

УДК 616.2538 : 339.13

В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев, С.В. Дьяченко

Дегуманизация медицины и кризис взаимоотношений врача и пациента
Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск
Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

За период либеральных реформ последних трёх десятилетий в России нравственные ценности медицинских работников были подвергнуты давлению и испытанию на прочность. Анализ заявлений пациентов и материалов экспертных заключений по случаям ненадлежащего оказания медицинской помощи указывает на то, что кризисные явления в системе «пациент-врач» продолжают накапливаться. Внедрение рыночных механизмов в сферу медицинской помощи населению способствовало нравственной деформации многих профессионально подготовленных специалистов.

Ключевые слова: общество, медицина, дегуманизация, пациент, врач

V. G. Dyachenko, V. B. Prigornev, S. V. Dyachenko

Dehumanization of medicine and the crisis in the relationship between doctor and patient

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk
e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

During the period of liberal reforms of the past three decades in Russia moral values health care workers have been subjected to pressure and strength test. The analysis of the statements of patients and expert opinions on instances of improper medical care indicates that the crisis in the system "patient-doctor" continue to accumulate. The introduction of market mechanisms into the sphere of medical care contributed to the moral strain of many professionally trained specialists.

Key words: society, medicine, dehumanization, patient, doctor

Введение

Современная медицина глубоко связана с экономикой и культурой. Поэтому медицинское познание и медицинская практика находятся в органической связи, как с социально-экономическим уровнем общества, так

и с его нравственной культурой. При этом культура оказывает специфическое влияние не только на принятые в обществе концепции о здоровье и болезни, но и влияет на организацию производства медицинских услуг. Сама медицина тоже оказывает влияние на культуру, что позволяет многим

специалистам и экспертам говорить о расширении медиализации общественной жизни. По их мнению, формируется комплексное взаимодействие между отдельными источниками оценки здоровья - социальные, культурные, психологические и религиозные. И каждый из них по своему, воздействует на всех участников процесса производства и потребления медицинских услуг [3]. У одних прогресс медицины формирует ощущение страха перед будущим, у других - надежду на самосохранение.

Так, по мнению Айвана Иллича (Ivan Illich) европейского философа, который, развивая стратегию радикальной социальной критики здравоохранения, переоценивая значимость медицины в современном обществе, - предлагал свое видение здоровья. В частности он утверждал: «Основная угроза здоровью в мире - это современная медицина» [39]. По мнению же французского историка, философа и теоретика культуры Мишеля Фуко (Paul-Michel Foucault), который рассматривая соотношение жизни и власти. Он представлял медицину как знание и как власть над жизнью: «Власть вездесуща: она проявляет себя в каждое мгновение в каждой точке, вернее, в каждом отношении между двумя точками» [35]. Исследования их

последователя Жана-Пьера Дюпюи (Jean-Pierre Dupuy) который, опираясь на концепции Айвана Иллича и Мишеля Фуко, актуализировал понятие контрпродуктивности системы в условиях постиндустриального общества, имея в виду тезис о том, что избыточная медиализация жизни является неизбежным отражением прогресса. Он говорил: «Медиализация недугов является одновременно и симптомом, и причиной утраты автономии: у людей больше нет ни потребности, ни желания самостоятельно решать проблемы в своем окружении. Все это облегчает их отказ от общественной борьбы, лишает их способности к противостоянию. В патогенном социуме медицина играет роль алиби» [34].

Обсуждение

Здоровье и безопасность медицинской помощи, как социальный приоритет. В XXI веке начался процесс возрождения интереса к политэкономии. Это связано с внутренней реакцией научного общества на очередной кризис в рамках развития социальных наук. Если в третьей четверти XIX в. кризис политэкономии повлек за собой рождение социальных наук, то, как полагали, некоторые антропологи, ровно через столетие кризис социальных наук может привести к возрождению обновленной политэкономии. В конце XX века Винсент Наварро, Ханс Баер и др. задались целью развить особую политэкономую

здоровья или медицинскую антропологию. В центр их внимания вышли проблемы социального производства болезни. Антропологи постарались выяснить, какие факторы более значимы, например, микробы и инфекции или бедность, недоедание и нехватка образования [31, 43]. Довольно часто выяснялось, что социальные факторы не менее, а то и более важны, чем естественные факторы, на которые обычно указывали ученые-медики [14, 25, 45].

Критический подход, который стал знаменем в руках нового поколения антропологов, позволил пересмотреть целый ряд, казалось бы, хорошо знакомых понятий. Если традиционный медицинский подход позволял толковать здоровье как отсутствие болезни, то критический подход антропологов связывал здоровье с проблематикой социального благополучия. На пути к достижению здоровья людей, как показывали антропологи, часто стоят различные социальные барьеры: социальное неравенство, дискриминация, бедность, насилие, структурное насилие, жизнь в загрязненной среде и т.д. [41]. Их взгляды связывают состояние здоровья с доступом к основным материальным и нематериальным ресурсам и контролем над ними, поскольку последнее обеспечивает

человеческую жизнь на высоком уровне удовлетворения. Наряду с критической концепцией здоровья они предложили также критическое понимание таких вещей, как болезнь, тело, лечение, лекарство и др. Большое значение и здесь было уделено социально-экономическим факторам, таким, как условия проживания, питания, загрязнения среды, доступа к власти и пр. [20]. Представителями критической медицинской антропологии были предложены и совершенно новые понятия, которые сыграли важную роль в развернувшихся дискуссиях о болезни и здоровье [23, 31, 37].

Многие специалисты, заняв неомарксистскую позицию, предложили рассматривать здоровье в контексте системы производства. Они проводили различия между «функциональным здоровьем» и «эмпирическим здоровьем» (experiential health). Первое из них они описывали, как способность исполнять свои социальные роли, прежде всего в условиях системы производства, где от человека требуется производительный труд и умение извлекать выгоду. Второе понятие они представляли как свободу от болезни и способность к развитию, в том числе к самораскрытию и преодолению отчуждающих социальных обстоятельств. «Функциональное здоровье» они определяли как неотъемлемый компонент общественной жизни при капитализме, тогда как «эмпирическое здоровье» - как принадлежность простых доиндустриальных обществ

и - теоретически - современных обществ, основывающихся на отношениях социального равенства [24, 32, 41].

