

УДК 316.422 ББК 60.56

Лядова Анна Васильевна –

к. ист. наук,
Московский Государственный
Университет имени М.В.Ломоносова,
г. Москва
e-mail: annaslm@mail.ru

ТРАНСФОРМАЦИЯ ИНСТИТУТА МЕДИЦИНЫ В РОССИИ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Ключевые слова: медицина, социальный институт, глобализация, социальные практики, самолечение.

За последние годы под влиянием глобализации и информационных технологий, в ходе перехода к рыночным отношениям, формирования новой социально-экономической политики развития российского государства отечественная система здравоохранения претерпела существенные изменения, последствия которых носят двойственный характер. С одной стороны, произошла либерализация сектора здравоохранения, появились новые виды и формы медицинского страхования, расширился спектр предоставляемых медицинских услуг населению. С развитием высокотехнологичной медицины, внедрением информационных технологий благодаря реализации национальных программ в области охраны здоровья удалось существенно улучшить качество жизни пациентов, снизить статистику смертности по ряду заболеваний [5, 8, 9]. Тем не менее, несмотря на определенную положительную динамику в развитии отечественной системы здравоохранения, наблюдаются тенденции, влияние которых на состояние, прежде всего, общественного здоровья, представляется дискуссионным.

Прежде всего, произошла трансформация взаимоотношений в системе «врач-пациент», что стало следствием, с одной стороны, развития высокотехнологичной медицины и изменения основ медицинской практики, переходу к доказательной медицине, а с другой, коммерциализации медицинской сферы и формирования рынка медицинских услуг. Новые основы построения взаимоотношений в сфере отечественного здравоохранения были закреплены юридически в 2011 году принятием Федерального Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которому оказание медицинской помощи было переведено в разряд услуг [7]. Внедрение рыночных механизмов в сферу охраны здоровья вызвало изменение и социальных ролей его основных акторов: врача и пациента. Если ранее, согласно теории Т.Парсонса о «роли больного» врачи выступали в силу

обладания ими особого знания как ключевые агенты социального контроля в поддержании стабильного функционирования общества путем выявления «отклоняющегося» - больного поведения, то в современном социуме позиции врача и пациента значительно сблизились [15]. В рамках существовавшего ранее патерналистского подхода, основанного на «отеческом» отношении врача к своему больному, при котором вся ответственность и забота лежала на враче, взаимоотношения врача и пациента строились исключительно на доверии и принципах медицинской этики и деонтологии. В новых условиях интеракций врачи уже не выступают единственными агентами социального контроля.

Благодаря широкому распространению сетевых информационных технологий современный пациент является достаточно осведомленным потребителем медицинских услуг. Он имеет право самостоятельно выбрать медицинское учреждение, специалиста, принимать решения лечиться или нет, выполнять или нет врачебные предписания, либо вообще «перепроверить» их, посетив другого специалиста, что вызывает недоверие и негативно влияет на интеракции между врачом и пациентами. Однако, с другой стороны, из-за усложнения медицинских технологий, возрастает и степень риска, так как наряду с т.н. человеческим фактором угрозой выступает и возможность возникновения технологической сингулярности. Информация же о негативных последствиях, имевших место быть при выполнении той или иной процедуры, уже не является особо секретной, доступной только профессиональному сообществу. Каждый из нас может посмотреть в интернете, чем грозят те или иные процедуры, лекарственные препараты, получить сведения о качестве оказываемых услуг из отзывов пациентов, по данным независимых сообществ, как например, Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов». Все это приводит к формированию избегающего типа поведения у больного и влияет на степень его комплаентности, что негативно сказывается на результатах лечения, и в конечном итоге на состоянии здоровья общества, так как ведет к формированию запущенных форм болезней, превращающихся в хронические, уровень распространения которых, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, уже сегодня вызывает серьезные опасения.

