

УДК 159.99:17

## НРАВСТВЕННЫЕ ОРИЕНТИРЫ МОДЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Зими́на С.С., Бакунина А. А., Утробина А.А.**

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград, Россия, e-mail: svetlanka-greevna94@mail.ru*

Введение Федеральным законом №323 от 2011 г (Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации) в правовое поле понятия «медицинская услуга» коренным образом изменило психологию взаимоотношений врача и пациента и обозначило переход от патерналистской модели взаимоотношения к контрактной. Пациент теперь стал потребителем услуг системы здравоохранения, приобрел новую роль «клиента», расширился круг его прав и уровень претензий. В то же время Россия в социально-культурном контексте всегда отличалась своей особенной ментальностью, соборностью и духовностью. В медицине это отражается в образе земского врача, по которому ностальгирует и русская литература прошлого века. Проведенный анализ обзора литературы показал, что процесс трансформации взаимоотношений между врачом и пациентом зависит от эффективности проведения реформирования системы здравоохранения. Отмечено, что в англо-американской зарубежной литературе меньше внимания уделяется психологии взаимоотношений врача и пациента, поскольку там значительно раньше европейских стран появилась потребительская модель здравоохранения. Сделан вывод, что российская модель системы здравоохранения более приближена к европейской модели «социального здравоохранения». В то же время формирование потребительского мышления пациента обуславливает и черты общества потребления в национальной системе.

Ключевые слова: ментальность, модели здравоохранения, пациент, этические принципы.

## MORAL IDENTITIES OF HEALTH MODELS

**Zimina S.S., Bakunina A.A., Utrobina A.A.**

*Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, Russia, e-mail: svetlanka-greevna94@mail.ru*

Introduction Federal Law No. 323 of 2011 (On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation) in the legal field of the concept of "medical service" radically changed the psychology of the relationship between the doctor and the patient and marked the transition from the paternalistic model of the relationship to the contractual one. The patient has now become a consumer of health care services, has acquired a new role as a "client", the range of his rights and the level of claims has expanded. At the same time, Russia has always distinguished itself in its socio-cultural context with its particular mentality, catholicity and spirituality. In medicine, this is reflected in the image of a zemstvo doctor, which nostalgic and Russian literature of the last century. The analysis of the review of the literature has shown that the process of transformation of the relationship between the doctor and the patient depends on the effectiveness of the reform of the health care system. It is noted that in the Anglo-American foreign literature, less attention is paid to the psychology of the relationship between the doctor and the patient, since there was a consumer healthcare model much earlier than the European countries. It is concluded that the Russian model of the health care system is closer to the European model of "social health". At the same time, the formation of consumer thinking of the patient determines the features of the consumer society in the national system.

Keywords: mentality, health care models, patient, ethical principles.

**Актуальность.** Введение Федеральным законом №323 от 2011 г (Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») в правовое поле понятия «медицинская услуга» коренным образом изменило психологию взаимоотношений врача и пациента, и обозначило по сути переход от патерналистской модели взаимоотношения к контрактной (или договорной) согласно типологизации Р.Вича [9]. Пациент теперь стал потребителем услуг системы здравоохранения, приобрел новую роль «клиента», расширился круг его прав и уровень претензий [1,6]. В то же время Россия в социально-культурном контексте всегда отличалась своей особенной ментальностью, соборностью и духовностью. В медицине это отражается в образе земского врача, по которому ностальгирует и русская литература прошлого века [3].

**Цель** нашей работы – провести кросс-культурный анализ трансформации отношений в системе охраны здоровья с позиции формирования новой ментальной модели здравоохранения.

Как показал обзор литературы, проблема справедливого распределения ресурсов здравоохранения на национальном и международном уровне, обеспечение доступности элементарной медицинской помощи и лекарственных препаратов, является одной из наиболее обсуждаемых в современном мире и носит интернациональный характер [4].

На протяжении долгих лет медицина была доступна лишь той части населения, которая располагала достаточными средствами. Однако развитие общества, его демократизация и гуманизация, основанная на свободе и равенстве, как основных благ для человечества, приводит к тому, что продолжается бесконечная борьба за то, чтобы и оказание медицинской помощи было справедливым для всех [10].

Благодаря стремлению людей, грезивших идеалами о справедливости и равенстве, были созданы системы обязательного или добровольного медицинского страхования, позволяющие гражданам получать медицинскую помощь либо за счет государства, либо страховых компаний. Однако на практике такая система работает лишь в развитых и богатых странах, способных обеспечить своих граждан качественными медицинскими услугами, хорошими больницами, персоналом, лекарственными средствами и медицинскими приспособлениями [5].