Возникновение и обоснование любого нового направления, пограничной науки, помимо определенной методологии, основных принципов и объекта исследования, должно иметь свои зоны соприкосновения с другими сопредельными дисциплинами и также базироваться на своем основном методе исследования. В этом отношении клиническая антропология образуется на пересечении медицинских наук и антропологии с большинством специальных отраслей психологии личности (генетическая, возрастная, дифференциальная, медицинская, психофизиологическая, психодиагностика, психотерапия), этологией, социальной экологией и этнографией, а также с нондуалистическими синтетическими субдисциплинами и концепциями - психосоматикой, психонейроиммунологией, психонейроэндокринологией, неогиппократизмом, холизмом и др. [20].

После революции 1991 года в России в рамках формирования неоллиберальной версии капитализма, стали появляться признаки серьезных проблем с управляемостью социальных институтов, в том числе и здравоохранения. Правительство РФ обнаружило,

что ситуация ускользает из-под контроля. Бюджетный дефицит и уровень безработицы, внешний долг и неприкаянная молодежь, депрессивные пригороды мегаполисов в сочетании с ростом преступности, наркомании, спадом рождаемости и снижением уровня доступности, качества и безопасности медицинской помощи широким слоям населения - все эти факторы указывали на то, что «управление» этой стихией - дело мало перспективное. В этом периоде развития постсоветского общества для управляющих структур появился соблазн: сделать инструментом управления эксплуатацию темы опасности. А для того чтобы этот инструмент работал, понятие опасности бесконечно расширяется. В него включается все: терроризм, изменение климата, малозначительные преступления, безработица, иммигранты, снежные бури, финансовые кризисы и развал системы здравоохранения [28]. Государство сначала вселяет в общество различные страхи, а затем выступает в роли силы, которая способна его защитить. В результате тема безопасности становится не просто доминирующей в общественных дискуссиях. В этих условиях темы жизни и смерти, сохранения здоровья и получения безопасной медицинской помощи, модернизация производства медицинских услуг и внедрение опережающих технологий наделяются онтологическим приоритетом.

В современных законодательных актах об охране здоровья граждан в России, декларируется приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи [49]. В частности, медицинская помощь оказывается исходя из учета физического состояния пациента, которое характеризуется не только видом и степенью заболевания, но и физическими особенностями пациента, его возможностью передвигаться, способностью говорить, слышать, самостоятельно принимать лекарственные средства или осуществлять оздоровительные процедуры. В каждом конкретном случае медицинские работники должны определить, сможет ли пациент самостоятельно явиться на прием в медицинскую организацию или имеется необходимость выехать к нему на дом, проводить лечение в амбулаторных или стационарных условиях, назначить приемлемые для пациента методы лечения с учетом переносимости лекарственных средств, процедур. Кроме того, немаловажным фактором является соблюдение медицинскими работниками культурных и религиозных традиций больного. К сожалению, в реальной жизни медицинская помощь уже давно заменена производством медицинских услуг, а принципы гуманизма оттесне-

ны на второй план принципами рыночной экономики и технократизма.

Технократизм - стимул прогресса дегуманизации производства медицинских услуг. Общие экономические трудности современного российского общества проявляются в уменьшении средств финансирования производства медицинских услуг. Это находит проявление в недостаточных средствах для реконструкции, модернизации, современных средств для диагностики и лечения, стимулировании медицинской науки и не на последнем месте - материальное стимулирование медицинских кадров на базе результатов их работы. Внедрение технических средств в процесс диагностики и лечения и абсолютизация их значения для принятия решений в клинической медицине искажают психологическое и моральное удовлетворение пациентов, связанное с взаимоотношениями с медицинским персоналом при производстве медицинских услуг. Уровень демократических принципов этих взаимоотношений снижается, врача уже в меньшей мере интересует личность пациента, его культурный уровень, особенности отношения к здоровью, болезни и смерти, а принятие клинических решений опирается на результаты показаний медицинских приборов, сложной вычислительной техники, а в отдельных случаях, - на результаты заключений полученных с помощью роботов с искусственным интеллектом.

В этой связи следует иметь в виду соотношение между демократизмом и технократизмом в осуществлении производства и потребления медицинских услуг, а также формате поведения, как потребителей, так и производителей, с целью сохранения гуманного подхода к пациенту при реализации современных медицинских технологий. В течение нескольких десятилетий наши ожидания успехов медицины связаны с почти неограниченными возможностями современных технологий и их влияния на уровень качества жизни людей. Такой подход формирует технократический стиль мышления производителей медицинских услуг, который не учитывает всех последствий реализации тех или иных современных стандартных технологий [30]. А между тем, главным последствием реализации технократического стиля мышления многих практикующих врачей становится масштабный и устойчивый процесс размывания системы традиционных ценностей медицинской деятельности и снижение роли гуманитарной культуры, что в конечном итоге запускает устойчивый процесс дегуманизации медицины.

Одна из наиболее мощных современных тенденций развития медицины - это так называемая её технологизация в виде повсеместного распро-

странения в системе производства медицинских услуг современных, научно обоснованных технологических стандартов, основанных на реализации инновационных проектов, например, таких как «Геном человека». Однако после 2003 года прежняя генетическая догма «генотип-фенотип» стала подвергаться пересмотру. Возобладало понимание, что механизмы передачи наследственной информации от ДНК к белку более сложны, чем это представлялось прежде, и пришло понимание того, что почти невозможно учесть их все. В этой связи клинические антропологи отметили, что в условиях постгеномной эры биомедицина оказалась перед необходимостью вновь превратиться в «искусство гадания», характерное для нее во времена оракулов и пророков [20]. Впрочем, мало кто из молекулярных биологов впал в гносеологический пессимизм. Следствием этого стал запуск целого ряда новых крупных проектов, призванных «закрасить» белые пятна в молекулярно-биологической картине мира. Постгеномная эра в молекулярной биологии началась с призывов развивать новые науки - эпигеномику, протеомику, метаболомику и биоинформатику, призванную помочь обрабатывать огромные объемы молекулярно-биологической информации. Особое внимание было обращено на фармакогеномику, цель которой - объяснять механизмы воздействия лекарств на индивидуальный геном. Несмотря на то, что сложность новых

задач выглядит практически непреодолимой, многие ученые уверены в том, что от их решений зависит будущее современной биомедицины

В конечном итоге, прогресс в современной медицине связан с развитием все более сложных и дорогостоящих технологий, внедрением высокотехнологичных вмешательств. Технологизация оказывает инновационное влияние на современную медицину: на совершенствование производства медицинских услуг, взаимоотношения врача и пациента, врачебное мышление в целом, медицинское образование, политику научных исследований и многое другое. Это подтверждается и основными направлениями отечественных биомедицинских исследований.

