

---

---

# Предлагаем обсудить

---

---

## СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОГО КОРПУСА, НЕКОТОРЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

**Н.Н.Пилипцевич, А.Н.Михайлов**

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск  
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

*Рассматриваемые в статье позиции относятся к ряду проблем врачебной этики и медицинской деонтологии, касаются личности врача, его профессионального роста, роли и места в обществе, затрагивают социальные и экономические интересы как каждого жителя, так и государства в целом.*

На обложке журнала "Вопросы организации и информатизации здравоохранения" помещена фраза Дени Дидро "Люди перестают мыслить, когда перестают читать".

Применительно к направленности поднимаемых в статье проблем, широкую по смыслу позицию "читать" авторы предлагают трактовать как систематическое самообразование. Обобщенный многочисленными исследователями исторический опыт врачебной деятельности и нынешняя действительность показывают, что для врачебного корпуса постановка вопроса о самообразовании является значимой. Для этого сложился ряд предпосылок. На первом месте среди них высокий статус врача в обществе, которому надо соответствовать. Веками населением ему отводится особое место. По своему образованию, положению, востребованности, возможностям, он всегда, пусть подсознательно, в определенной мере стихийно, окружением выдвигается на роль лидера. Профессия "врач" ставит ее обладателя выше локальных интересов конкретной группы людей. Он – специалист, в котором нуждаются все слои населения. Во всех странах требования к его душевным и профессиональным качествам, знаниям и умениям практически одинаково высокие. Это человек, готовый прийти на помощь тем, кто в ней нуждается, в любое время, на любой территории, независимо от их возраста, пола, вероисповедования, национальности, материального состояния, положения в обществе. Люди заинтересованы в наличии возможности обратиться к врачу – личности

целостной, сильной в духовном и профессиональном плане. Поэтому к врачу особое отношение и с него особый спрос, что в реальной жизни выражается в высоких требованиях к его человеческим и профессиональным качествам. Чтобы соответствовать им, среди многих факторов, необходима направленная работа по систематическому самосовершенствованию.

По данным отечественных и зарубежных социологических исследований, люди отличаются друг от друга по ряду параметров. Врачи, как часть, социальный слой населения, соответственно, также имеют между собой много отличий. С учетом направленности настоящей статьи, отметим, что одним из важнейших отличий является наличие или отсутствие отдельно у каждого врача потребности и прилежания постоянно совершенствоваться, закреплять полученные знания и самостоятельно постигать новые. К сожалению, в отечественном врачебном сообществе в силу ряда причин подходы к реализации данной потребности пока различаются в широком диапазоне. Это сказывается на профессиональном уровне, и, как следствие, качестве лечебно-профилактического обслуживания, предоставляемого врачами с разным уровнем подготовки. Такая ситуация является реальностью, она послужила основанием для постановки данного вопроса. В целом, на сегодняшний день, это проблема.

Сам по себе вопрос о враче-труженике, систематически работающем над повышением своего профессионального уровня, не нов, его актуальность из века в век возрастает. В первую очередь он заключа-

ется в том, что поток новой информации в здравоохранении постоянно прирастает, изменяются и усложняются подходы, методы, приемы лечебно-диагностического процесса. Мировой опыт убеждает: на послевузовском этапе самостоятельное пополнение и расширение знаний врача становится одним из основных источников профессионального роста.

Напомним читателю, корни позиции об учении врача исходят из глубокой древности. В клятве Гиппократу врачу дан наказ постоянно пополнять знания и делиться ими с другими врачами. Как важнейшая заповедь этот наказ служит медицине уже более 24 веков. Современный врач второй половины 20-го – начала 21-го века – эпохи бурного развития научно-технического прогресса – должен иметь внутреннюю потребность пополнять свои медицинские знания. Таково веление времени. В противном случае он не сможет полноценно исполнять свой профессиональный долг. Если в системе здравоохранения страны будет сравнительно много людей, определившихся в том, что с получением диплома врача они завершили свое медицинское образование, то это мощная предпосылка низких качества и эффективности их работы, потенциальный вред здоровью людей.