Меняется и характер взаимоотношений между врачом и пациентом. Доминирующая многие годы патерналистская модель предусматривала «отеческое» отношение врача к своим пациентам. Вся ответственность за лечение и исход лежала на враче, но пациент при этом полностью ему доверял, никогда не сомневаясь в правильности клинических решений и выбранной тактики лечения [7].

В англо-американской зарубежной литературе меньше внимания уделяется психологии взаимоотношений врача и пациента, поскольку там значительно раньше европейских стран появилась потребительская модель здравоохранения. В Европе длительное время существовала, так называемая, биомедицинская модель (Annandale, 1998), суть которой сводилась к максимальному внедрению новых методов диагностики и лечения с целью максимального извлечения выгоды. Медицинские услуги рассматривались как «товары лечения». По сути, биомедицинская модель близка к потребительской модели, но ее сущность более завуалирована понятиями блага для пациента, с позиций применения новейших медицинских технологий. В то же время явная заинтересованность врача в назначении более дорогих методов лечения, обусловила множество претензий гуманистического плана к данной модели здравоохранения, определяющей суть оказания медицинских услуг в государственном секторе.

Более ориентирована на психологию взаимоотношений врача и пациента, а потому считавшаяся более мягкой «скандинавская модель» здравоохранения (Grönroos, 2006) уделяла большое внимание ценности межличностного общения. По этому пути потом пошли европейские развитые страны, трансформируя ее в «социальную модель» здравоохранения.

Основная цель такой модели – справедливое распределение ресурсов в области медицинского обслуживания и акцент на ценность взаимодействия с медицинскими специалистами. В свою очередь, к профессионалам в области здравоохранения предъявляются высокие требования не только на уровне управления, но и на профессиональном уровне – профессиональных обществ и ассоциаций посредством профессиональных кодексов [8].

По оценкам ВОЗ национальная система здравоохранения Франции признана лучшей. Критериями оценки являлись такие параметры, как доступность, удовлетворенность разных слоев населения. Безусловно, этому способствовало и оснащение французских лечебных учреждений современным высокотехнологичным оборудованием, средствами диагностики и лечения, а также высококвалифицированный персонал больниц. Несмотря на то, что обязательное медицинское страхование во Франции охватывает около 80 % населения, роль частного сектора велика, и многие французы предпочитают частные клиники при оказании ряда услуг.

Принцип обязательного медицинского страхования введен и в системе здравоохранения Германии, причем доход от страховых взносов в казну государства приходит как от государственного сектора, так и от частного.

В то же время, медицинские специалисты озабочены рядом спорных вопросов, которые не решает система страхования. Например, оказание неотложной помощи туристам,

медицинский страховой полис которых не покрывает расходы, которые могут возникнуть в ряде случаев, связанных с чрезвычайными ситуациями или дорожно-транспортными происшествиями. Этические вопросы незащищенности таких пациентов являются предметом дискуссии в междисциплинарном поле медицины, социологии, психологии и юриспруденции. Европейские врачи значительно мотивированы этическими ценностями врачебной профессии, которые противоречат принципу 24-часового пребывания в медицинской клинике без страховки.

Другим острым моментом является длительность ожидания государственной бесплатной помощи малоимущим слоям населения. Например, пациенты с онкологическими заболеваниями в своем большинстве просто не доживают до операции.

В отличие от стран Европы в США давно господствует «потребительская модель» здравоохранения. Отличительной ее особенностью является максимальное извлечение выгоды от предоставления медицинских услуг, конкуренция между поставщиками медицинских услуг, основанная на законах рынка. Пациент, как потребитель медицинских услуг, рассматривается в основном с позиций клиента, поэтому медицинские организации делают все возможное, чтобы расширить спектр предоставляемых услуг, предугадывая потребности клиента.

Безусловно, такой подход не мог не вызвать своеобразные «побочные эффекты». Самым ярким является расширение диапазона услуг здравоохранения для населения, не имеющего конкретного диагноза, специфических жалоб, а потому не вовлеченного по началу на рынок медицинских услуг. Для того, чтобы заинтересовать эту часть населения «товарами лечения» медицинские организации предлагают огромный спектр предложений, так называемого, медицинского тестирования. Безусловно, все это подогревается рекламой средств масс-медиа, и, что особенно характерно для США, привлечением известных людей, как правило, актеров и шоу-бизнесменов. Шокирующим примером является случай тотальной двусторонней мастэктомии известной американской актрисы Анджелины Джоли, после диагностики у нее генов, отвечающих за развитие рака молочной железы. После положительного буккального теста, в отсутствие каких-либо симптомов, жалоб, клинических проявлений и гистологических положительных скринингов, актриса решилась на такую радикальную операцию и стала агитировать женщин за подобные меры профилактики рака молочной железы. Можно только предположить как выросли доходы клиник, при этом никто не будет «отговаривать», потому как пациент – это клиент, а «клиент всегда прав» в обществе маркетинга и потребления.