Дело в том, что классическая медицина успешно освоила пространство в границах классического механистического понимания связей в мире и организме. Весь её прогресс связан с прогрессом механицизма в его выявлении устойчивых, односторонних причинных связей. В отечественной философии медицины была разработана оригинальная концепция причинности [26], развивающая тему происходящего перехода от монокаузализма к поликаузализму, где, по сути, отмечается исчерпанность ресурса механи-

стического стиля мышления, способного осознавать, фиксировать и работать только с постоянными причинно-следственными связями. Сама медицинская реальность меняется. Открывается нестабильность как эпидемиологической картины, так и самой морфологии организма, казавшихся прежде незыблемыми [12]. Современные болезни - это хронические заболевания, вызванные несколькими факторами, многие из которых, во-первых, прямо персонифицированы, то есть не распознаются как нарушения. Это состояния более тонкие, чем болезнь. Во-вторых, так называемые нарушения персонифицированы обратно - то есть нарушение есть не только поломка, но ещё и переход в новое состояние в виде запланированного нарушения гомеостаза [8]. Например, биологическая система не растёт, не развивается и стабилизируется, восстанавливается путём починки и замены повреждённых или утраченных узлов и агрегатов. От утраты она ломается. Это рабочая метафора работает повсеместно и, не в последнюю очередь, в медицине.

Современная концепция поступательного развития медицины в XXI веке меняется таким образом, что подлинным объектом её воздействия оказываются различные структуры организма человека (органы, ткани, клетки, биомолекулы и т.п.) как мишени воздействия [33, 44, 46, 47, 48]. В итоге - из сферы воздействия медицинских технологий устраняется сам человек. В то

же время, например, развитие геномики, науки об исследовании геномов организмов, включающей интенсивное чтение полных последовательностей ДНК (секвенирование) и их нанесение на генетические карты, позволяющее раскрывать взаимодействие между генами и аллелями генов их разнообразие, закономерности в эволюции и устройства геномов, откроет законы развития возбудителей многих заболеваний. Такой подход позволит создать новые лекарства для лечения этих заболеваний [42].

Кроме того, актуализация эпигеномики, протеомики, метаболомики и биоинформатики, в более широкой клинической практике станет стимулом увеличения спроса на генетические методы диагностики с последующей квалифицированной интерпретацией полученных данных. Сегодня чрезвычайно важно, чтобы лечащие врачи понимали геномику и могли эффективно использовать информацию передовых геномных и постгеномных технологий в рамках повседневной клинической практики. Для удовлетворения этого спроса важное значение приобретает снижение «кадрового голода» в клинической генетике, в том числе специалистов в геномной инженерии, прикладной токсикологии, микробиологии и биоинформатики - с

навыками интерпретации и управления данными секвенирующих технологий.

Современные подходы в оказании медицинской помощи тесно связаны с обсуждением формирования роботизированные частей тела пациента, модульных медицинских роботов, суррогатов, «аватаров» и др., которые в обозримом будущем станут реальной угрозой снижения спроса на специалистов медицинского профиля на рынке труда. По мнению Митио Каку (Michio Kaku) уже в обозримом будущем возможна реализация технологий перепрограммирования генов с помощью специально запрограммированных вирусов, которые могут активировать гены, которые замедляют процесс старения. Нанотехнологические датчики будут осуществлять раннюю диагностику различных болезней, в частности злокачественных новообразований, нанороботы смогут находить и уничтожать раковые клетки, оставляя нормальные клетки неповрежденными, а достижения в области изучения структуры и функции стволовых клеток будут применяться для выращивания новых органов, вместо утраченных. Изобретение к 2100 г. [программируемой материи](#), [квантовых компьютеров](#), [углеродных нанотрубок](#), возможность создания [репликаторов](#) позволят расширить горизонты будущего [40].

Дегуманизация современной медицины - печальная реальность. Поступательное развитие науки, кроме положитель-

ных перспектив укрепления здоровья человека, имеет и отдельные отрицательные тенденции. В частности, по мере усложнения технологий диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, наблюдается рост ятрогенных синдромов [11]. В век персонифицированной медицины, дальнейшей декомпозиции медицинских специальностей, снижение значимости личности лечащего врача становится существенным барьером в сближении интересов пациента и врача. Интеграция основ психологии взаимоотношений пациента и врача в учебные программы на фоне опережающего развития технологий производства медицинских услуг является сложной, но крайне необходимой задачей, поэтому сегодня важно развивать новые образовательные программы с учетом, как достижений современных биомедицинских наук, так и психологии взаимоотношений. Иначе процесс дегуманизации современной медицины станет непреодолимой преградой между пациентами и медицинскими работниками [10].

Одним из проявлений дегуманизированной медицины является тяжело переживаемое пациентами чувство бесчеловечности или даже жестокости производственных процессов при оказании медицинской помощи, когда

общение с лечащим врачом, замещается общением с медицинским персоналом, обслуживающим сложную медицинскую технику. В связи с этим в современной литературе по биоэтике активно обсуждается тема «бездушности» медицинского персонала.