Очередное напоминание об учении врача на уровне мирового сообщества прозвучало на втором деонтологическом конгрессе в Париже (1967 г.). Там было принято решение дополнить клятву Гиппократу одной единственной фразой: "Клянусь обучаться всю жизнь". В такой формулировке обязательства каждого врача систематически учиться читаются как его внутренняя осознанная потребность и профессиональная обязанность.

Сошлемся еще раз на опыт истории. Известно исторически сложившееся отношение населения к врачу. Во все времена люди для себя хотели бы иметь чуткого, грамотного в своем деле, внимательного к каждому обратившемуся за помощью специалиста. Подтверждением может служить старинная притча, в основе которой опыт жизни многих поколений. В ней говорится о главных слагаемых, определяющих красу и славу, гордость и привлекательность города (читай – государства!). Это "хорошие городские власти, наличие моря или реки, процветающих ремесел и торговли, наличие искусного врачевателя". Не требуется особых пояснений – врач является одним из важнейших компонентов обеспечения жизнедеятельности населения. Уместно к этому добавить, что деятельность современного врача, наряду с медицинскими и социальными, имеет экономические параметры измерений.

Перейдем, конкретно, к отечественному врачу. Начнем с общей численности отечественного вра-

чебного корпуса. Согласно официальным данным Минздрава, по состоянию на 2008 год она составляет 48124 (все ведомства). По соотношению "численность врачей/численность населения" Беларусь занимает одно из первых мест в мире. На одного врача приходится немногим более 200 человек. Если даже принять мировой стандарт подразделения врачей на лечебников и других специалистов, то и в этом варианте врачей первой группы должно быть достаточно. Вместе с тем, в XXI веке медицинские организации как города, так и села Беларуси из года в год испытывают дефицит врачебных кадров. Имеющаяся ситуация требует отдельного анализа, оценки и решения. На это обратил внимание президент страны А.Г.Лукашенко при посещении одного из ЛПО города Минска 11 сентября 2009 г.

Практика показывает, что базовые университетские знания без их последующего закрепления и пополнения сравнительно быстро истощаются. Как указывалось выше, нынешняя реальность, к сожалению, такова, что не все практические врачи имеют потребность в последовательном самообучении. В подтверждение приведем следующий факт. Многие врачи, аттестуемые в системе Минздрава на квалификационную категорию, затрудняются ответить на вопрос о периодических медицинских изданиях (журналах). Отсюда однозначен вывод: если названий не знают, в лучшем случае перечисляют 2–3 журнала, то, следовательно, и не читают их. Считаем важным подчеркнуть, журнальные публикации являются одним из основных поставщиков новой научной медицинской информации: новые достижения, предложения в практику, результаты внедрения, формирование единых подходов и взглядов и пр. В соответствии с каталогом РУП почтовой связи "Белпочта", в Беларуси выпускается 20 медицинских журналов.

Несомненно, потребность в систематическом самообразовании будущего врача должна формироваться начиная со студенческой скамьи и продолжаться на протяжении всей его трудовой жизни. Пользу последипломной учебы осознают все врачи. Мы уверены, что среди врачебного корпуса не встретится ни одного с иной точкой зрения. Несмотря на это, такая обязательность реализуется не всеми практикующими врачами и не систематически. Очевидно, необходим более определенный стимул – мотивация, определяющая заинтересованность каждого врача в пополнении знаний. Для Беларуси в решении данного вопроса может представлять ценность опыт стран Запада, в частности, Германии. Ценность его состоит в том, что исходный уровень врачебной подготовки, профессиональные знания, осведомленность о новых достиже-

ях в медицине, стремление и способность внедрять их в практику своей деятельности воспринимаются как отправные критерии при принятии на работу, повышении в должности и пр. В отечественном здравоохранении подходы примерно такие же, но срабатывают они пока хуже.

Известно, что в одном ряду с профессиональным ростом врача находятся формирование зрелости личности, его духовное совершенствование. Эти важнейшие компоненты в сочетании с любовью к делу, которому служишь, делают врача своеобразным лидером среди населения. Подчеркнем при этом: врач-лидер – понятие очень емкое. Это такое ответственное и уважительное его положение в обществе, когда люди с ним хотят пообщаться, посоветоваться, поделиться своими семейными, жизненными и другими проблемами, стремятся быть похожими на него в поступках, когда его врачебное слово, действия воспринимаются населением как единственно правильные, весомые, полезные, достойные подражания. Таков сформировавшийся и пронесенный через века идеал Врача.