В современных условиях формируется стандартизированное отношение к пациенту как объекту исследования. Кроме того, рыночные основы современной системы охраны здоровья ставят необходимым условием равноправное участие пациента в принятии решений в отношении выбора тактики лечения. В условиях коммерциализации медицины происходит трансформация самой модели в системе взаимоотношений между врачом и пациентом - от патерналистской к интеракционистской, разработанной еще в 50-х годах прошлого столетия Теодором Ньюкомбом, согласно подходу которого оба участника процесса коммуникации равноправны, так как их связывают взаимные ожидания и установки. Основу новой модели формирования взаимоотношений между врачом и пациентом составляет

информированное согласие. Согласно исследованию Даниэля Э. Халла, суть подхода, основанного на информированном согласии, составляют три аспекта: юридический, этический и административный [13]. В юридическом аспекте информированное согласие представляет собой форму осуществления права пациента на выбор методов лечения. Административная цель информированного согласия состоит в том, чтобы легализовать процесс лечения. И последняя - этическая концепция – является самой важной, поскольку она показывает, что лечение осуществляется с добровольного согласия пациента, который ознакомлен с планом лечения и возможными последствиями. Поэтому ключевым принципом рассматриваемой модели является уважение автономии пациента и его права участвовать в принятии решения о выборе тактики лечения. В тоже время важно понимать, что реализация данного принципа и эффективная коммуникация в ходе дальнейших интеракций не возможна без взаимного доверия между врачом и пациентом, соблюдения норм медицинской этики и деонтологии.

Однако парадокс современности заключается в том, что на фоне создания высокотехнологичных медицинских центров, внедрения новых технологий в медицинскую практику, оснащение новейшим оборудованием лечебно-профилактических учреждений, наблюдается процесс снижения институционального уровня доверия. Следует отметить, что по результатам аналитического обзора, указанная тенденция характерна не для какой-то отдельной взятой страны, и ее развитие не обусловлено особенностями национальных систем здравоохранения. Эксперты отмечают падение доверия к институту медицины в Америке, Германии, Дании, Индии, Китае [8, 14, 16]. Так, в США уровень доверия населения к системе здравоохранения не превышает 23% [11]. В 2015 году Национальным исследовательским университетом Высшей Школой Экономики были опубликованы результаты социологических опросов, проведенных совместно с Левада-Центром в 2013 и 2014 годах среди населения России по вопросам оценки качества и доступности медицинской помощи [2]. Как показали итоги исследования, российской системе здравоохранения не доверяет более половины населения страны; 58% уверены, что профессиональный уровень врачей не соответствует предъявляемым требованиям [4].

Поэтому, как отмечают эксперты, новая форма взаимоотношений между врачом и пациентом, основанная на «юридическом» аспекте информированного согласия, ведет к их бюрократизации, формализации, в итоге происходит деформация профессиональной сущности врачебной деятельности, основа которой базируется на принципах медицинской этики и деонтологии [3].

Как следствие развития указанных тенденций, происходит формирование новых социальных практик, выходящих за рамки существующих национальных систем здравоохранения. Прежде всего, речь идет о самолечении. Рассматривая самолечение как социальную практику