Медицина в США полностью частная, а потому у американских граждан нет возможности пойти в поликлинику и проконсультроваться у дежурного врача. Каждый

визит в госпиталь - это сделка. Пациент платит медработнику, медработник оказывает платную услугу. Однако здесь солидные суммы выделяются из федерального бюджета в две масштабные социальные программы. В частности, система медицинского страхования Medicaid обеспечивает медицинскими услугами малоимущих американцев. Данная программа, существенно была расширена при участии действующего в то время президента Обамы в 2010 году ( и добавила в свое название его имя) за счет увеличения федеральных расходов до 40%. Вторая социальная программа медицинского страхования в США - Medicare. Это программа разработана для людей, возраст которых превышает 65 лет. Сегодня данные программы признаны неэффективными (не покрывают значительную часть страховки) и заметно изменены действующим президентом.

Интересно, что в зарубежной литературе считается, что к нормированию медицинских услуг есть ряд распространенных подходов. Во-первых, существует подход «отрицания». Это самая открытая форма нормирования исключая тех, кто не соответствует определенному пороговому значению для получения доступа к оказанию услуг. В рамках системы здравоохранения существуют определенные услуги, которые нормируются в том смысле, что они вообще не предлагаются государственным сектором. Например, многие услуги эстетической хирургии ограничены, если нет психологических оснований для проведения операции.

Нормирование путем отрицания, возможно, является самым справедливым из методов нормирования, поскольку его методы могут быть объективно определены, а средства нормирования равны для всех. Очевидно, что уровень справедливости ограничен способностью человека платить за любые «отрицаемые» виды лечения [8].

Социальные государства ищут все более справедливые и последовательные способы решения вопроса о том, какие процедуры следует предоставлять частному сектору здравоохранения. Например, существует проблема доступа к лечению в зависимости от географического положения человека. В Великобритании ее называют «лотерея почтового кода». В России появилось аналогичное понятие «маршрутизация».

В Великобритании была создана организация для контроля над фармацевтическими фирмами - NICE, которая основывает свои оценки на двух критериях - клинических и экономических данных (Rawlins & Culyer, 2004). Что касается экономических доказательств, NICE рассматривает вопрос о том, что конкретное лекарство или лечение представляет собой в контексте соотношения цены и качества.

Противостояние между фармацевтическими компаниями и NICE, благодаря которым доступ к NHS возможен только в соответствии со значительным снижением цен (EIU, 2008). NICE стал такой мощной детерминантой фармацевтического ценообразования во всем мире,

что многие фирмы стремятся не снижать цены под давлением от NICE, опасаясь предложить снижение цен на многих других рынках (EIU,2008).

В то же время и эта система нормирования то же критикуется. Например, демонстративным является случай, когда Королевский национальный институт безуспешно выступил против решения NICE о том, что дорогостоящие методы лечения для возрастной дегенерации желтого пятна можно было предоставлять только тем, кто был уже слепым на один глаз (RNIB, 2007). Тем не менее, система NICE была оправдана в качестве примера высокоэффективного процесса нормирования ресурсов в нерыночной системе здравоохранения (Sculpher et al., 2001).

В России, как отмечают специалисты, система ОМС работает далеко не идеально: страховые компании стремятся удержать у себя деньги и ищут любой повод оштрафовать врачей, а в организациях здравоохранения не хватает средств. Возникает вопрос о социальной защищенности врачей, как профессиональной группы. Ситуация осложняется еще и популяризацией средствами масс-медиа «медицинских случаев». Ежедневно пациентам транслируется идея о жестком и некомпетентном поведении врачей. Безусловно, такой подход не только способствует росту конфликтов в медицине, которые часто на иницирующей стадии носят этический характер, но и снижению комплаентности пациентов. Именно снижение доверия пациентов к врачам приводят к несоблюдению назначенных схем лечения, частой смене врача и лечения, самолечению и т.п.

Согласно Конституции Российской Федерации, граждане имеют право на бесплатное медицинское обслуживание, но в ряде отраслей медицины, платные услуги вытесняют те, что покрыты медицинской страховкой. Например, ортопедическая стоматология. В целом преимущества «платной медицины» пациенты видят в отсутствии очередей, и качественном оборудовании. Особое значение имеет высококвалифицированный персонал, который проявляет особую заботу и эмпатию к пациентам.