К сожалению, в связи с разным уровнем требовательности к своим деловым качествам и соответственно, разным их состоянием, не все врачи воспринимаются населением как всесторонне образованные, культурные, профессионально грамотные люди. Отсюда источник слабого доверия многих пациентов к действиям, назначениям, возможностям некоторых врачей. В жизни давно установилось, что признание, уважение, тесное взаимодействие "врач – пациент" в ходе лечения являются одним из путей снижения числа нареканий со стороны населения к врачам. Это важно и необходимо как для самих работников отрасли здравоохранения, составляя основу их нравственного стимула, так и для населения, для которого "врач – хранитель здоровья народного".

Изложенное выше авторы обобщили в виде следующих **предложений**:

- исторически врач населением воспринимается как личность высокообразованная, широко компетентная в вопросах здоровья, нравственная, являющаяся примером для подражания в повседневной жизни. Очередным тому подтверждением является строка из опубликованного в "Медицинской газете" в 2009 г. письма одного из граждан России: "Бог дал человеку два колена: одно – чтобы преклонить ногу перед учителем, второе – перед врачом";

- повышение квалификации работников отрасли рассматривать как одно из главных направлений совершенствования ее деятельности;

- формировать у медицинского персонала потребность систематического пополнения специаль-

ных знаний как основную предпосылку профессионального роста, т.е. учиться должно быть модно, престижно, полезно, выгодно;

- в контрактном договоре найма на работу медицинских работников закрепить позицию об обязательности систематической работы по росту профессиональных знаний и мастерства;

- конкретизировать соответствующий раздел модели конечных результатов в части повышения квалификации медицинского персонала;

- решить вопрос о доступности периодических изданий для врачей ЛПУ всех уровней;

- кругозор врача как в рамках своей непосредственной специальности, так и здравоохранения в целом должен являться одним из основных критериев при решении вопроса об аттестации на квалификационную категорию.

Для формирования фигуры врача важное значение имеет следующая позиция. В странах Европы, США выпускники высших медицинских школ стремятся получить первую самостоятельную врачебную должность где-нибудь в отдалении от крупных центров. Реализуя этот осознанный шаг, выпускники западных медицинских школ преследует конкретную цель – проверить себя в условиях самостоятельной работы в первую очередь на предмет профессиональной пригодности, а также получить хорошую первичную практику.

10-15 лет тому назад в Беларуси заговорили о враче общей практики (ВОП). В отрасли в тот период полной готовности к его внедрению в звене "первичная медико-санитарная помощь" не было. В первую очередь не увидело в нем целесообразности практическое здравоохранение. В медицинских университетах эта инициатива также была принята скептически. В сельских районах (там, где СВА перепрофилированы в амбулатории ОВП) быстрого видимого эффекта не получилось. В конечном итоге сама идея ВОП как основы первичной медико-санитарной помощи стала не очень привлекательной.

Таким образом, на сегодняшний день в ряду приоритетов отрасли идея формирования передового звена здравоохранения по типу врача общей практики оказалась как бы отодвинутой на второй план. Отметим: от нее не отказались, амбулаторий врача общей практики стало уже около 400. За один только 2008 год их число увеличилось на 29. Но она (идея ВОП) реализуется медленно. Кроме того, недостаточно только переименовать врачебную амбулаторию в амбулаторию общей практики. Свидетельством тому нынешняя недостаточная эффективность деятельности ВОП. Это не прибавляет ей сторонников, в том числе и среди самих медицинских работников.

Одним из очевидных фактов, в плане "сторонников", является распределение выпускников медицинских университетов. Данный вопрос, как известно, решается на уровне руководства отрасли. Со студенческой скамьи они назначаются на должности хирургов, травматологов, анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов, терапевтов. Сложилась многолетняя практика подобного распределения, за нее выступает подавляющее большинство студентов. Их привлекает возможность со студенческой скамьи быть назначенным на должность узких специалистов. Такие должности имеются в сравнительно крупных ЛПО. Соответственно, первичное распределение осуществляется в медицинские организации, как правило, поселений районного, городского уровня.

