

© А.В. ИЗOTOVA, Л.А. ЛЕБЕДИНЦЕВА

*a.v.izotova@mail.ru, l734671@bk.ru*

УДК 316.334

### **ДОВЕРИЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*АННОТАЦИЯ. В данной статье анализируется феномен доверия с позиций социологической науки. Отражена его значимость в современном обществе, рассмотрено влияние доверия и доверительных отношений на одну из важнейших социальных сфер — сферу здравоохранения.*

*SUMMARY. The article analyzes such phenomenon as trust, from the view point of sociological approach. Its importance in modern society is described, and the influence of trust and trust relationship on one of the major social spheres – public health services sphere – is examined.*

*КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Социология медицины, типы доверия, институт здравоохранения.*

*KEY WORDS. Medicine sociology, trust types, public health services institute.*

Доверие сегодня является одной из наиболее востребованных тем. О доверии заговорили все — экономисты, политики, социологи, банкиры, бизнесмены. Выяснилось, что мир не может существовать без доверия, многие из сторон нашей рыночной современности особым образом с ним связаны.

Так, например, в нынешнем обществе, характеризующемся высокой степенью неопределенности, перед человеком постоянно встает проблема выбора в повседневной жизни, для решения которой требуются активные действия. Если раньше в традиционных обществах человек имел четкое представление о том, кому и чему доверять, то теперь он пребывает в растерянности. В современном рыночном обществе доверие строится на рациональности, расчете и сознательном отношении к риску, ошибка доверия может дорого стоить. В жизни человека появилось множество «других»: людей малознакомых и малозначимых, с точки зрения личных отношений, но важных с точки зрения выполняемых ими общественно значимых функций. Как к ним относиться, доверять или нет — это выбор каждодневного экономического и социального действия. Вот почему, на наш взгляд, доверие превращается в проблему.

В качестве базового фундамента современного общества выступает экономика. Рынок, как один из главных экономических структурообразующих элементов, не может существовать, когда отношения строятся на обмане, он требует четкости и открытости, выполнения своих обязательств и ожидания такого же поведения со стороны других. Рыночная система требует выполнения определенных правил, без которых рынка просто не будет. В полной мере это относится и к доверию — без ожидания выполнения обязательств и надежности партнеров рыночная система не работает. Доверие является основой заключения сделок, выступает в роли импульса к коммуникации в экономическом действии. Как отмечает Ю.В. Веселов, рынок, помимо конкретного, требует еще и абстрактного доверия — доверия самой системе, ее институтам, без этого обмен не может быть всеобщим [1; 97].

Сферы проявления феномена доверия в современном российском обществе весьма многообразны, но в контексте данной статьи наше внимание будет обращено на одну из важнейших социальных сфер — здравоохранение. Можно выделить три типа доверия в названном секторе:

- Межличностное доверие — доверие в системе «врач-пациент»;
- Институциональное доверие — доверие институту здравоохранения, экспертным медицинским знаниям;
- Системное доверие — доверие системе здравоохранения, рынку медицинских услуг.

Межличностные отношения между врачом и пациентом существовали всегда, поскольку всегда были, есть и будут те, кому требуется врачебная помощь. Именно доверие, возникающее между врачом и пациентом, способствует повышению эффективности оказываемой медицинской помощи, выраженной в повышении вероятности излечения, в ускорении процесса выздоровления и т.д. Медицинская наука не стоит на месте, она становится точней, ее оснащение приумножается, но рядом с ней всегда будет стоять, сохраняя свое место в медицине и в структуре общества в целом, врач классического типа — тот, чьим призванием останется общение с пациентом. Врачи составляют социально-профессиональную группу, являющуюся одним из основополагающих звеньев системы здравоохранения. Эффективность работы врача — фактор, от которого зависит здоровье населения. В настоящее время на первое место выходят проблемы умения наладить контакт с пациентом, подчинить свои интересы интересам больного. Эти умения рассматриваются как показатель профессионализма, так как в значительной степени влияют на пациента и могут подорвать или укрепить авторитет врача перед пациентом не только в процессе лечения, но и при проведении различных исследований.

