УДК 316.334:61

ГОРИН Д.Г.

Управление социальными взаимодействиями в сфере здравоохранения: от стереотипов «биомедицинской модели» к новым подходам

В статье рассматривается трансформация модельных принципов управления взаимодействием между государством, обществом, медицинским сообществом и потребителями медицинских услуг. Анализу подвергаются социально-управленческая парадигма «биомедицинской модели», условия ее возникновения и основные направления ее критики. Автор делает выводы относительно изменения модельных принципов управления сферой здравоохранения в контексте перспектив предуктивно-превентивной и персонализированной медицины.

Ключевые слова: управление сферой здравоохранения, «биомедицинская модель», «роль пациента», предуктивно-превентивная и персонализированная медицина.

Социологические исследования все более очевидным образом фиксируют существенные сдвиги в общественных представлениях о здоровье и системе здравоохранения. В частности, С. Нетлтон указывает на семь ключевых тенденций, отражающих смещение акцентов по следующим индикаторам: от болезни к здоровью, от больницы к общине, от острых заболеваний к хроническим, от курса лечения к профилактике, от вмешательства врача к наблюдению, от лечения к уходу и от абстрактного пациента к личности[1]. Эти сдвиги вызваны изменениями не только в картине здоровья, отражающей набор наиболее распространенных заболеваний, их причины и характер, но и в новом образе и стиле жизни, новых конфигурациях социальных взаимодействий между человеком, обществом, государством и системой здравоохранения. Очевидно, что в современной медицине и в отношении общества к ней наступает период существенных перемен, что требует поиска новых управленческих подходов к координации всех участников социальных взаимодействий в сфере здравоохранения.

Проявление происходящих изменений можно увидеть в переосмыслении ключевых принципов, на которых строится так называемая «медицинская (или биомедицинская) модель» функционирования системы здравоохранения[2]. Под «биомедицинской моделью» в социологии понимают совокупность установок и принципов функционирования медицины, которые оформляются в конкретных исторических условиях рубежа XVIII–XIX веков. Эта модель появилась как реакция на конкретную проблемную ситуацию, выражавшуюся в острой необходимости лечения массовых инфекционных заболеваний и предотвращения их распространения в условиях общества, находящегося на ранних стадиях индустриализации, когда в Европе господствовали массовые формы организации производства. Подавляющее большинство пациентов в то время жили в сомнительных с гигиенической точки зрения условиях, не имели начальных медицинских знаний и часто были неграмотными. Поэтому медицинские практики не могли быть индивидуализированными, а методы лечения носили универсальный характер.

Несмотря на существенное развитие медицинского знания, изменение социальных и культурных условий, сокращение доли массовых инфекционных заболеваний, «биомедицинская модель» сохраняет в основных чертах свою инерционность до сих пор, задавая основные принципы функционирования системы здравоохранения. Данная модель основана на монополизации официальной медицины в вопросах объявления пациента «больным» и возвращения его в «рабочее состояние». Среди принципов этой модели, которые сегодня подвергаются наиболее острой критике, можно назвать следующие:

– болезнь определяется после проявления симптомов как фиксируемое универсальными способами нарушение в функционировании организма;

– пациент представляет собой пассивное существо, разум которого не должен участвовать в лечении больного тела;

– медицинские специалисты обладают особым экспертным знанием и предлагают единственно правильное лечение болезни, детали которого не обсуждаются с пациентом;

– наиболее удобным местом для лечения являются больницы, в которых не только собрана и лучше всего используется техника, но и существует возможность отделения больных от здоровых;

– представление о стадиях лечения укладывается в следующую модельную схему взаимодействия врача и пациента: сначала эмоциональные или физические изменения дают пациенту знать об отклонениях; на следующем этапе его первоначальная реакция заключается в дилетантском использовании доступных ему средств и лекарств; и только потом, если симптомы сохраняются или ухудшаются, он обращается к врачу; далее пациент либо получает диагноз и ему назначается лечение, либо он удостоверяется, что нет причин для беспокойства; те, у кого была выявлена болезнь, под наблюдением врача следуют курсу лечения до тех пор, пока их не объявят «здоровыми» или «трудоспособными».