В связи со сказанным, обратим внимание на опыт подготовки врачей в СССР, являющийся уже историей и, одновременно, реальностью по нынешним временам для некоторых стран СНГ, в том числе Беларуси. В бытность Министром здравоохранения академик Е.И.Чазов основной упор был сделан на узкую специализацию в подготовке врачей. Исходили из того, что узкий специалист гораздо лучше разберется в патологии своей направленности. По сути, получилось, что человека разделили как бы на отдельные органы и системы, и не стало специалиста, который отвечал бы за весь целостный организм. На тот же период приходится крах фигуры участкового врача, основной его функцией стала диспетчерская деятельность по рассылке пациентов к узким специалистам. Сам пациент стал "коридорным", т.е. перемещающимся по коридору из кабинета в кабинет. Результатом посещения большинства специалистов в значительном числе случаев является их заключение, что такой-то патологии у пациента нет, или, наоборот, каждый специалист выявляет патологию своего профиля. Отметим, что в специальной литературе на это уже неоднократно обращалось внимание. К сожалению, с тех пор авторитет фигуры участкового врача так и не поднялся. А ведь это опора всей системы здравоохранения. По прошествии некоторого времени, Е.И.Чазов, уже не будучи Министром, в одном из своих выступлений сказал, что в свое время перегнули с узкой специализацией. Узкая специализация создает предпосылки для неполного клинического обследования и серьезных ошибок в диагностике. У пациента может не оказаться лечащего врача, а только консультанты.

Известно, что практику участкового обслуживания у СССР заимствовали американцы для своей системы здравоохранения. В нашей отечественной системе здравоохранения, по сути, великая

фигура участкового врача до сих пор пока "нижнее сословие" среди других врачебных специальностей. Число последних, как известно, более 90.

Итак, первично распределяемые на узкие специальности по выпуску из университетов врачи опыта врачебной деятельности не имеют. Есть основания оценивать, что подобное распределение – мера вынужденная, связанная с дефицитом врачебных кадров, и поэтому, с учетом перспектив последующего развития отрасли здравоохранения, кратковременная. Известно, узкий специалист это не только врач-консультант для пациентов, это еще и консультант для других врачей. Отложим в сторону обсуждение эффективности для пациентов деятельности молодого врача. Хотя бы потому, что начало деятельности – это реальность для каждого, предшествование будущему опыту и зрелости. Речь о другом: молодой врач в состоянии выполнять функции консультанта своих коллег в известной мере формально, он сам нуждается в хорошем наставнике. Следовательно, в первые годы практической работы роль консультанта своих коллег вряд ли под силу молодому врачу. Сама по себе такая практика не может быть оправданной с точки зрения перспектив развития отрасли.

Общение с выпускниками после их распределения на должности показывает, что "удачным" они считают распределение на должности узких специалистов. Распределение в сельские ЛПО воспринимается как непрестижное ("не повезло"). Еще не получив диплома, многие планируют, отработав положенный срок по первичному распределению, сменить место работы. Реальная социально-экономическая обстановка для жизни и деятельности молодого врача в ряде сельских мест пока способствует таким настроениям.

Следует отметить, что подобная ситуация идет в разрез с Государственной программой возрождения и развития села. Строительство агрогородков, создание в них социальной сферы, обеспечение коммунальными услугами, стабилизация производственной деятельности имеют целью приблизить условия жизни на селе к городским, направлены на добровольное закрепление кадров (в том числе, медицинских) на селе. Крепость сельского эшелона первичной медико-санитарной помощи является мощной предпосылкой совершенствования уровня медицинского обслуживания населения, расширения доступности, качества, объема предоставляемой помощи. В свою очередь, расширение возможностей врача на селе может в значительной мере снизить нагрузку на ЛПО районного, областного и даже республиканского уровня. Такое уменьшение нагрузки реально в первую очередь за счет ранней диагностики заболеваний, снижения запущенности. Лече-

ние заболеваний на ранних стадиях требует меньших затрат, приводит к быстрейшему восстановлению здоровья и трудоспособности.

Отметим, уже в течение ряда лет в отрасли нет сформировавшейся позиции о врачах общей практики в городских поселениях.

