принимающим решения о покупке от их имени [12].

Несмотря на то, что в настоящий момент основное внимание уделяется улучшению качества обслуживания клиентов путем увеличения эффективности имеющихся и введения новых услуг, более трех четвертей финансовых средств, поступающих в систему здравоохранения Великобритании, идет на покрытие растущих затрат на предоставление услуг здравоохранения для стареющего населения¹. В качестве критики потребительской модели здравоохранения отметим, что значительная часть увеличения расходов на здравоохранение идет по пути внедрения дорогостоящих методов лечения для профилактики социально-значимых заболеваний (например, таких как диабет 2 типа), а потребительские процессы, которые стимулируют пациента к выбору и получению такого лечения, мало способствуют поощрению изменений в поведении, которые могут потенциально предотвратить заболевание.

Возникновение потребительства в сфере здравоохранения с последующей критикой профессионализма врачей пациентами-услугополучателями можно проиллюстрировать возросшим в западной научной литературе употреблением термина «беспокоиться» [13]. Этот термин в США в середине 1990-х гг. в ответ на увеличение доступа потребителей к медицинской информации через интернет-ресурсы. Вследствие такого расширения доступа начался рост числа пациентов с ипохондрией или тревожными расстройствами [14]. Именно такое явление, как результат применения пациентами медицинской информации без комментариев врачей, показало малозначимость критики профессионализма для медицинских работников. Медицинская профессия является высокоспециализированной, требует сложной и длительной профессиональной подготовки (знаний и умений), наработке практического опыта работы в медицинских организациях. Все это говорит о том, что потребители медицинских услуг (пациенты) не могут полноценно и адекватно оценивать доступную медицинскую информа-

цию с точки зрения ее персональной трактовки. Это явление в условиях рыночной экономики обозначено, как «асимметрия информации врача и пациента».

Несмотря на существенные изменения в социально-экономических реалиях за последние тысячелетия неизменным сохраняется то, что медицинские услуги предоставляются через личные контакты между экспертом (врачом) и клиентом (пациентом), нуждающимся в медицинских услугах [15,16].

В государственных медицинских организациях Великобритании каждый год происходит более 300 миллионов «встреч» пациентов с врачами, 90 % из которых — консультации с врачами общей практики (GP — general practitioner). Тем не менее, существуют значительные различия между пациентами в частоте использования услуг. Имеется дисбаланс потребления медицинских услуг, который можно описать тем, что большая часть расходов на здравоохранение приходится на непропорционально малую часть пациентов-потребителей. [17,18].

Ключевыми проблемами в сфере здравоохранения Великобритании являются взаимодействие между врачом и пациентом [19]. Показанная в некоторых исследованиях [20] важность эффективного общения врача и пациента привела к тому, что обучение коммуникативным навыкам было поставлено приоритетной задачей для NHS. Именно проблемы с отсутствием эффективного общения между врачом и пациентом обуславливают формирование конфликтных ситуаций и основную долю жалоб в настоящее время в Великобритании.

Особое внимание при исследовании пациента как потребителя медицинских услуг врач уделяет его отношению к здоровому образу жизни. В таком случае исследователям приходится затрагивать личностные качества пациента, а не рассматривать процесс обмена на рынке медицинских услуг как связку «болезнь – сделка». Такой подход, в целом, не отрицает маркетинговую сущность, но отражает двусторонность процесса общения пациента и медицинской организации, рассматривая эти отношения как «взаимозависимые» отношения со специалистами здравоохранения, которые часто формируются рядом отдельных «обменов» на протяжении долгого периода времени [21].

В последнее время в англо-американских исследованиях выявляются критические замечания касательно изменений в процессах общения медицинского работника и пациента. Ряд критиков подчеркивает, что социологические исследования в США в области здравоохранения больше сфокусированы на объеме лечения, потребностях в лечении как предоставлении медицинских услуг, но не дают целостного подхода к оценке самим потребителем услуг здравоохранения [22]. Возможно, что именно такой подход к здравоохранению как к системе создания функционирующего рынка медицинских услуг в США создал существенные стимулы для чрезмерного потребления и чрезмерного лечения. Таким образом, в рассматриваемых исследованиях четко прослеживаются маркетинговые подходы, а сами исследования часто носят характер коммерческого заказа, цель которого — заставить паци-

¹ Adam Smith Institute, 2004. Three quarters of NHS cash "is needed just to stay still" says think-tank

ентов (клиентов) выбрать предложения одной из фирм-конкурентов.