Представления о взаимодействии между врачом и пациентом, сложившиеся в рамках «биомедицинской модели», исходят из социального определения болезни как отклонения от нормы, требующего организованного контроля и коррекции. Отсюда весьма устойчивые до сих пор представления о возможности манипулирования телом пациента, основанные на игнорировании личностных качеств и «беспристрастном» подходе к осмотру и лечению. «Беспристрастность» выражается, например, в формализации информации о больном и универсализации медицинских процедур, описании болезни и лечения в клинических терминах, как правило, непонятных пациенту. В социологической науке роль пациента в рамках «биомедицинской модели» была отчетливо концептуализирована Т. Парсонсом. Он рассматривал болезнь в качестве признака особого социального статуса и основы идентичности. Если пациент признается «больным», то он освобождается от ряда возложенных на него обязанностей, а забота о нем доверяется медицинским работникам. Поэтому отношения между врачом и пациентом иерархичны по своей сути. Роль больного закрепляет эту иерархию и отражает, согласно Т. Парсонсу, скрытые аспекты контроля. Врач в этом контексте предстает как компетентный агент социального контроля, а пациент – как пассивный получатель медицинской помощи[3].

Острая критика крайних проявлений подхода, сводящего роль пациента к пассивному получателю медицинской помощи, была предпринята М. Фуко в его работах о социальной организации психиатрии и социальной истории душевных болезней. Он утверждал, что болезнь является социальной конструкцией, порождением экспертного медицинского знания и медицинской власти, репрессивной по своей сути. В своей книге «История безумия» М. Фуко исследует, в частности, отношения между врачом и пациентом как проявление социального насилия, выдвигая тезис о том, что практика изоляции больных представляет собой репрессивную разновидность муниципальной политики. В другой своей фундаментальной работе «Рождение клиники» М. Фуко прослеживает развитие клинической медицины в период Французской революции и показывает, как медицина из прикладной дисциплины превращается в важную сферу функционирования общества,

которая «с полным правом вступает в общение с национальным порядком, мощью его вооруженных сил, плодовитостью народов, терпеливо приступая к своей работе»[4].

Представления о социальной и индивидуальной нейтральности научного знания о болезни, исходящие из принципов универсализма медицинской таксономии, вызывают в современном обществе все большее сомнение. Критики этого постулата указывают на тот факт, что улучшение здоровья в развитых обществах можно объяснить не только развитием способов лечения, но и эффективной профилактикой, более качественным питанием и радикальным улучшением в области гигиены. В последнее время даже более умеренные критики системы здравоохранения обвиняют ее в игнорировании мнений и опыта пациентов, которых она лечит. Востребованность формально-универсализированного подхода к болезни снижается не только потому, что эффективность лечения будет более очевидна в случае сотрудничества врача и пациента. Более значимая причина состоит в неадекватности современным социальным и культурным тенденциям той роли пациента, которая определятся «биомедицинской моделью».

Ряд социологических исследований фиксирует факты, свидетельствующие о разрушении в современных обществах монополии официальной медицины и росте интереса к альтернативной медицине[5]. Одна из причин обращения к альтернативным медицинским практикам состоит именно в том, что все они (от иглорефлексотерапии до гомеопатии и от народного целительства до ароматерапии), в отличие от официальной медицины, весьма четко учитывают запрос современной культуры на индивидуализацию и социализацию болезни. Если официальная медицина продолжает игнорировать требования индивидуализации, то пациент делает выбор в пользу альтернативных медицинских практик. Этот выбор, таким образом, часто определяется противоречием не между официальными и альтернативными медицинскими практиками, а между универсализацией и персонификацией медицинской помощи. Современный человек не может быть удовлетворен универсалистским отношением к его проблемам, он требует учета его исключительности и личных особенностей. Отвечая на этот запрос, альтернативные медицинские практики, в том числе и традиционные, увязывают расстройства здоровья с индивидуальными особенностями и нарушениями в социальном поведении личности или с индивидуальными отклонениями от нормального морального и символического порядка.