На первый взгляд эта проблема может показаться надуманной, однако этические принципы обязывают медицинских работников облегчать не только физические, но и моральные страдания своих пациентов. К сожалению, как показывают наблюдения за организацией производства медицинских услуг и складывающейся системой взаимоотношений пациентов и лечащих врачей в условиях рынка, склоняют нас к согласию с мнением многих потребителей медицинских услуг о том, что они постоянно сталкиваются с феноменом своеобразной «бесчувственности» медицинских работников к страданиям пациентов. В отдельных случаях поведение производителей медицинских услуг пациенты оценивают, как антигуманный акт, граничащий с «медицинским цинизмом».

Анализ значительного объема заявлений пациентов и материалов экспертных заключений, проведенных нами за последние 5 лет, указывает на то, что, несмотря на декларирование заботливого и внимательного отношения медицинских работников к своим больным, в реальной жизни их профессиональное поведение определяется, не столько интересами пациентов, сколько

собственными интересами. Причем корпоративные интересы дополняются гипертрофированной профессиональной самооценкой. Именно такое поведение производителей медицинских услуг в сочетании с низким уровнем компетенций поддерживает динамику роста кризисных явлений во взаимоотношениях пациента и врача.

Судя по содержанию объяснений медицинских работников, по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, ими, как правило, не признается никакой пользы от развития в себе сострадательного настроения к больным. Становится очевидным факт того, что персонал медицинских организаций, особенно регистратур поликлиник и приемных отделений больниц, станций скорой медицинской помощи, не задумывается над тем, что люди, испытывающие боль, несправедливость, физические и моральные страдания, воспринимают и оценивают врачей и медсестёр со своей точки зрения, которая весьма далека от самооценки медицинского персонала. Медицинские работники очень редко задумываются над тем, как меняется личность пациентов, страдающих в течение многих лет серьёзными заболеваниями, довольно часто получающими постоянную поддерживающую терапию, вынужденные иногда обра-

щаться за экстренной помощью. А между тем личность таких пациентов серьезно деформирована.

Когда человек болен - неважно, имеет его страдание физическую или эмоциональную природу, - важно то, к кому он обращается за помощью. В большинстве случаев он обращается к профессионально подготовленному специалисту, ожидая от него сострадания, внимания, сочувствия и профессионального поведения. Дело в том, что в кризисный момент физические и психические страдания больного многократно усиливаются из-за интенсивной тоски и страха, что требует от медицинских работников профессионального отношения. Достаточно давно выдающийся русский психиатр, один из основоположников социальной психологии в России Владимир Михайлович Бехтерев сказал: «Если больному после разговора с врачом не стало легче, то это не врач».[50] Казалось бы, развитие современных технологий лечения должно оправдывать высокий уровень требований со стороны пациентов относительно качества и безопасности оказываемых медицинскими работниками услуг. Однако, вечно живущие под прессом: с одной стороны жестокого государства, а с другой - ожесточенных пациентов, врачи довольно часто не оправдывают ожиданий своих пациентов, что отрицательно отражается на уровне их взаимоотношений. Отсутствие системы страхования врачей, цель которой - обеспечение право-

вой и социальной защиты специалистов, только усугубляет ситуацию. Таким образом, во многих случаях пациенты сталкиваются с деформацией профессионального поведения медицинских работников, причем это уже приобретает массовый характер. Но для пациентов совершенно неважны причины этой деформации. Они не воспринимают это явление, как отражение «синдрома хронической усталости» или «синдрома профессионального выгорания», пациенты воспринимают отношение к себе медицинских работников, как следствие «синдрома хронической черствости, бездушия и профессионального невежества».

Медицинский стандарт и гуманизм. Ещё несколько десятилетий назад среднестатистический врач не был ограничен в праве, лечить не болезнь, а больного или, иными словами, лечить не по трафарету (алгоритму, стандарту), а в рамках исполнения стандартных технологий в сочетании с индивидуальным подходом к лечению, в соответствии с особенностями личности пациента и персональными вариациями течения патологического процесса. Продолжающиеся либеральные реформы, внедрение во взаимоотношения между пациентами и медицинскими работниками рыночных механизмов купли-продажи, ускорило

смену врачевания, как искусства, на коммерческую медицину, основанную на беспристрастном, холодном расчете, погоне за прибылью и, во многих случаях, - нескрываемым безразличием к пациентам. Введение, обязательных к исполнению стандартов лечения заболеваний, в сочетании с четко определенным объемом медицинской помощи, включая диагностические и лечебные процедуры, усилили экономическое давление на производителей медицинских услуг.

Таким образом, с одной стороны был введен жёсткий регламент в производство медицинских услуг для обеспечения их доступности, качества и безопасности, но с другой стороны, введение стандартов, стало стимулом для отдельных медицинских работников равнодушного отношения к пациентам. «Тут уж не до гуманности», - поясняют отдельные руководители медицинских организаций, - «Главное выполнить требования медицинского стандарта». Именно такой подход в настоящее время находит отражение в большинстве ответов на жалобы и заявления пациентов: «При оказании Вам медицинской помощи нарушения стандартов медицинских технологий не выявлено». И. ведь не поспоришь, стандарт то выполнен. А что до пациента, то ему остается смиренно стоять в очередях в поликлинике, ожидая приема, в стационаре ожидая госпитализации и надеяться на то, что он «попадет в руки думающему врачу», который от-

несется к своему пациенту, не как к поврежденной биологической системе, для ремонта которой необходимо выполнить стандартную технологию, а как к живому человеку.