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

Так, в биомедицинской модели медицинских услуг основное внимание уделяется диагностике и применению конкретных научно-обоснованных методов лечения [23]. Вследствие этого ее можно рассматривать как режим предоставления медицинских услуг, цель которого — оценка перспективы стоимости услуги. С точки зрения авторов этой модели, диагноз — это инструмент извлечения стоимости, основанный на односторонней асимметрии между пациентом и врачом. Принимая такую модель, авторы признают, что медицинские услуги являются, по сути, средством передачи «товаров» лечения. В свое время эта биомедицинская модель подверглась обширной критике со стороны исследователей в области социологии здравоохранения, поскольку она представляла медицинские услуги как растущее неравенство в отношении здоровья, не учитывая социальных факторов, а также роль взаимодействия во время посещения врача при определении диагноза [24].

Альтернативный подход был предложен Скандинавской школой, подразумевающий исследования различных аспектов лечения как части процесса обслуживания, таким образом подчеркивая ценность процесса взаимодействия с пациентами (клиентами) [23]. Именно интерактивный сервис положен в основу скандинавской модели медицинских услуг.

Таким образом, зарубежные социологи в области здравоохранения признают, что в основе предоставления услуг лежит взаимодействие между людьми — между клиентами и сотрудниками медицинской организации. Такой интерактивный медицинский сервис имеет решающее значение с точки зрения определения потребителями качества обслуживания [25]. При этом исследователи отмечают, что «обеспокоенность» качеством обслуживания при встрече с медицинским сервисом не нова. Показателем в этом отношении подъем в производстве 1980-х гг., связанный с усилением внимания к связи между качеством услуг и успехом в бизнесе².

Интересно, что первоначальные попытки управления качеством обслуживания в медицинской сфере были сосредоточены на сокращении количества дефектов в оказании медицинских услуг. Это получило название «нулевых дефектов» или сигма-качества (zero-defects or sigma quality). Руководители медицинских организаций были сосредоточены на получении прибыли от медицинских услуг и применяли ориентированные на психологию потребителя подходы для достижения указанных целей [26]. В результате расширения диапазона сервисных услуг, оказываемых в медицинских организациях, они стали нередко рассматриваться как синоним контроля и управления действиями сотрудников, а также качества взаимодействия между сотрудниками и клиентами. При

этом, в целом для сферы медицинских услуг США (независимо от специфики услуг) характерна установка на определенный «эмоциональный» ответ со стороны получателя.

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

Россия, как социальное государство, также решает проблемы в этом направлении, преодолевая социальное неравенство пациентов. Традиционные ценности ориентируют на эмоциональный контакт с пациентами для создания эмпатии, которая экспектируется поколениями россиян с высоконравственным обликом врача. Анализ опыта США и Великобритании показал, что в зарубежных странах предоставление услуг в области здравоохранения ориентировано на повышение их спроса со стороны пациентов. И значение эмоциональности оценивается как качество предоставления информации, поскольку считается, что эмоции, которые должны отображаться сервисными агентами, должны максимизировать эффективность обслуживания и удовлетворенность клиентов. Исследование в различных контекстах обслуживания выявило, что управление эмоциональными проявлениями является ключевым драйвером для предотвращения отказа от предоставления услуг службы [27].

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

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

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

² Butler, P., 2001. Rationing of NHS services and drugs is inevitable. The Guardian, [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.theguardian.com/society/2001/feb/06/health.nhsfinance> (дата обращения: 30.04.2020)

Наблюдаемая в европейских странах тенденция ослабления государственной монополии в предоставлении медицинских услуг населению во многом обусловлена политикой и деньгами и сопровождается неудовлетворенностью пациентов из-за все более ограниченных ресурсов государственной службы здравоохранения.