в рамках структуралистского конструктивизма П.Бурдьё, на наш взгляд, уместно выделить два направления в изучении данной проблематики [1]. С одной стороны, развитие этой практики есть объективное следствие тех институциональных трансформаций, которые происходят в развитии социума, в том числе, медицины, на современном этапе под влиянием глобализации и информационных технологий. С другой, как новая модель социальных отношений, она оказывает влияние как на традиционные формы организации медицинской помощи в рамках существующей системы охраны здоровья, так и несет определенные последствия для ее пользователей. Следует отметить, что самолечение является достаточно распространенной практикой и в других странах: до 8% населения занимаются самолечением в Италии, Мексике, Швейцарии, более 10% - США, Германии, Австрии, Саудовской Аравии, свыше 70% - в Индии [12]. Эксперты называют различные факторы, обуславливающие распространение самолечения, среди которых: нехватка времени на посещение врача, неудовлетворенность качеством медицинских услуг, недоверие к системе здравоохранения, слабая информированность населения о вреде самолечения, расширение каналов медикализации через участие фармацевтических компаний, доступность лекарств, «потребительское» отношение к своему здоровью, с одной стороны, а с другой, нежелание получить клеймо «больного», воспринимаемое в обществе потребления как «заразная» девиация, что ведет к изоляции индивида [12]. Следует отметить, что в России практика самолечения среди населения, можно сказать, «набирает обороты». По данным опроса ВЦИОМ, проведенного в мае 2017 года, в случае возникновения заболеваний лишь половина опрошенных обращается к врачам, более же трети респондентов лечатся самостоятельно [5].

Однако, несмотря на имеющиеся некоторые положительные черты самолечения, распространение этой практики представляет серьезную медико-социальную проблему, так как несет потенциальные риски, связанные с неправильной диагностикой заболевания, бесконтрольным употреблением лекарственных препаратов, которые, наоборот, могут привести к ухудшению состояния, прогрессированию болезни, даже летальному исходу. Поэтому в целях улучшения качества жизни населения нашей страны, прежде всего, состояния общественного здоровья, в целом, и каждого из ее жителей, в частности, представляется необходимым решение проблемы доверия к институту медицины и его ключевым агентам.

Список литературы:

1. Бурдьё П. Практический смысл. Пер. с франц. Под общ.ред. послес.Н.А.Шматко. СПб.: Алетейя, 2001. – 562 с.
2. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. М.: Издательский дом Высшей школы экономики, 2015. – 56 С.

3. Кущенко В.В Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, 2005. № 2. – С. 96–8.
4. Лядова А.В., Восканян Э.С., Лядова М.В. Доверие как фактор эффективного функционирования системы здравоохранения. // Социология, 2016. № 1. – С. 66–71.
5. Национальный мониторинг здоровья россиян. // ВЦИОМ. 2017, Пресс-выпуск № 3371 [Электронный ресурс]. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116194> (дата обращения: 05.09.2017).
6. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год : доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации.
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон Российской Федерации от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ.
8. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы [Электронный ресурс] : доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» по проблемам развития системы здравоохранения / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Абдин, С.Г. Боярский, С.В. Сажина. М., 2017. – 84 с.
9. Шалыгина Л.С. Экспертная оценка перспектив развития высокотехнологичной медицинской помощи в субъекте РФ // Вестник Росздравнадзора, 2015. № 2. – С. 52–55.
10. Birkhauer J., Gaab J., Kossowsky J., Hasler S., Krummenacher P., Werner C., Gerger H. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis // PLoS ONE.2017, 12(2), February.
11. Blendon R.J., Benson J.M., Hero J.O. Public Trust in Physicians – U.S.Medicine in International Perspective // The new England Journal of Medicine, 2014. No 17. October. - p.1570-1572.
12. Darshana Bennadi. Self-medication: A current challenge. // Journal of Basic Clin Pharm., 2014. No. 5(1). – p.19–23.
13. Hall M., Dugan E., Zheng B., Mishra A. Trust in Physicians and Medical Institutions: What is it, Can it be measured, and does it matter? // The Milbank Quarterly, 2001. Vol.79 (4). – p.613-639.
14. Jacobs A.K. Rebuilding and Enduring Trust in Medicine: A Global Mandate: Presidential Address American Heart Association Scientific Sessions // Circulation, 2005. No. 111. - p. 3494-3498
15. Parsons T. Social Structure and Personality. The Free Press, Collier-Macmillan Ltd. London, 1970. - p.327-354.
16. Williams R.A. The Issue of Trust in Medical Care: Building, Maintaining and Losing It // Journal of the National Medical Association, 2017. Vol.109. No.1. – p. 1–5.