Социологический анализ «биомедицинской модели» показывает ее жесткую обусловленность теми историческими условиями, в которых она сложилась. Медицинские практики, доминировавшие в период, предшествовавший индустриализации и оформлению «биомедицинской модели», исходили из других принципов отношения между врачом и пациентом. Эти принципы объясняются не только иным уровнем развития медицины, но прежде всего иными социальными и культурными условиями. Доиндустриальные общества не имели столь явного опыта массовых форм социального взаимодействия, поэтому и практики лечения были более индивидуализированными и семейными. Кроме того, в традиционных культурах болезнь рассматривалась как часть общего психологического и социального состояния человека. В Европе подобные взгляды опирались на системы лечения, возникшие в античной Греции, где болезнь объяснялась общим психическим и физическим состоянием человека. Такая установка просуществовала до XVIII века, пока в условиях массового общества инфекции не стали пониматься в качестве основного объяснения причин болезней. В это же время практики врачевания монополизируются профессионалами и в достаточном количестве открываются больницы (в их современном понимании). Организационное оформление медицины, таким образом, совпадает с началом господства «биомедицинской модели» как основной социальной и культурной формы врачевания в условиях индустриального общества и присущей ему системы социального контроля и управления.

Современные общества, которые часто определяют как постиндустриальные,

информационные и потребительские, отходят от доминирования массовых форм взаимодействия людей в сфере производства, потребления и досуга. Поэтому возникают запросы на индивидуализированный и персонифицированный подход к пациенту, альтернативность методов лечения и активность пациента в отношении к своему здоровью. Сегодня, когда в принципиально иных общественных условиях основные принципы «биомедицинской модели» сохраняют свою инерцию, растет не только серьезная критика всей системы здравоохранения, но и недоверие к официальной медицине в целом.

Критики «биомедицинской модели», как правило, отмечают ее неадекватность новым условиям, когда в связи с успехами в ограничении распространения инфекций и отчасти в связи со старением населения принципиально изменился набор наиболее распространенных заболеваний и, соответственно, характер и сроки их лечения. Современная система здравоохранения должна быть более способна бороться с хроническими заболеваниями. Пациенты, живущие с хроническими заболеваниями много лет, имеют определенный опыт лечения, проявляют индивидуально-личностные качества и активную позицию в отношении с врачом. В этих условиях в обществе формируется потребность не только в реакции медицины на отклонение организма от нормативных характеристик здоровья, но и в досимптоматическом предупреждении таких отклонений. А это требует модельных изменений системы управления здравоохранением.

Обсуждение перспектив возникновения новой модели управления взаимодействиями между государством, обществом, медицинским сообществом, фарминдустрией и потребителями медицинских услуг может быть связано с распространением так называемой «4П-медицины». «4П-медицина» получила развитие в связи с новыми достижениями в области медицинской генетики и с технологическим развитием целого ряда сфер жизни общества. Она основывается на четырех принципах:

– принцип предиктивности, состоящий в опоре на возможности прогнозирования заболеваний на основе генетических исследований;

– принцип превентивности, создающий возможности предотвращать вероятное с точки зрения генетических особенностей заболевание путем его досимптоматической профилактики;

– принцип персонализации, предписывающий индивидуальный подход к каждому пациенту, включая создание индивидуализированных препаратов;

– принцип партисипативности, определяющий отношения между медицинским специалистом и потребителем медицинских услуг как отношения партнерства.