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

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

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Financing. The study did not have sponsorship.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. Authors declares no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Evans D. Introduction. In D. Evans & P. Cruse, eds. *Emotion, evolution and rationality*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
2. Shrank W.H. Primary Care Practice Transformation and the Rise of Consumerism. // *J Gen Intern Med*. – 2017. – V.32(4). – P.387-391. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3946-1>.
3. Schmitz N., Neumann W., Oppermanne R. Stress, burnout and locus of control in German nurses // *Int. J. Nurs.Stud.* – 2008. – Vol. 37 N.2. – P.95-99. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(99\)00069-3](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(99)00069-3)
4. Lee N.S. Framing choice: The origins and impact of consumer rhetoric in US health care debates. // *Soc Sci Med*. – 2015. – V.138. – P.136-143. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.007>
5. Gilbert B.J., Clarke E., Leaver L. Morality and markets in the NHS. // *Int J Health Policy Manag.* – 2014. – V.3(7). – P.371-376. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.123>.
6. Frith L. The changing National Health Service: market-based reform and morality: Comment on “Morality and Markets in the NHS”. // *Int J Health Policy Manag.* – 2015. – V.4(4). – P. 253-255. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.39>
7. Frith L. The NHS and market forces in healthcare: the need for organisational ethics. // *J Med Ethics*. – 2013. – V.39(1). – P. 17-21. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100713>
8. George K.S., Roberts C.B., Beasley S., Fox M., Rashied-Henry K.; Brooklyn Partnership to Drive Down Diabetes (BP3D). Our Health Is in Our Hands: A Social Marketing Campaign to Combat Obesity and Diabetes. // *Am J Health Promot.* – 2016. – V.30(4). – P. 283-286. <https://doi.org/10.1177/0890117116639559>.
9. Crosby S., Bell D., Savva G., Edlin B., Bewick B.M. The impact of a social norms approach on reducing levels of misperceptions around smokefree hospital entrances amongst patients, staff, and visitors of a NHS hospital: a repeated cross-sectional survey study. // *BMC Public Health*. – 2018. – V.18(1). – P.1365. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6231-x>
10. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Jr. Target marketing in the health services industry: the value of journeying off the beaten path. // *BMC Health Serv Res*. – 2018. – V.18(Suppl 3):923. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3678-5>.

REFERENCES

1. Evans, D., 2004. Introduction. In D. Evans & P. Cruse, eds. *Emotion, evolution and rationality*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
2. Shrank WH. Primary Care Practice Transformation and the Rise of Consumerism. *J Gen Intern Med*. 2017;32(4):387-391. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3946-1>.
3. Schmitz N, Neumann W, Oppermanne R. Stress, burn-out and locus of control in German nurses. *Int. J. Nurs. Stud.* 2008;37(2):95-99. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(99\)00069-3](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(99)00069-3)
4. Lee NS. Framing choice: The origins and impact of consumer rhetoric in US health care debates. *Soc Sci Med*. 2015;138:136-143. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.007>
5. Gilbert BJ, Clarke E, Leaver L. Morality and markets in the NHS. *Int J Health Policy Manag.* 2014;3(7):371-376. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.123>.
6. Frith L. The changing National Health Service: market-based reform and morality: Comment on “Morality and Markets in the NHS”. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(4):253-255. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.39>
7. Frith L. The NHS and market forces in healthcare: the need for organisational ethics. *J Med Ethics*. 2013;39(1):17-21. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100713>
8. George KS, Roberts CB, Beasley S, Fox M, Rashied-Henry K; Brooklyn Partnership to Drive Down Diabetes (BP3D). Our Health Is in Our Hands: A Social Marketing Campaign to Combat Obesity and Diabetes. *Am J Health Promot.* 2016;30(4):283-286. <https://doi.org/10.1177/0890117116639559>.
9. Crosby S, Bell D, Savva G, Edlin B, Bewick BM. The impact of a social norms approach on reducing levels of misperceptions around smokefree hospital entrances amongst patients, staff, and visitors of a NHS hospital: a repeated cross-sectional survey study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1365. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6231-x>
10. Elrod JK, Fortenberry JL Jr. Target marketing in the health services industry: the value of journeying off the beaten path. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(Suppl 3):923. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3678-5>.
11. Fuertes JN, Toporovsky A, Reyes M, Osborne JB. The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities.