Пациент для врача — не только объект диагностики и лечения, но и субъект со сложным психическим миром, индивидуально реагирующим на болезнь и условия микросоциальной среды; следует учитывать, что его личные психологические, эмоциональные особенности нередко значительно влияют на течение болезни и лечение [2; 350].

Прежде всего, отметим, что врач и больной встречаются в связи с нарушениями в здоровье последнего, т.е. их отношения опосредованы страданиями одного из них. Врач оказывается рядом в такие минуты жизни человека, когда ему угрожают несчастья, причиной которых является потеря здоровья, в этот момент больной наиболее уязвим, ему требуется не только физиологическая, но и психологическая помощь.

Перед врачом как в далеком прошлом, так и сейчас, стоит не всегда разрешимая задача излечения человека, организм которого по сложности и загадочности не имеет себе равных. Успех в большой степени зависит от заболевания, его сложности, от стадии его развития, от возраста больного, от уровня медицинской науки, от наличия или отсутствия средств для достижения поставленной цели. Люди же, доверившие свою жизнь врачу, не желают принимать во внимание подобные факторы, они видят свое спасение в нем — в его искусстве, в умении побеждать недуг. Причем задача эта всегда ставилась довольно жестко. В настоящее время, когда общество испытывает недостаток в государственном финансировании сферы здравоохранения, задача эта стано-

вится еще актуальнее. В сущности, врач, не получающий достойной материальной и финансовой поддержки со стороны государства, то есть не располагающий всеми необходимыми расходными средствами и лекарственными препаратами, может и должен надеяться только на свои знания, свое мастерство и самоотверженный труд.

Вместе с тем медицинская практика становится все более технически оснащенной. Однако не следует забывать, что с научно-техническим прогрессом связаны и некоторые сложности и изменения в системе отношений «врач-больной». В условиях автоматизации медицины, лабораторных исследований, аппаратурной и компьютерной диагностики размывается непосредственное общение врача и больного, утрачивается механизм установления доверия. Во-первых, расширяется круг лиц, с которыми вынужден контактировать больной. Сегодня в понятие «медперсонал» включены не только непосредственно медработники, но и лаборанты, специалисты по медаппаратуре, компьютерам и т.д. Во-вторых, эти отношения все более обезличиваются, деперсонализируются: в крупных клиниках перед врачом проходит конвейер лиц; врач воспринимает заболевание, а не человека; для больного же «путешествие» по узкоспециализированным кабинетам отнимает ощущение «своего» врача [3; 78].

Все это порождает формализацию взаимоотношений медперсонала и пациента. Последний воспринимается не столько в контексте своей индивидуальности, сколько в качестве объекта, носителя определенного недуга, что во многом порождает опасность психоэмоциональной отчужденности. В этих условиях всякое проявление черствости и равнодушия со стороны врача переживается больным особенно остро и может привести к полной потере контакта между ними. В связи с этим перед врачом встает задача поиска культурных форм общения. Это не всегда бывает легко, поскольку врач и больной по самой структуре своей личности, в которую включаются образование, культура, потребности, ценности, могут значительно отличаться друг от друга, и поэтому врач может не всякий раз правильно понимать интересы, ориентации и ожидания пациента. Таким образом, особое значение приобретают такие личностные качества врача, как чуткость, отзывчивость, искренность, вежливость, доброжелательность, благодаря которым врач остается ведущей фигурой в медицине при всей ее компьютеризации и технической оснащенности.

В разных культурах и в разных обществах отношения между врачом и пациентом складываются и понимаются по-разному. Как правило, выделяют четыре модели взаимоотношений:

1. Модель технического типа. В рамках этой модели пациент воспринимается врачом как безличный механизм. Задача врача — исправление отклонений в неисправном физиологическом механизме.

2. Модель сакрального типа. Межличностные отношения подобны отношениям отца и ребенка или наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту — любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость.