Перспективы распространения предуктивно-превентивной и персонифицированной медицины могут включать два основных сценария. Согласно первому подразумевается полный переход к персонифицированной медицине, который в развитых странах должен произойти уже в ближайшие десятилетия. Этот сценарий потребует не только существенного удешевления персонифицированных медико-генетических исследований, но и существенных инфраструктурных изменений. Второй сценарий предполагает применение предиктивно-превентивных и персонифицированных подходов в ограниченных областях медицины, по поводу отдельных видов проблем и заболеваний. Сегодня высказываются аргументы как в пользу первого сценария, так и в пользу второго. Однако можно предположить, что оба они не противоречат друг другу, а отражают различные стадии распространения предиктивно-превентивных и персонифицированных подходов.

Однако в любом случае развитие медико-генетических методов будет связано с преодолением стереотипов «биомедицинской модели». Основные положения биоэтики, сформулированные в документах ВОЗ и являющиеся принципиальными при проведении генетического тестирования, явно преодолевают эти стереотипы. В частности, генетическое тестирование возможно на условиях свободы пациента в выборе решения в отношении собственных генетических проблем; уважения различий между людьми и тех, чье мнение остается в меньшинстве; уважения интеллекта человека независимо от уровня его знаний; использования при общении с пациентами и их

родственниками понятного языка. Эти и другие положения биоэтики отражают принцип автономии личности пациента, реализация которого требует существенных изменений сложившейся в рамках «биомедицинской модели» практики взаимодействия между врачом и пациентом.

Индивидуализация предоставления медицинских услуг в предиктивно-превентивной и персонифицированной медицине основана на возможностях использования генотипирования для улучшения качества медицинского обслуживания, включая досимптоматическую идентификацию предрасположенности к той или иной болезни, профилактические меры, индивидуальный подбор схем профилактики и лечения, осуществляемый на основе определения генотипа. Поэтому персонифицированная медицина часто определяется как «медицина под заказчика». Принципы персонификации распространяются и на фармацевтические препараты, которые ранее считались универсальными средствами лечения болезней. Когда стало ясно, что реакция пациентов с одной и той же болезнью на одно и то же лекарственное средство различается в зависимости от генотипа и других факторов, появилась необходимость пересмотра вопросов эффективности и безопасности лекарственных средств, применяемых для лечения определенных заболеваний, с точки зрения их индивидуализации. Задачей персонифицированной медицины является поиск подходящего лекарственного средства именно для конкретного пациента. В этом смысле предиктивно-превентивная и персонифицированная медицина включает разработку персонифицированных средств лечения на основе геномики, тестирования на предрасположенность к болезням, профилактики, объединения диагностики с лечением, мониторинга лечения.

Сегодня возникает и развивается целый ряд новых областей медицины и фармакологии, ориентированных не на универсально-унифицированный подход, а на персонификацию лечения. Это фармакогеномика, способная выбирать лекарство и дозировку, исходя из конкретного генотипа, геомедицина, учитывающая при назначениях лекарственных средств место жительства пациента и особенности экологической среды и т.п. Именно персонификация медицинских услуг позволяет прогнозировать риски и выявлять болезни на ранних стадиях. Принцип персонификации позволяет не только повысить эффективность терапии и снизить частоту развития нежелательных реакций, но и сэкономить на дорогостоящих лекарственных средствах, которые могут оказаться неэффективными и даже вредными для конкретного пациента. Разумеется, индивидуальный подход в медицине использовался еще до того, как концепция персонификации стала ключевой в развитии геномной медицины. В частности, индивидуальный подход уже относительно давно применяется в переливании крови или трансплантации тканей. Однако концепция персонификации предполагает существенное переосмысление инерции «биомедицинской модели», стереотипы которой до сих пор в значительной степени определяют логику взаимодействия не только между врачом и пациентом, но и между государством, обществом и медицинским сообществом. Превращение пациента из пассивного объекта врачебных манипуляций в разборчивого клиента и потребителя медицинских услуг представляет собой ключевой фактор, который неизбежно ведет к изменениям во всей системе управления сферой здравоохранения.