11. Fuertes J.N., Toporovsky A., Reyes M., Osborne J.B. The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities // *Patient Education and Counseling*. – 2017. – V. 100(4). – P.610-615. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.018>
12. Gabe, J., Elston, M., Bury, M. *Key concepts in medical sociology*. Thousand Oaks: Sage., 2004.
13. Friedson, E. *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press, 2001.
14. Berry L.L., Bendapudi, N. Health Care: A Fertile Field for Service Research. // *Journal of Service Research*. – 2007. – V.10(2). – P. 111–122. <https://doi.org/10.1177/1094670507306682>
15. Dadich A, Hosseinzadeh H. Communication channels to promote evidence-based practice: a survey of primary care clinicians to determine perceived effects. // *Health Res Policy Syst*. – 2016. – V.14(1). – P.62. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0134-z>.
16. Klingbeil C., Gibson C. The Teach Back Project: A System-wide Evidence Based Practice Implementation. // *J Pediatr Nurs*. – 2018. – V.42. – P.81-85. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.002>
17. Kapur N., Hunt I., Lunt M., McBeth J., Creed F., Macfarlane G. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care--a cohort study. // *Psychol Med*. – 2004. – V.34(4). – P. 719-728. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001223>.
18. Thorpe K.E. The rise in health care spending and what to do about it. // *Health Aff (Millwood)*. – 2005. – V.24(6). – P.1436-1445. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.6.1436>.
19. Selman L.E., Brighton L.J., Hawkins A., McDonald C., O'Brien S., et al. The Effect of Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers on Patient-Reported Outcomes and Clinician Behaviors: A Systematic Review and Meta-analysis. // *J Pain Symptom Manage*. – 2017. – V.54(3). – P.404-416.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.007>
20. Schofield N.G., Green C., Creed F. Communication skills of health-care professionals working in oncology--can they be improved?. // *Eur J Oncol Nurs*. – 2008. – V.12(1). – P.4-13. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.09.005>
21. Annandale E. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press., 1998.
22. Grönroos C. *Service marketing and management: A Customer Relationship Management Approach*. (2 ed) Lexington MA: Lexington Books, 2006.
23. Лядова А.В., Лядова М.В. От патернализма к консюмеризму: смена парадигмы взаимодействия врача и пациента // *Общество: социология, психология, педагогика*. – 2019. – №6. – С. 20-25. <https://doi.org/10.24158/spp.2019.6.2>
24. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V. The role of emotional schemas in anxiety and depression among russian medical students // *Psychology in Russia: state of the art*. – 2018. – T.11. – № 4. – С.130-143. <https://doi.org/10.11621/pir.2018.0409>
25. Czepiel JA. Service Encounters and Service Relationships: Implications for Research. // *Journal of Business Research*. – 2012. – V. 20(1). – P.13-22. [https://doi.org/10.1016/0148-2963\(90\)90038-F](https://doi.org/10.1016/0148-2963(90)90038-F)
26. Antony J., Downey-Ennis K., Antony F., Seow C. Can Six Sigma be the “cure” for our “ailing” NHS? // *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*. – 2007. – V.20(4). – P.242-253. PMID: 20698097
27. Williams A. Hochschild (2003) - the managed heart: the recognition of emotional labour in public service work. // *Nurse Educ Today*. – 2013. – V.33(1). – P. 5-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.07.006>
- ties. *Patient Education and Counseling*. 2017;100(4):610-615. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.018>
12. Gabe, J., Elston, M., Bury, M. *Key concepts in medical sociology*. Thousand Oaks: Sage., 2004.
13. Friedson, E. *Professionalism: The Third Logic*. Chicago: University of Chicago Press, 2001.
14. Berry LL, Bendapudi, N. Health Care: A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*. 2007;10(2):111–122. <https://doi.org/10.1177/1094670507306682>
15. Dadich A, Hosseinzadeh H. Communication channels to promote evidence-based practice: a survey of primary care clinicians to determine perceived effects. *Health Res Policy Syst*. 2016;14(1):62. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0134-z>.
16. Klingbeil C, Gibson C. The Teach Back Project: A System-wide Evidence Based Practice Implementation. *J Pediatr Nurs*. 2018;42:81-85. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.002>
17. Kapur N, Hunt I, Lunt M, McBeth J, Creed F, Macfarlane G. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care--a cohort study. *Psychol Med*. 2004;34(4):719-728. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001223>.
18. Thorpe KE. The rise in health care spending and what to do about it. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24(6):1436-1445. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.6.1436>.
19. Selman LE, Brighton LJ, Hawkins A, McDonald C, O'Brien S, et al. The Effect of Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers on Patient-Reported Outcomes and Clinician Behaviors: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(3):404-416.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.007>
20. Schofield NG, Green C, Creed F. Communication skills of health-care professionals working in oncology--can they be improved?. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(1):4-13. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.09.005>
21. Annandale E. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press., 1998.
22. Grönroos C. *Service marketing and management: A Customer Relationship Management Approach*. (2 ed) Lexington MA: Lexington Books, 2006.
23. Lyadova A, Lyadova M. From Paternalism to Consumerism: a Paradigm Shift in Doctor-Patient Relationship. *Society: Sociology, Psychology, Pedagogics*. 2019;6:20-25. (in Russ.) <https://doi.org/10.24158/spp.2019.6.2>
24. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V. The role of emotional schemas in anxiety and depression among russian medical students. *Psychology in Russia: state of the art*. 2018;11(4):130-143. <https://doi.org/10.11621/pir.2018.0409>
25. Czepiel JA. Service Encounters and Service Relationships: Implications for Research. *Journal of Business Research*. 2012;20(1):13-22. [https://doi.org/10.1016/0148-2963\(90\)90038-F](https://doi.org/10.1016/0148-2963(90)90038-F)
26. Antony J, Downey-Ennis K, Antony F, Seow C. Can Six Sigma be the “cure” for our “ailing” NHS?. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*. 2007;20(4):242-253. PMID: 20698097
27. Williams A. Hochschild (2003) - the managed heart: the recognition of emotional labour in public service work. *Nurse Educ Today*. 2013;33(1):5-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.07.006>