В качестве первой ступени самостоятельной врачебной деятельности, по выпуску из медицинского университета, целесообразна должность врача участковой службы (общей практики). К ней выпускники готовы (в сравнении с другими возможными должностями) больше всего. Ее надлежит пройти каждому, для того чтобы получить опыт практической работы. Но, самое главное, этот первый врачебный опыт дает кругозор, веру в свои силы, обеспечивает выработку врачебного мышления, деонтологические навыки общения с пациентом, формирует лицо врача как личности и как конкретного представителя врачебного корпуса. Сегодня в различных регионах России фигуру ВОП рассматривают с профессиональной лечебно-профилактической, финансово-экономической, хозяйственной сторон деятельности. Ведется речь о развитии службы врачей общей практики на основе фондодержания.

Одним из критериев обеспечения устойчивого функционирования здравоохранения должна быть подтвержденная практикой позиция – отбор на должности специалистов, т.е. переход на вторую ступень врачебной деятельности, осуществляется только с результатами положительных оценок работы в должности врача общей практики в течение установленного срока. При отборе на должности узких специалистов в основе оценок целесообразно доказательство результатами предыдущей деятельности своей способности эффективно работать узким специалистом.

#### **Предложения:**

- формирование фигуры врача общей практики целесообразно в процессе получения базового университетского медицинского образования;
- первичное распределение целесообразно только на должности врача системы первичной медико-санитарной помощи;
- следует определить конкретный срок найма выпускника медицинского университета на работу по контракту, решить вопрос о периодичности повышения его квалификации в этот период;
- специализация для контингента, работающего установленный срок по первичному распределению, преждевременна, содержит элемент дезорганизации в плане выполнения функций в занимаемой должности.

К врачам предъявляется относительно много нареканий (претензий) со стороны населения. Значительная их часть, к сожалению, подтверждается. Но они

меньше касаются профессиональных действий врача, больше поведения. В ряде случаев они спровоцированы тем, что не ту специальность избрал для себя отдельный врач, не его это дело – врачевание, работа с людьми, у которых нарушено состояние здоровья. Вполне возможно он был бы хорошим инженером, агрономом и пр. и приносил бы много пользы людям. А так, мучается сам, исполняя нелюбимую работу, раздражает больных людей холодностью или безразличием к их бедам, подрывает авторитет врачебного сословия и здравоохранения в целом. Для здравоохранения это важный вопрос. Рано или поздно, лучше уже сейчас, его придется решать.

Один из вариантов решения – первичное тестирование на профпригодность при поступлении в медицинский университет. Такая практика не нова. В России она широко используется в военной медицине, авиации, военно-морском флоте, в космонавтике, системе МВД. В БГУ (Республика Беларусь) – на факультетах журналистики, юридическом, в БГМУ – на военно-медицинском и др.

Но это, пожалуй, только одна сторона медали. С другой стороны, становится все труднее работать врачу, особенно амбулаторно-поликлинического звена. Это связано с тем, что у населения формируется не совсем адекватная позиция поведения при обращении за медицинской помощью. Пациенты с чьей-то не очень удачной "подачей" охотно приняли в арсенал собственных возможностей удобную для себя позицию, а именно: здравоохранение им должно. И содержание этого "должно" у здравоохранения надо выбивать.

В каждом случае обращения здравоохранение для пациента представляет конкретный врач. Именно он, ограниченный рамками предписаний, инструкций, часто устаревших стандартов и пр., несет ответственность за все, что может и должно быть сделано для данного пациента и, к сожалению, за то, что для него бесполезно или даже вредно. Но факт последнего надо очень энергично доказывать, ибо пациент, убежденный в своей правоте, часто не хочет принять позицию врача. То есть "усредненный" сегодняшний пациент уже не просит о помощи для восстановления утраченного здоровья, а настоятельно требует, в большинстве случаев не отдавая себе отчет в сути своих требований. Среди некоторой части населения бытует мнение, что врач в чем-то их ущемляет – выписывает не то лекарство, по своему усмотрению ограничивает его количество, не те процедуры назначает или не назначает их вовсе, а они, с точки зрения пациента, были бы ему полезны. Более того – врач не так посмотрел, не то сказал, не в той тональности и пр. Таким образом, созрела парадоксальная ситуация, когда вместо актив-

ного соучастника лечебного процесса, о чем мечтали передовые врачи еще с древности, пациент в ряде случаев становится его противником, мешает врачу. Отсутствие (снижение) авторитета врача в глазах пациента как минимум на 30-40% ослабляет эффект его лечебных действий. Именно на такую величину потенцируется сила арсенала врачебного воздействия в случае, если врач и пациент представляют собой единое целое в реализации лечебного процесса. Это реалии сегодняшнего дня.