В итоге в современной отечественной медицине возникла ситуация, оскорбительная (хотя и мало кем вполне осознаваемая), как для врача, так и для пациента. Лечащий врач-профессионал чувствует себя униженным необходимостью бездумно производить медицинские услуги, без права на реализацию индивидуального подхода для конкретного пациента, не проявляя творческой активности. А пациент, в свою очередь, не должен требовать от лечащего врача индивидуального подхода, раз существует стандарт. При этом лечащий врач должен заниматься самоконтролем при исполнении стандартных технологий, находясь под жесточайшим контролем нескольких групп экономических и медицинских экспертов (МО, СМО, СМЭ и др.) заинтересованных в первую очередь, не в достижении стандартного уровня здоровья пациента, а в проверке соответствия фактических медицинских, социальных и экономических результатов нормативным (стандартизованным) результатам. Сегодня ведущее значение при оценке результатов производства медицин-

ских услуг играет соотношения нормативных и фактических затрат при производстве единицы медицинских услуг, поскольку экономический фактор, а не уровень здоровья в либеральной модели здравоохранения отвечает целям проводимых реформ. В такой производственной модели, больной чувствует себя неудобно, поскольку с ним обращаются как с некоей сложной биологической системой при техническом осмотре (диагностика), затем ремонт и замена вышедших из строя «узлов» (лечение), а не как с личностью, требующей к себе такта, уважения, сочувствия и индивидуального, «человеческого» подхода.

«Доходное ремесло» или современное производство. Состояние дел в отечественной медицине указывает на то, что управляющие структуры реформируемого здравоохранения России, в меру уровня своих компетенций стремятся превратить отечественную медицину в «доходное ремесло», что порождает формирование конфликтов в системе «пациент-врач». Анализ многочисленных жалоб и заявлений пациентов, экспертных заключений и результатов служебных расследований показывает, что рейтинг причин конфликтных ситуаций возглавляет недостаточно внимательное отношение к пациенту в любых проявлениях. Последующие места занимают: отсутствие информированного согласия пациента на избранный лечащим врачом стандарт оказания медицинской помощи, отсутствие согласо-

ванности в действиях врачей разных специальностей, небрежное ведение первичной медицинской документации, профессиональная некомпетентность, девиантное поведение пациента и врача, нежелание отдельных пациентов тратить собственные финансовые ресурсы на дополнительные медицинские услуги.

Трансформация медицины в доходное ремесло формирует потерю самого смысла врачевания, изымая из него остатки когда-то заметного гуманистического компонента и низводя самого лечащего врача до уровня беспрекословного исполнителя стандартных технологий и любых указаний «сверху», т.е. следованию основному принципу бизнеса: «При минимальных затратах, Вы должны достичь максимальных результатов». В такой модели реформируемой медицины судьба больного не зависит (или почти не зависит) ни от способности врача к анализу клинической симптоматики, ни от его готовности хотя бы на минуту усомниться в рациональности и правомерности спущенной сверху инструкции (стандарта). Теперь здоровье и, может быть, даже само существование пациента, в значительной мере обусловлено и зависит от страха наказания, которое понесет лечащий врач за нарушение федерального стандарта,

утвержденного министерскими директивами.

Таким образом, дегуманизация врачебной деятельности, еще недавно казавшаяся немыслимой, стала явной. Пациент и врач очутились по разные стороны баррикады, сложенной из либеральных реформ, технических достижений и сцементированной технократическим мышлением. Практический врач, не обученный стандартным правилам общения и ведения диалога, существующий за пределами нарративной медицины, перестал слушать и слышать больного, а их вынужденная беседа превращается, по своей сути, в жёсткий алгоритм «анкетирования» по унифицированной, т.е. усеченной программе, которая уже давно не ориентирована на индивидуальную, антропологическую оценку личности пациента. Да и сами пациенты, получившие многочисленные консультации на сайтах системы «Интернет», накопив печальный опыт многочасовых ожиданий приема лечащим врачом, скитаний по кабинетам «авторитетных» специалистов в различных медицинских организациях, потеряли веру в то, что к их проблемам кто-то проявит живой, профессиональный интерес. Анализ динамики взаимоотношений пациента и врача говорит о том, что существовавший некогда интерес к личности пациента со стороны лечащего врача, сменился на его почти абсолютное поклонение результатам лабораторных анализов и технического

контроля за функционированием органов и систем пациента.

Дегуманизация отношений пациента и врача в условиях эффективного производства медицинских услуг пока ещё не достигла своего максимального уровня. Однако все чаще и чаще мы убеждаемся в том, что большинство современных врачей стремятся получить как можно больше сведений, указывающих на «поломки и сбои» в работе биологической системы пациента, добытые с помощью очень сложной и «всемогущей» медицинской техники. В свою очередь большинство пациентов стали рассматривают личность лечащего врача, как «переводчика или лоцмана» в сложном хитросплетений результатов, так называемых объективных исследований, добытых с помощью инновационных медицинских технологий в рамках стандартного производства медицинских услуг.

Инновации в развитие производства товаров и услуг в отечественном здравоохранении признаны одним из принципиальных объектов государственной политики, цель которой стимулировать общее развитие новых знаний. Они направлены сегодня на то, чтобы сосредоточить свои усилия на развитии и продвижении новых технологий, которые могли бы, в свою очередь, стимулировать общий рост уров-

ня здоровья населения и повышение конкурентоспособности отечественных медицинских организаций. На начальном этапе политика в сфере инноваций была направлена, на национальном уровне, на общее развитие знаний, защиту технологического роста посредством патентования и внедрения академической науки и знаний в сектор производства медицинских услуг, где разрабатываются и выводятся на рынок новые технологии, средства медицинского назначения и лекарственные препараты.

Однако на этом этапе не удалось решить ряд принципиальных проблем в виде низкой заинтересованности молодежи в занятиях естественными науками, в том числе и медицинскими технологиями, «утечка мозгов» в страны ЕС и США. Выше указанные проблемы были дополнены низкой инвестиционной привлекательностью российской индустрии биотехнологий. Между тем управляющие структуры экономически развитых стран намного охотнее инвестируют средства в финансовые спекуляции, чем в опережающее развитие медицинской науки. В этой связи следует отметить, что представителям отечественной биоиндустрии весьма далеко до уровня инвестиций в сходные направления медицинской и биологической науки в ЕС и США [38]. Между тем следует понимать, что без активного включения государства в процессы развития биотехнологий у России нет шансов стать одним из мировых лидеров в медицине. В этих усло-

виях особую роль приобретает разработка социогуманитарных технологий обеспечения процессов консолидации общества, государства и бизнеса, обеспечения гармонии между пользой и угрозами от внедрения биотехнологий, поиском локомотивов их развития [17].