Информация об авторах

Элланский Юрий Геннадьевич, д.м.н., проф., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: elliondon@mail.ru.

Айвазян Шогик Грандовна, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: shogik.ayvazyan@mail.ru.

Мирзоян Екатерина Сергеевна, к.м.н., ассистент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: doc.mirzoyan@mail.ru.

Ильюхин Руслан Григорьевич, ординатор, Национальный медицинский центр онкологии, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: ruslan.spark@icloud.com.

Комаревцев Алексей Александрович, студент, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия. E-mail: alexeykomarevtsev@mail.ru.

Вклад авторов

Элланский Ю.Г., Айвазян Ш.Г. — разработка дизайна исследования.

Элланский Ю.Г., Айвазян Ш.Г. — получение и анализ данных.

Элланский Ю.Г., Айвазян Ш.Г., Мирзоян Е.С. — написание текста рукописи.

Ильюхин Р.Г., Комаревцев А.А. — обзор публикаций по теме статьи.

Получено / Received: 17.04.2020

Принято к печати / Accepted: 16.05.2020

Information about the authors

Yuriy G. Ellanskiy, Dr. Sci. (Med.), professor, head of Department of Public Health and Healthcare №1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: elliondon@mail.ru.

Shogik G. Ajvazyan, assistant of the Department of Public Health and Healthcare №1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: shogik.ayvazyan@mail.ru.

Ekaterina S. Mirzoyan, Cand. Sci. (Med.), assistant of the Department of radiodiagnostics and radiotherapy, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: doc.mirzoyan@mail.ru.

Ruslan. G. Ilyukhun, resident physician, Rostov Research Institute of Oncology, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: ruslan.spark@icloud.com.

Alexey A. Komarevtsev, student, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: alexeykomarevtsev@mail.ru.

Authors contribution

Yu.G. Ellanskiy, Sh.G. Ajvazyan — research design development.

Yu.G. Ellanskiy, Sh.G. Ajvazyan — obtaining and analysis of the data.

Yu.G. Ellanskiy, Sh.G. Ajvazyan, E.S. Mirzoyan — writing the text of the manuscript.

R.G. Ilyukhun, A.A. Komarevtsev — review of publications on the topic of the article.