Отношение пациентов к частному сектору медицинских услуг демонстрирует рис.1 [2]

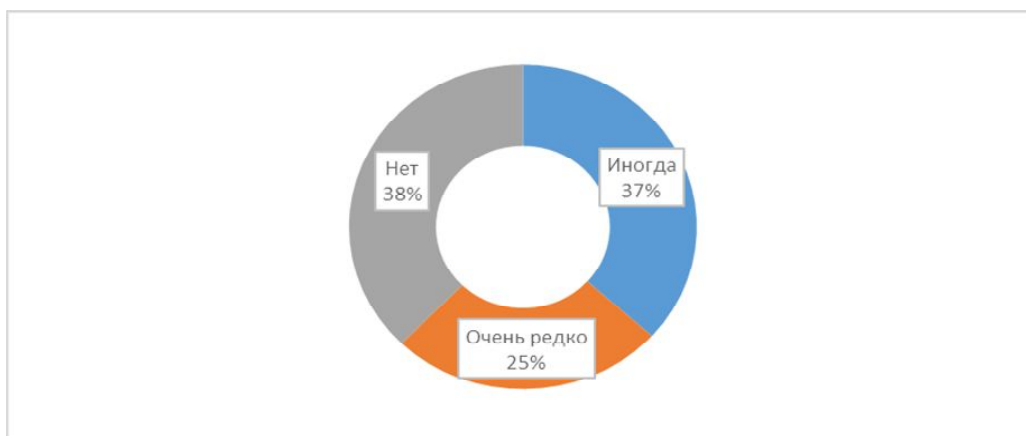


Рис. 1. Отношение пациентов к услугам частного сектора здравоохранения

(Распределение респондентов при ответе на вопрос «Пользуетесь ли Вы услугами коммерческих медицинских центров или частных врачей?», число респондентов =2100 чел.)

Безусловно, нельзя отрицать экономическое значение частного сектора. Нельзя лишать пациента возможности альтернативного (хотя и дорогостоящего) лечения. Рост частного сектора в медицине является предметом особого беспокойства в Великобритании, где отмечаются самые устойчивые позиции национальной системы здравоохранения по сравнению с другими странами (более 70%). Вытеснение государственных услуг частными является основным предметом беспокойства. Но как показали социологические исследования, это в настоящее время не возможно, даже напротив, многие частнопрактикующие врачи подрабатывают в государственном секторе. В то же время наличие частной практики позволяет покрыть такие области медицины, как пластическая хирургия и косметологическая имплантология, а также сократить время ожидания ряда пациентов, которые могут себе позволить ряд частных медицинских услуг. В связи с этим многие исследователи считают оптимальным партнерство в этом контексте альтернативных секторов при доминировании государственного в ряде таких аспектов, как, например, неотложная медицинская помощь.

**Заключение.** Проведенный анализ обзора литературы показал, что процесс трансформации взаимоотношений между врачом и пациентом зависит от эффективности проведения реформирования системы здравоохранения. Российская модель системы здравоохранения более приближена к европейской модели «социального здравоохранения». В то же время формирование потребительского мышления пациента обуславливает и черты общества потребления в национальной системе. Симпатии пациентского корпуса к частному сектору здравоохранения позволяют прогнозировать и интеграцию характерных черт «потребительской модели здравоохранения»: медиализации и влияния средств масс-медиа.

В связи с этим большое значение имеет сохранение ментальных особенностей медицины через формирование у врачей профессиональной культуры и мышления,

сочетающих современные принципы биоэтики и медицинской этики [26,27]. Интеграция в непрерывное профессиональное образование программ по биоэтике, развитие сети этических комитетов, создание профессиональных сообществ и ассоциаций врачей разных специальностей позволяет надеяться, что система здравоохранения России останется ориентированной на справедливое распределение ресурсов и нравственные идеалы традиционной русской медицины.

### Список литературы:

1. Агапова Е.Г. Влияние социально-гигиенических факторов на показатели качества жизни военных пенсионеров // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 2. С.63-68.
2. Айвазян Ш.Г. Общая врачебная практика как предмет исследования социологии медицины: монография. М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2017. 116 с.
3. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. - 2015. - № 1(15). - С.58-60
4. Ерохина А.В. Современный контент автономии и ответственности в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. С. 53.
5. Карпович А.В., Феномен лидерства в медицинской профессии: институциональные изменения и социально-психологические паттерны - М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2015. 106 с.
6. Морозов Р.Н. Трудоустройство инвалидов как социальная и этическая проблема современного общества // Биоэтика. – 2012. – Т. 1. - № 9. – С.33-35.
7. Теунова Д.Н. Информированное согласие в проблемном поле юриспруденции и биоэтики // Биоэтика. – 2014. – № 2 (14). – С.42-45
8. Ярославцева Н.В. Трансплантация органов и тканей человека в РФ: медицинская услуга или криминальный бизнес? // Успехи современного естествознания. 2011. № 8. С.254.
9. Хан А.А. Биоэтическое содержание «вреда» в современной медицинской практике (на примере кейс-стади) // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.57
10. Donika A. Bioethical content of contemporary studies in medicine. В книге: Bioethics, Medical Ethics and Health Law Program and Book of Abstracts. 2017. С. 16.