Реформа отечественной медицины и биоэтика. Сопряжение биотехнологий, современной медицины и гуманистических принципов порождает достаточно сложное смысловое образование. Предполагается технологическое использование биологических систем разного типа, в том числе использование возможных комбинаций природных элементов в медицинской (диагностической, терапевтической, гигиенической) практике. Подобная практика имеет древние корни: опыт вакцинации применялся уже в древнем Китае; для традиционной медицины повсеместно отмечено активное использование в практике лечения минеральных, растительных, животных компонентов и т. д. [36]. Кроме того, в рамках данной тематики акцентируется естественнонаучная доминанта в организации медицинского дискурса и оформление в виде биомедицины [18, 21, 22]. Сопряжение применения инновационных технологий в производстве медицинских услуг и соблюдение

необходимого уровня принципов биоэтики должны стать препятствием для дальнейшего роста дегуманизации в отечественной медицине.

Безусловно, в связи с развитием биотехнологий повысилось значение биоэтики. В медицинских организациях стали создаваться независимые этические комитеты, призванные способствовать защите прав, как пациентов, так и медицинских работников. При этом в «западной социологии медицины» была разработана концепция потребления медицинских услуг, включавшая такие блоки, как «культура предоставления медицинских услуг» и «культура потребления медицинских услуг». Кроме того, была принята Конвенция о биомедицине и правах человека, которая была одобрена в Российской Федерации. Появился пакет международных документов, регламентирующих гуманизацию отношений в здравоохранении и др. Центральной фигурой в этой системе координат стала личность врача. Было заявлено, что врач в своей деятельности не может руководствоваться ничем иным кроме глубоких знаний, нравственных принципов, чувства гражданского долга перед пациентом и обществом [51]. Основой его деятельности является мораль, как отражение парадигмы, где разум, профессионализм, сострадание, а также другие общечеловеческие качества и поведенческие мотивации подчинены универсальным прин-

ципам функционирования общества, его традиционным стандартам развития.

В то же время, условия труда медицинских работников, материальное обеспечение, условия повышения квалификации, моральный статус в глазах пациентов не соответствуют их социальной значимости. Низкий уровень финансирования, недостаточная работанность юридических норм профессиональной деятельности, негативное отношение СМИ - все это позволяет говорить о низком уровне социальной защищенности медицинских работников [5]. В обществе сохраняется традиционный подход, согласно которому профессия медицинского работника престижна сама по себе и не нужно предпринимать со стороны государства дополнительных усилий, чтобы привлечь людей к занятиям ею.

В действительности, отношение к медицинским профессиям в обществе значительно изменилось. Уровень оплаты труда у них - один из самых низких среди структурированных профессиональных групп, возможность получения доходов за счет частной практики ограничена, условия жизни - весьма скромные. А в общественном сознании образ врача формируется негативными материалами СМИ [15,16] и сообщениями о врачеб-

ных ошибках и преступлениях [1, 6, 9, 11, 27, 29].

Что же относительно пациентов, то они воспринимают все просчеты и дефекты либеральных реформ системы здравоохранения как личные проступки врачей, с которыми они контактируют непосредственно: очереди, неудовлетворительное обеспечение медицинских технологий, рост платных услуг и т.п. Отсюда конфликты и усиление отрицательной психологической нагрузки, как на пациентов, так и на медицинский персонал. В дополнении к этому, врачи испытывают информационные перегрузки в связи с интенсивным расширением номенклатуры ЛС и внедрением в медицину новых биотехнологий. Все это, в сочетании с традиционными рисками медицинской профессии дает право говорить о необходимости специальных мер по социальной защите врачей, при этом следует различать правовую и социальную защиту - первая является составной частью второй [7,19].

Растущий уровень дегуманизации отношений пациента и врача ещё раз убеждает нас в том, что эти отношения должны строиться на принципах взаимного доверия и гуманизма. Когда медицинский работник оказывает помощь пациенту, он должен внушать уверенность, транслируя своим поведением профессиональные принципы: «Мне действительно не всё равно. Я сделаю всё, что от меня зависит, и не только в том,

что касается диагностики и лечения. Я не буду Вас использовать, чтобы продемонстрировать свои профессиональные навыки. Если появится что-то, чего я не знаю, я обращусь к другим специалистам. Я сделаю всё возможное для облегчения Ваших страданий, а если понадобится, то и для спасения самой жизни». Если пациент почувствует, что кому-то действительно «есть до него дело», что ему хотят помочь, неуверенность и страх отступят, появится надежда. Доверие пациента лечащему врачу, искренняя забота и сострадание медицинского персонала способны коренным образом изменить ход лечения [2, 13].

На этом фоне утверждение о том, что особый статус медицины как самой гуманной профессии никем не должен оспариваться, весьма далёк от реальности, поскольку методы поддержания данного статуса исторически конкретны и зависят от ряда социальных условий. В последней трети XX века нравственные устои медицины стали нуждаться в дополнительной поддержке в связи с развитием и внедрением новых биотехнологий, интеграции здравоохранения в систему рыночных отношений. При попытке объяснить механизмы, регулирующие социальные взаимоотношения в нынешнем мире, мы неизменно попадаем

в триединство «общество-власть-бизнес», которое во многом предопределяет все многообразие деятельности современного постиндустриального социума. Нам представляется, что указанные три элемента имеют соответствующие эквиваленты, появившиеся в результате ускоренного всеохватного развития биотехнологии и наук о жизни в наступившем столетии. Термину «бизнес» соответствует биоэкономика, термину «власть» - биополитика, термину «общества» - биоэтика [4].

Основная целью внедрения принципов биоэтики в повседневное функционирование «конвейера по производству медицинских услуг» является достижение консенсуса в системе «пациент-врач» и преодоление кризиса сложной и неоднозначной практики взаимоотношений потребителей и производителей. Причем, в первую очередь следует обратить внимание на право пациента получать исчерпывающую информацию о своём здоровье, включая все конкретные медицинские данные, характеризующие его состояние. Данная информация должна включать следующие разделы:

- ✓ *о долге быть правдивым (долг врача и пациента);*
- ✓ *о праве знать правду (позиция врача и позиция пациента);*
- ✓ *о возможности знать правду (понятия «правда» и «истина» в практической деятельности врача).*

Кроме того, необходимо отметить, что все сведения о состоянии здоровья пациента, о диагнозе, прогнозе и производимых медицинских услугах, а также все другие данные частного характера должны сохраняться даже после его смерти. Что же относительно кризисных явлений во взаимоотношениях пациента и врача, то их следует рассматривать с позиций нескольких аспектов.