3. Модель коллегиального типа. Господствует принцип равноправия. Врач участвует в обсуждении диагноза, методов лечения, возможных осложнений и последствий заболевания с пациентом. Реализуется право пациента на свободу выбора.

4. Модель контрактного типа. Взаимодействие врача и пациента осуществляется на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несет свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды.

В поисках наиболее оптимального типа взаимодействия врача и больного в борьбе с болезнью, который помог бы преодолеть трудности, возникающие в процессе лечения, дать больному неоценимый заряд надежды и уверенности в благополучном исходе болезни, были выработаны две основные модели взаимоотношений в системе «врач-больной»: патерналистская и автономная, которые широко применяются на практике в современных американском и европейских обществах XX-XXI веков [4; 20].

На специфику общения в системе «врач-больной» определенное влияние оказывает и повышение общей, в том числе медицинской, осведомленности населения. С одной стороны, всеобщая «компетентность» населения в области медицины облегчает взаимопонимание, например, обеспечивает осознание больным необходимости тех или иных процедур, операции и других медицинских предписаний. Но, с другой стороны, это нередко порождает недоверие и пренебрежительное отношение к советам врача, особенно молодого, сомнение в правильности назначенного врачом лечения, стремление и склонность к самолечению или обращению к традиционной медицине. Если раньше пациент просто вверял врачу решение вопросов о своем лечении и даже жизни, то теперь он все чаще требует информацию о том, какие мероприятия будут предприняты в процессе его лечения и как они будут осуществляться. Пациент даже «следит» за врачом (предполагается возможность судебного иска за «неправильное лечение», что получило распространение в США и начинает практиковаться в России) [5; 8].

Внутри системы имеют место процессы переноса доверительных отношений от индивидов к институтам и обратно. Доверие к клинике, экспертному знанию может быть следствием обобщения персональных доверительных отношений, сложившихся между пациентом и его лечащим врачом, так же как возникшее институциональное доверие может влиять на формирование доверия к отдельным врачам, особенно в начале лечения, когда еще отсутствует персональный опыт и не сложились индивидуальные отношения между пациентом и доктором.

Возникает еще одна проблема в рамках рассматриваемой темы, которую можно обозначить как проблему недоверия экспертам и институтам здравоохранения, являющуюся одной из причин отказа от медицинской помощи.

Для сферы здравоохранения характерен низкий уровень институционального доверия, начало которому было положено еще в постсоветской России. С момента развала Советского Союза система здравоохранения испытала серьезные негативные изменения, сопровождавшиеся сокращением финансирования расходов на здравоохранение, а также ухудшением инфраструктуры и качества предоставляемых медицинских услуг. Качество жизни населения заметно ухудшилось: снизилась продолжительность жизни; возросли уровень смертности новорожденных и общий уровень заболеваемости населения; увеличилось распространение инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, бруцеллез, гепатит и т.д. Дело в том, что гарантии, данные государством в области здравоохранения, окончательно перестали соблюдаться как в отношении

врачей, так и в отношении больных, что делало институциональное взаимодействие практически невозможным. В качестве одной из причин сложившейся ситуации называли введение рыночных отношений в данной сфере [6; 275]. Казалось бы, установление твердых цен на медицинские услуги и развитие рыночных норм могли компенсировать недостаток институционального доверия. Однако на практике все сложилось иначе. Изначально предполагалось, что развитие платных услуг будет происходить при сохранении гарантий бесплатного медицинского обслуживания для льготных категорий населения и по некоторым видам медицинской помощи, например, экстренная помощь. Тем не менее, гарантии бесплатного обслуживания не подкреплялись достаточным государственным финансированием и поэтому оказались невыполнимыми. Как показывают исследования Дж. Браун и Н. Русиновой, система обязательного медицинского страхования не охватывает всего населения России; значительное число опрошенных не имеют страховки, не знают о сумме страхового взноса [7; 32]. Наибольшие трудности в получении первичной медицинской помощи отмечаются в экономически неблагополучных слоях населения у лиц, обладающих слабым здоровьем. Чем ниже материальная обеспеченность потребителей, тем больше, по их мнению, проблем с получением медицинских услуг, гарантированных государственной программой обязательного медицинского страхования. По сути дела, первичная медицинская помощь организована таким образом, что людям, более всего в ней нуждающимся, труднее всего ее получить [8; 129]. Все чаще стало осуществляться перекладывание нагрузки по финансированию здравоохранения на население, доходы которого не соответствуют стоимости медицинских услуг.