Разумеется, эти изменения не могут быть синхронными в различных обществах и во всех сегментах медицинской практики. Предиктивно-превентивная и персонифицированная медицина является той сферой, которая изначально возникает на основании новых принципов организации системы здравоохранения. Новая модель управления здравоохранением должна отражать современные принципы регулирования отношений между государством, обществом, медицинским профессиональным сообществом и потребителями медицинских услуг[6]. Классические представления о профессионализме, появившиеся в индустриальный период, когда доминировала «биомедицинская модель», основанная на закрытости профессионального знания и жестком разграничении между профессионалами и непрофессионалами, в новых условиях подвергаются пересмотру[7] и должны быть приведены в соответствие с

общественными стремлениями к разрешению противоречий между государством, обществом, медицинским профессиональным сообществом и потребителями медицинских услуг.

Внедрение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины в практику здравоохранения ориентируется на клиента, который уже не является зависимым от врача больным, а представляет собой субъекта действия и ответственности за собственное здоровье. Такой клиент будет стремиться как к экономическим выгодам, так и к социальному участию в отношениях со сферой здравоохранения. Он заинтересован в увеличении информированности и собственного опыта посредством персонифицированного выбора услуг. Как показывает Д. Лаптон, пациент, осознающий себя «рефлексивным субъектом действия» и потребителем медицинской услуги, будет основывать свое поведение на автономной и активной оценке информации и собственном понимании рационального выбора решения в условиях рынка[8].

Разумеется, перечисленные черты активного потребителя медицинских услуг не будут присущи в равной степени всем клиентам предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины. Среди них, видимо, будут люди с весьма консервативными представлениями о роли пациента. Но именно активный современный клиент является модельным для объяснения ключевой тенденции изменения отношений между государством, системой здравоохранения, врачом и пациентом. В этих отношениях происходит смещение ответственности на микроуровень потребления медицинской услуги, что создает необходимость существенного расширения прав клиента.

Описанные тенденции ведут к изменениям в организации здравоохранения, в том числе к стимулированию участия потребителей в контроле за качеством медицинских услуг и преодолению монополии на истинность лишь одного способа лечения. Безусловно, это требует принципиально иного уровня информированности пациента, который, оставаясь неспециалистом, должен демонстрировать способность выбирать варианты решения. Отсюда, во-первых, необходимость повышения информированности и медицинской просвещенности пациента и, во-вторых, преодоления сохраняющейся тенденции «маргинализации непрофессионалов». Согласно социологическим исследованиям проблемы профессионализма в современном обществе, профессионалы в различных сферах деятельности (в том числе и в медицине) по-прежнему стремятся к «маргинализации непрофессионалов» в целях поддержания исключительности собственного статуса[9]. Однако дискриминация «непрофессионалов» оказывается все менее эффективной и даже вредной[10]. И хотя медицинская профессия, как и многие другие, является примером «профессионализации изнутри» (т.е. она сама, исходя из логики развития медицинских наук, определяет для себя повестку дня)[11], сегодня речь должна идти о новом профессионализме, который состоит в открытости знания и интеграции усилий различных субъектов действия, часть из которых может быть представлена специалистами в смежных областях. Целый ряд социологических исследований отражает подобные трансформации профессионализма в сфере здравоохранения. Они проявляются в относительной подвижности профессиональных границ, гибкости профессиональной идентичности и контекстнообусловленном регулировании[12]. Если врач имеет дело с активным пациентом, то он должен доказывать свою позицию, даже если пациент – неспециалист.

Следует отметить, что изменения в практике взаимодействия врача и пациента ведут не к ослаблению роли врача, как это может показаться на первый взгляд, а к ее усложнению и укреплению. Это объясняется тем, что доказательства эффективности услуг, которые врач должен будет предъявить требовательному пациенту, будут основаны на научной базе современной медицины. Однако в этом кроется и опасность: апелляция к научной истине в отношениях между врачом и пациентом может обернуться укреплением характерной для «биомедицинской модели» установки на безальтернативность позиции врача и девальвацию «непрофессиональной» позиции пациента.