В настоящее время произошло стремительное падение морали и нравственности в обществе в целом. Многие из того, что обществом ранее подвергалось осуждению (жадность, обман, скаредность, спекуляция, стремление к наживе, ростовщичество), - сегодня стало «приемлемой нормой». Эти, осуждаемые ранее качества, стали заменяться более мягкими формами и определениями (бережливость, умение жить и извлекать прибыль, ничего личного - это бизнес), которые не меняют сути рыночного производства медицинских услуг (медицинского бизнеса). Общество же, принимая в целом положительно либеральные реформы в экономике и производстве товаров и услуг, не принимает рыночную концепцию производства и сбыта медицинских товаров и услуг. Причем, исключительно к медицинским работни-

*кам современным обществом предъявляется масса претензий, основанных на базовом коммунистическом принципе «От каждого по способностям, каждому по потребностям» ([англ.](#) *From each according to his ability, to each according to his needs*).*

Идеологи же коммунизма имели в виду следующее: «На высшей фазе коммунистического общества, после того как исчезнет поработавшее человека подчинение его разделению труда; когда исчезнет вместе с этим противоположность умственного и физического труда; когда труд перестанет быть только средством для жизни, а станет сам первой потребностью жизни; когда вместе с всесторонним развитием индивидов вырастут и производительные силы и все источники общественного богатства польются полным потоком, лишь тогда можно будет совершенно преодолеть узкий горизонт буржуазного права, и общество сможет написать на своем знамени: «Каждый по способностям, каждому по потребностям!» [52]

А, поскольку коммунистические принципы начнут работать тогда, когда общество к этому будет готово, когда будут побеждены «звериные инстинкты»: страсть к обогащению, накоплению богатств, угнетению и обману слабых, то предъявлять идеалистические требования к одной из профессиональных групп общества, по крайней мере, не корректно. Между тем само российское общество занято построени-

ем капитализма и не обращает внимание на дегуманизацию медицины и кризис взаимоотношений врача и пациента. Эти явления сопровождается ростом числа ятрогений и случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи населению.

Заключение

За период политических и экономических потрясений последних трёх десятилетий в России нравственные ценности медицинских работников были подвергнуты давлению и испытанию на прочность невыплатой заработной платы, заявлениями представителей управляющих структур здравоохранения об эффективности системы ОМС и реформировании отрасли, снижением социального статуса большинства медицинских работников, оскорблениями в СМИ, ростом числа преступлений против них во время исполнения профессиональных обязанностей и пр.

Анализ заявлений пациентов и материалов экспертных заключений по случаям ненадлежащего оказания медицинской помощи указывает на то, что кризисные явления в системе «пациент-врач» продолжают накапливаться. К сожалению, в значительной своей части эти явления стали отражением либеральных реформ в отече-

ственной экономике, проникновением рыночных принципов в производство и сбыт медицинских услуг. Внедрение рыночных механизмов в сферу отечественной медицины стало причиной нравственной деформации отдельных профессионально подготовленных специалистов.

Список литературы

1. Авдеев А.И., Чернышев А.П., Дьяченко В.Г. Экспертная оценка качества оказания медпомощи по материалам уголовных и гражданских дел в Хабаровском крае // Материалы 17 Пленума ВОСМ.-М.; Владимир, 2003.-С. 95-96.
2. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 16.01.2016).
3. Борисов В., С. Попова. Современные медицинские технологии и православная культура. В сб. Милосердие, здравоопазването и българската православна църква. С. 1999, 35-41.
4. Василов Р.Г. Биотехнология: социально-экономические, политические и этические аспекты. Биотехнология и общество. Сборник материалов форума «Биотехнология и Общество», ассоциированное мероприятие II международного конгресса «ЕвразияБио», 12 апреля 2010

- г., Москва / Под ред. Р. Г. Василова, В. Е. Лепского - М.: Изд-во «Когито-Центр», 2010. - 159 с.
5. Васильева Т. П., Голухов Г. Н., Мутников Д. Д., Васильев М. Д., Чумаков А. С. Медико-социальный и профессионально-личностный портрет врачебного персонала многопрофильной больницы // Социология медицины. -2003. -№ 2.- С. 33-35.
6. Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э. Есть ли этика в нашей медицине? // Молодой ученый . 2014. №3 (06). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/est-li-etika-v-nashey-meditsine> (дата обращения: 28.09.2015).
7. Гребенюк М.О. Социальная защита врачей как профессиональной группы. Автореф. дисс. К.м.н. 2010 г. Изд. «ВГМУ» Волгоград. 2010. 29.с.
8. Дильман В.М. Большие биологические часы (введение в интегральную медицину).М.: Знание. 1982. 208 с.
9. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. Хабаровск: Изд. центр ДВГМУ. 2007. - 490 с.
10. Дьяченко С.В. Дьяченко В.Г. Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской помощью// Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] 2015; №2. URL.:<http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.
11. Дьяченко С.В. Экспертиза ятрогении : монография / С. В. Дьяченко, А. И. Авдеев, В. Г. Дьяченко. - Хабаровск : Изд-во «Лидер», 2015. - 660 с.
12. Киселев К.В. Технологизация медицины: за и против. [Философские проблемы биологии и медицины](#). Сборник статей. МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Московское философское общество. Изд.: [ООО "Навигатор"](#) (Москва) 2015. С. 88-90.
13. Колягин В.В. Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа: пособие для врачей / В.В. Колягин. Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012. 126 с.
14. Корнетов Н.А. Клиническая антропология в психиатрии. Томск: Изд. Том. унта. -1998. - 112 с.
15. Кузнецов А.В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации. Автореф. к.с.н. Волгоград. 2009. 29 с.
16. Кузнецов А.В., Бармина Т.В. Врачи и СМИ как конкурирующие источники информации для потребителей медицинских услуг//Институционализация социологии медицины: проблемы, мето-