Если говорить о формировании и развитии недоверия непосредственно в среде здравоохранения, то в первую очередь стоит обратиться к рассмотрению бюрократических процедур во взаимодействии врача и больного. В частности об этом весьма подробно пишет М. Филд, который в качестве примера приводил практику получения больничного листа и связанные с ней институциональные процедуры, непосредственно влияющие на формирование доверия между врачом и пациентом. Так, больничный лист зачастую являлся единственной приемлемой причиной отсутствия на рабочем месте, особенно в сталинскую эпоху, когда трудовое право мало отличалось от права уголовного. Практически военная дисциплина на предприятиях заставляла людей прибегать к симуляции болезней. М. Филд этнографически подробно фиксирует уловки, которыми пользовались вынужденные симулянты, с целью получения больничного листа. Врачи, в свою очередь, находящиеся под институциональным давлением, не только имели разрешение давать лишь ограниченное количество больничных листов в день, но и несли персональную ответственность за «упущенных» симулянтов. В результате в задачу «настоящего» пациента входило не получить консультацию врача, а убедить его в «реальности» своей болезни. Взаимодействие врача и больного начиналось с выяснения институциональных границ: можно ли определить больного в качестве пациента, и на каких условиях, с больничным листом или без. Таким образом, в результате взаимной подозрительности у врачей изначально формировалась установка на недоверие к пациенту, а у пациентов — на недоверие к врачу. Формированию доверия не способствовало и то, что пациент не мог выбрать «своего» врача: больной попадал к «дежурно-

му» врачу, к тому, у кого был прием. Во многих случаях пациентам удавалось договориться с врачом о том, чтобы перевести их отношения в более постоянное русло, однако эти договоренности лежали за пределами институциональных регламентаций и осуществлялись на основе личного доверия [9; 37].

Таким образом, одной из основных причин отказа от медицинской помощи выступает низкий уровень институционального доверия. Практика самолечения является не только результатом материальной недоступности медицинских услуг, но и позволяет избегать взаимодействия с «государственными» учреждениями здравоохранения. Недоверие системе здравоохранения компенсируется неформальными сетями доверия, что характерно для предмодернизированных обществ. Лечение домашними средствами в кругу семьи является важнейшей практикой социальной адаптации больного, но, к сожалению, во многих случаях не может реально улучшить состояние его здоровья, поскольку не предоставляет доступа к необходимым ресурсам. Отсюда можно установить прямую зависимость между уровнем институционального доверия в обществе в целом и индивидуальным здоровьем каждого из его членов.

Возникает вопрос: что же побуждает нас испытывать доверие по отношению к системе оказания медицинской помощи, то есть совокупности институтов и организаций, в чью задачу входит предотвращение заболеваний, лечение и реабилитация пациентов? Определенно, в основании доверительных отношений не могут находиться наши специальные знания в сфере физиологии, фармакологии или лечебных процедур. Располагая глубокими познаниями в медицине, мы бы гораздо меньше нуждались как во врачебной помощи извне, так и в проявлении доверия по отношению к представителям медицинской профессии. Знание, находящееся в нашем распоряжении, выполняло бы функцию контроля за медицинскими назначениями, уменьшая тем самым нашу уязвимость перед медицинскими специалистами и необходимость в формировании доверительных отношений. Напротив, когда мы испытываем зависимость от системы общественного здравоохранения, в силу незнания и бессилия перед лицом болезни, проявления честности и компетентности со стороны врачей, главных действующих лиц медицинской сферы, имеет прямое отношение к тому, можем ли мы выстраивать доверительные отношения с ее отдельными представителями и со всей системой в целом. Отсюда следует вывод, что в основе построения доверительных отношений лежат не знания, которыми пациент обладает в области медицины, а его личностные эмоции, переживания, чувства.