Неудовлетворенность пациентов порождает поток жалоб в адрес врачей и медицинских организаций, на которые надо отвечать перед различными инстанциями, за них накладываются экономические и административные взыскания. Администрация медицинских организаций всяческими путями стремится разрешить остроту ситуации, чтобы избежать их. Пациент-"победитель" становится убежденным, что в будущем именно подобным путем надо решать вопросы о своем здоровье в организациях здравоохранения. Такая ситуация мало пользы приносит пациентам, дезорганизует работу врача.

Давайте задумаемся: является ли безоговорочно правильной позиция "пациент всегда прав". Ведь обращается за помощью человек, у которого нарушена целостность функционирующего организма. Собственное "я" у него на данный момент не всегда в ладу с самим собой в сравнении с состоянием практического здоровья. То есть, находясь в болезненном состоянии, он не может быть всегда прав, предъявляя некоторые избыточные требования к врачу в плане его участия к собственной персоне. Директор института психиатрии им. В.П.Сербского академик РАМН Т.Дмитриева (Россия) в течение многих лет систематически показывает, что около 30% населения имеют различного рода отклонения в психической деятельности. Уважая личность пациента, удовлетворяя, по мере возможностей, его потребности в здоровье, надо, несомненно, уважать и личность врача. Если врач будет всегда и во всем виноват, то о каком престиже должности врача можно будет говорить в ближайшей перспективе. Пациенту, населению, как отмечено выше, нужен авторитетный, сильный врач-лидер. Поддержка всех без исключения претензий пациентов, особенно не обоснованных, разрушает высокий имидж врача. Опосредованно, как обратная волна, это в целом вредно для здоровья населения.

Официально признана еще одна нозологическая форма заболевания – "синдром профессионального выгорания". В США для профилактики распространения среди врачей "отвращения" к своей профессии, обеспечения возможности полноценной дальнейшей работы в ней официально для врача

введен через 7 лет работы оплачиваемый годичный отпуск. Врач может использовать его по своему усмотрению – повышение квалификации, путешествие и пр. Не исключено, что при нынешнем систематическом нервно-психическом перенапряжении врача подобные решения придется принимать и в интересах отечественного врача.

Среди абитуриентов престиж врачебной специальности на сегодняшний день высокий. Не останавливают их высокий проходной балл при поступлении в медицинский университет, 6-летний срок и трудности обучения. Но будни врачебной практики, к сожалению, нивелируют высокий уровень этой престижности. Ибо рейтинг профессии врача среди других профессий посредственный – 11-13 место. Такая ситуация не только парадоксальная, но и угрожающая. Она предполагает движение в направлении, когда все большее число врачей, получив профессию, окажутся разочарованными в ней, а молодежь, соответственно, может потерять интерес овладеть ею. Фактически это одна из предпосылок системного кризиса отрасли здравоохранения.

#### **Предложения:**

- ввести тестирование при поступлении в медицинский университет на предмет пригодности к врачебной деятельности. Это один из путей достижения оптимальности корпоративных решений в деятельности отрасли здравоохранения;

- зрело осмыслить, дать адекватную оценку, предусмотреть коррективы в сложившуюся очень непростую ситуацию взаимодействия "врач – пациент"; поступательную работу в этом направлении необходимо начинать уже сегодня;

- дети, подростки в семье, школе должны получать направленную, грамотную, полезную информацию о значении здоровья для самореализации в жизни;

- задача государственного значения – организовать направленную действенную работу для обеспечения правильного восприятия роли и места отрасли здравоохранения в жизни человеческого общества - как одного из важнейших гарантов его социальной стабильности.

#### **SOCIO-ETHIC AND PROFESSIONAL PROBLEMS OF PHYSICIANS, SOME WAYS OF SOLUTION**

**N.N.Pilipstevich, A.N.Mikhailov**

The article deals with some problems of medical ethics and deontology, personality of a physician, his professional development, role and place in the society. These problems are related to social and economic interests of both a citizen, and a state as a whole.

*Поступила 24.09.2009 г.*