- ды, перспективы развития. Новосибирск. 2009 - 0,2 п.л.
17. Лепский В. Е. Проблема «Биотехнология и общество» в контексте VII социогуманитарного технологического уклада. Москва «Когито-Центр». 2010. Сборник материалов форума «Биотехнология и Общество». Под редакцией Р. Г. Василова и В. Е. Лепского. С. 12-24.
18. Леон Р. Касс. Нестареющие тела, счастливые души: биотехнологии в погоне за совершенством / Р.К.Леон // Журнал «Вызов познанию: Стратегии развития науки в современном мире». - М.: Наука, 2004. - С. 282-308.
19. Маркс К. Критика Готской программы. 1985. URL: <https://www.marxists.org/russkij/marx/1875/gotha.htm> (по состоянию на 10.12.2017)
20. Михель Д.В. Биомедицина как культурная система: краткий обзор медикоантропологических представлений // Гуманитарные ориентиры научного познания: сборник статей. К 70-летию Бориса Григорьевича Юдина / отв. ред. П.Д. Тищенко. М. : Навигатор, 2014. С. 236-243.
21. Михель Д.В. Медиализация как социальный феномен. Вестник
- СГТУ. 2011. № 4 (60). Выпуск 2. С. 256-263
22. Нейсбит Дж. Высокая технология. Глубокая туманность. М., 2005, с. 181.
23. Никитюк Б.А. Интегративная антропология - состояние, проблемы, перспективы // Росс. морфологические ведомости. - 1994. - N 3. - С.118-122.
24. Никитюк Б.А. Разграничение общей, биомедицинской и клинической антропологии // Росс. морфологические ведомости. - 1995. - N 3. - С.129-136
25. Никитюк Б.А., Корнетов Н.А. Интегративная биомедицинская антропология Томск: Изд. Томск. ун-та. -1998.- 182 с.
26. Петленко В. П., Струков А. И., Хмельницкий О. К. Детерминизм и теория причинности в патологии, М., 1978
27. Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. - М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. - 200 с.
28. Рансьер Ж. Олигархи продают чувство опасности // Русский журнал. 5 января 2011 г. URL:<http://www.strana-oz.ru/2013/2/tehnika-bezopasnosti-politika-straha-kak-instrument-upravleniya> (дата обращения 30.12.2017)
29. Сергеев Ю.Д., Трефилов А.А. Ответственность за неоказание помощи больному в уголовном праве России, Украи-

- ны и Беларуси: сравнительно-правовые аспекты // Медицинское право. 2012. № 2. С. 3—6.
30. Трендафилова, А., Медико-педагогически задачи на медицинских специалисти при обслуживането на болните, сп. ASKLEPIOS/ АСКЛЕПИЙ/, X (XXIX), 2015, №1, предпечат и печат Изток-Запад, С., с. 41-44.
31. Baer H., Singer M., Susser I. Medical Anthropology and the World System. Westport: Praeger, 2003.
32. Castro A., Farmer P. Medical Anthropology in the United States//Saillant F., Genest S. (eds.) Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns. Malden, Ma: Blackwell Publishing, 2007. P.42-57.
33. Chawla, Mukesh, "Future sustainability of health systems", speech, European Health Gastein (EHFG), October 3rd 2007.
34. Dupuy J. P. Medicine and Power. A Tribute to Ivan Illich. Jean-Pierre Dupuy. Centre de Recherche en Epistemologie Appliquee, Ecole Polytechnique- CNRS, Paris, France. Отечественные записки». 2006. № 1.
35. Foucault M. La Volonté de savoir. Paris, Galimard, 1976.
36. Foucault M. The Politics of Health in the Eighteenth Century / M. Foucault // Gordon C. (ed.) Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977. New York: Pantheon, 1980. P. 166-182.
37. Gaines A.D., Davis-Floyd R. Biomedicine // Ember C.R., Ember M. (eds.) Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures. New York: Kluwer, 2004. P.95-109.
38. Hodgson J. «UK keen to mimic German venture scheme», Nature Biotech., vol. 19, 2001.
39. Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health / I. Illich. New York: Pantheon Books, 1976.
40. Kaku Michio. Physics of the Future: How Science Will Shape Human Destiny and Our Daily Lives by the Year 2100. — New York: [Doubleday](http://www.doubleday.com), 2011. — 416 p.
41. Lock M. An Anthropology of Biomedicine / M. Lock, V.-K. Nguyen. Oxford: Blackwell, 2010. P. 303-347.
42. Mattick J. The Hidden Genetic Program of Complex Organism // Scientific. American. 2004. Vol. 291. P. 60-67.
43. Navarro V. The Next Failure of Health Care Reform // Counterpunch. 2008. March 6.
44. Poli P, Morone G, Rosati G. Robotic technologies and rehabilitation: new tools for stroke patients' therapy. Biomed Res Int. 2013.

45. Rhodes L.A. Studying Biomedicine as a Cultural System // Johnson T.M., Sargent C.F. (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, 1990. P.149-158. x/1875/gotha.htm (по состоянию на 10.12.2017)
46. Roukos D.H. et al. Genome network medicine: innovation to overcome huge challenges in cancer therapy *Wiley Interdisciplinary Reviews: Systems Biology and Medicine* 2014. Volume 6, Issue 2, pages 201-208.
47. Trusheim, M.R. et al. (2011) Quantifying factors for the success of stratified medicine. *Nat. Rev. Drug Discov.* 10, 817-833.
48. Wyke, A., "21st-Century Miracle Medicine", Plenum. 1997.
49. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
50. <https://bekhterev.net/>
51. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Овьедо, 4 апреля 1997 г. <http://humanrts.umn.edu/russian/euro/Rz37.html>
52. Маркс К. Критика Готской программы. 1985. URL: <https://www.marxists.org/russkij/mar>