На сегодняшний день негативное отношение к экспертному медицинскому знанию является, с одной стороны, результатом непосредственного отрицательного опыта взаимодействия с врачами, а с другой — распространением традиционных методов лечения. С каждым годом увеличивается аудитория лиц, отдающих свое предпочтение традиционной медицине, в качестве причин выступают, как правило, отчаяние, разочарование в возможностях профессиональных методов лечения или отказ в оказании медицинской помощи по причине признания болезни как неизлечимой. Например, по данным неофициальной статистики, до 60% онкологических пациентов, одна из самых многочисленных и уязвимых групп больных, обращаются к традиционным методам лечения, при этом преобладающая часть из них скрывает от лечащего врача факт их применения. До 20% больных раком предпочитают традиционное лечение профес-

сиональной медицине. Тем не менее только 9% наших сограждан доверяют ей больше, чем профессиональной медицине, тогда как последней отдают предпочтение 70% опрошенных [7; 34].

Но, несмотря на рост числа приверженцев традиционных методов лечения, профессиональная клиническая медицина сохраняет свою доминирующую позицию на рынке медицинских услуг, поскольку располагает наибольшими ресурсами для лечения. Доминирование этой формы медицинского знания связано и с его институционализацией в системе здравоохранения, в то время как другие формы знания исключены из нее и производятся в неформальных сетях. Однако обращаться за помощью к профессиональной медицине многие стремятся лишь в самых критических ситуациях, что вновь свидетельствует о недоверии как к самому ее экспертному знанию, так и к институциональной среде.

Из вышесказанного следует, что ряд вопросов, связанных с формированием доверия экспертному медицинскому знанию и институциональной среде здравоохранения, требуют дальнейшего рассмотрения и изучения. Необходимо изучение того, как доверие институтам здравоохранения и медицинским экспертам влияет на самосохранительное поведение потребителей медицинских услуг. Также необходимо установить наличие зависимости между такими характеристиками как доход, гендер, образование, возраст, и уровнем доверия. Например, может оказаться, что группы с высшим уровнем образования имеют наиболее высокий уровень доверия экспертному знанию или наоборот; или группы, обладающие высокими доходами, склонны к проявлению наибольшего доверия институту здравоохранения, в то время как те, кто обладает весьма скромным доходом, в большей степени высказывали свое недоверие системе здравоохранения в целом, а также ее представителям. Поскольку зависимости между этими характеристиками пока не установлены, возникает необходимость проведения исследований, нацеленных на детальное изучение взаимосвязей между всеми указанными переменными, ценность которых заключается не только в их потенциальной научной новизне, но и в том, что их результаты могут помочь определить ресурсы, необходимые для восстановления утраченного доверия.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Veselov Y., Kapustkina E., Sinyutin M. A note on entrepreneurial trust in the Saint-Petersburg region of contemporary Russia // International Journal of Entrepreneurship and Small Business. 2008. Т.6. № 1. Р. 94-102.
2. Антоненко И.В. Социально-психологическая концепция доверия. М.: Флинта; Наука, 2006. 480 с.
3. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М.: ПЕРСЭ, 2002. 192 с.
4. Рукавишников В.О. Межличностное доверие: измерение и межстрановые сравнения // Социологические исследования. 2008. №2. С. 17- 25.
5. Тихонова А. Приходит время пациентов // Деловой Петербург. 2010. № 102. С. 8.
6. Garrett, L. Betrayal of trust. The collapse of global public health. New York: Hyperion, 2002. 479 p.
7. Браун Дж., Русинова Н. Личные связи и карьера болезни // Социологические исследования. 1993. № 3. С. 30-36.
8. Панова Л., Русинова Н. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 127-135.
9. Крутько В.Н. Подходы к общей теории здоровья // Физиология человека. 1994. Т. 20. № 6. С. 34-40.