Общество в целом и отдельные потребители медицинских услуг все более отчетливо формулируют требование доказательства эффективности и качества услуг[13]. Если в некоторых сегментах системы здравоохранения, основанных на инерции «биосоциальной модели», пренебрежение потребностью в необходимости доказывать пациентам обоснованность медицинских услуг еще какое-то время может не оказывать заметного давления на врачей и их деятельность, то успех в распространении предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины напрямую будет связан с решением проблемы нового профессионализма и перехода к современным принципам взаимодействия с потребителем медицинских услуг.

Распространение предиктивно-превентивной и персонифицированной медицины, таким образом, оказывается на острие описанных изменений, поскольку изначально ориентируется не на больных, требующих помощи и лечения, а на здоровых, принимающих ответственное решение о будущем своего здоровья. Взаимодействия врача и пациента в предиктивно-превентивной и персонифицированной медицине строятся на принципах партнерства и сотрудничества в принятии решений, ориентированных на пациента. Поэтому успехи в распространении новых медико-генетических подходов будут в немалой степени зависеть от того, насколько удачно удастся решить проблему поддержания баланса между универсальностью медицинской науки и индивидуальным подходом к пациенту, между активностью пациента в принятии решений и асимметрией в профессиональной информированности поставщика и потребителя медицинских услуг, между рыночной логикой спроса и необходимостью поддержания принципа справедливости в сфере здравоохранения.

[1] Nettleton S. The Sociology of Health and Illness. Cambridge: Polity, 1995.

[2] Veatch R.M. The Medical Model: its Nature and Problems // Caplan A.L., Engelhardt H.T., McCartney J.J. (eds.). Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives. London: Addison-Wesley, 1981. P. 523–554.

[3] Parsons T. Sociology of Health and Illness and Related Topics // Action Theory and the Human Condition. New York: The Free Press, 1978. P. 11–82.

[4] Фуко М Рождение клиники. Москва: Смысл, 1998. С. 69.

[5] Saks M. Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care. London: Sage, 2003.

[6] Newman J. Modernizing Governance: New Labour, Policy and Society. London: Sage, 2001.

[7] Dilevko J. The Politics of Professionalism: A Retro-Progressive Proposal for Librarianship. Duluth, MN: Library Juice Press, 2009; Hellberg I., Saks M., Benoit C. (eds.). Professional Identities in Transition: Cross-cultural Dimensions. Stockholm: Almquist & Wiksell International, 1999; Kuhlmann E. Modernising Health Care. Reinventing Professions, the State and the Public. Bristol: Policy Press, 2006.

[8] Lupton D. Consumerism, Reflexivity and Medical Encounter // Social Science & Medicine. 1997. 45(3). P. 374.

[9] Saks M. Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care. London: Sage, 2003.

[10] Blattel-Mink B., Kuhlmann E. (eds.). Health Professions, Gender and Society: Shifting Relations in Times of Institutional and Social Change // International Journal of Sociology and Social Policy. 2003. 23 (4/5). Special Issue.

[11] Evetts J. The Sociological Analysis of Professionalism Occupational Change in the Modern World // International Sociology. 2003. Vol. 18. № 2. P. 395–415.

[12] Hellberg I., Saks M., Benoit C. (eds.). Professional Identities in Transition: Cross-cultural Dimensions. Stockholm: Almquist & Wiksell International, 1999; Allsop J., Jones K. The Regulation of the Health Care Professions: Towards Greater Partnership Between the State, Professions and Citizens in the UK // Knowledge, Work and Society. 2006. № 4(1). P. 35–58.

[13] Огнева В.В. Преодоление административных барьеров на пути к качеству государственных услуг// Среднерусский вестник общественных наук. 2012. № 1. С. 69–74.