

Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А. И. Евдокимова
Кафедра философии, биомедэтики и гуманитарных наук

Реферат по курсу «Биоэтика» на тему: “МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЯ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»”

**Выполнила студентка III курса
вечернего отделения
лечебного факультета 308 группы
Сипапина Жанна Юрьевна**

**Проверил преподаватель кафедры
философии, биомедэтики и
гуманитарных наук,
доцент, кандидат политических наук
Чайко И. В.**

T

Москва, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Введение.....	3
2. Модели отношения «врач-пациент»	
а. Патерналистская модель отношений «врач-пациент».....	5
б. Техническая модель отношения «врач-пациент».....	8
в. Коллегиальная модель «врач-пациент».....	11
г. Контрактная модель «врач-пациент».....	13
д. Договорная модель «врач-пациент».....	15
3. Заключение.....	17
Список литературы.....	19

ВВЕДЕНИЕ

Чтобы стать врачом, надо
быть безукоризненным
человеком.

*Даниил Самойлович
Сушковский, выдающийся
русский и украинский врач,
основатель эпидемиологии в
Российской империи*

Критиковать медицину и врачей сегодня вошло в «моду». Однако хотелось бы знать, откуда взялась эта мода, каковы качества безупречного врача, в чём причины несовершенства современного медика и в каком ключе должно происходить его общение с пациентом?

Деятельность врача, тем более в непростых нынешних социально-экономических условиях, сложна и многофункциональна. Взаимодействия врача с пациентом могут осуществляться во множестве плоскостей и уровней. Любой из уровней базируется на сложившихся общественных нормах и особенностях физического и душевного самочувствия обратившегося к доктору больного.

С одной стороны, общение пациента с врачом – обстоятельство рядовое, обычное, каждодневное и ничем не примечательное. С другой – каждый случай такого общения единственный, исключительный. Однако в ходе таких контактов отношения с обеих сторон носят бессознательно организованный характер.

Считается, что эти взаимоотношения могут быть отнесены к разряду социально-общественных. В этой сфере не существует прописных законов, но люди веками точно соблюдают их. Все эти «неписанные законы» отражают социально-общественную функцию каждой из сторон. В соответствии с этим можно выделить понятия «социально-общественная функция врача» и «социально-общественная функция пациента». Реальное существование вышеобозначенных «неписанных законов» и «социально-общественных функций» создаёт в общении врача и пациент некую *стройную*, как это ни парадоксально звучит, *систему отношений*. Обе стороны в той или иной степени обоюдно осознают намерения и надежды другого. И эта обусловленная «неписанными законами» ясность вносит в систему взаимоотношений определённую гармонию.

Социально-общественная среда лишь в незначительной степени может регулировать отношения между участниками взаимодействия «врач - пациент». Эти незначительные вариации могут быть связано с

экономическими коллизиями в стране. В целом же основа взаимоотношений остаётся. Это вовсе не свидетельствует о том, что испокон веков отношения между врачом и пациентом были именно такими. Взаимодействие врача и пациента в различных странах и культурах складывалось по-разному. Поэтому интересны для рассмотрения различные модели этих взаимоотношений.

Безусловно, в государствах с социально-общественной неустойчивостью невозможно ожидать определённости и стабильности в общественных отношениях любого рода – как правило, «повидавшие жизнь» тяготеют к традициям, а молодёжь стремится к новациям, порой даже призрачным. Все эти возможные внутренние «конфликты» и «приспосабливания» являются свидетельством *промежуточности* данного исторического этапа. Особенностью промежуточного этапа является синхронное сосуществование противоположных моральных и системных тенденций. Взаимопонимания и взаимодоверия в таких условиях достичь непросто – на это требуются время и определённые доказательства в правдивости и искренности намерений с обеих сторон.

Проблемами врачебной этики и морали занимается наука под названием «*деонтология*». В её компетенции заострение внимания на морально-этических принципах поведения врача по отношению к пациенту. Освоение этой науки для студентов-медиков является обязательным. В разные времена и в разных странах занимались выдающиеся деятели науки. Один из таких великих учёных – наш современник, американский специалист по биоэтике *Витч*.

Роберт Витч родился в 1939 году в Утике, штате Нью-Йорк США. В 1961 году он закончил университет Парду *специалистом по фармации*, а затем – в 1962 году - Калифорнийский университет в Сан-Франциско, изучив *область фармакологии*. Витч являлся сотрудником *Гастингского центра* с момента его основания в 1970 году и до 1979 года. С 1979 года он стал профессором, а в 1989 по 1996 годы был директором *Института этики имени Кеннеди Джорджтаунского университета*.

В орбите интересов *Витча* оказались такие науки, как *медицинская этика* и *философия медицины*. Витч увлёкся либерализмом американской философии, кроме всего прочего уделявшим огромное внимание и правам пациента. На мировоззрение *Роберта Витча* повлияли исследования титана философии *Иммануила Канта* (1724-1804), автора теории справедливости *Джона Роулза* (1921-2002), создателя модели развития науки *Томаса Сэмюэля Куна* (1929-1996) и представителя эмпиризма и агностицизма *Дэвида Юма* (1711-1776).

Поле исследовательской деятельности *Витча* стали просторы *философии медицины*, где учёный изучал систему «ценностных суждений

в выработке медицинских решений», доказал необоснованность требований врачей признать их роль главенствующий как специалистов в создании свода моральных-этических критериев данной сферы.

Витч также критиковал *гиппократовскую патерналистскую* традицию в медицинской этике, ссылаясь на *кантовские* позиции теории общественного договора и деонтологической этики.

Учёным была предложена *контрактная теория медицинской этики*, в соответствии с которой пациент становится равноправным партнером врача и участвует в принятии ответственных решений, которые касаются его здоровья.

Витч создал либеральную *антипатерналистскую этическую теорию медицинского ухода за умирающим*, в которой мотивировал их право на отказ от продолжения лечения.

Витч также предложил обоснование «*дефиниции смерти на основании факта гибели коры головного мозга*».

Учёным была разработана *эгалитарная теория справедливости*, утверждающая право человека на доступ к минимуму медицинских услуг.

В области этической медицины *Роберт Витч* создал пять моделей взаимоотношений «врач - пациент»: *патерналистскую (или сакральную), техническую (или инженерную), коллегиальную, контрактную и договорную* (разработанную им позже), но признавал *неравноценность* созданных им моделей *по моральным критериям*.

А. ПАТЕРНАЛИСТСКАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Межличностный контакт врача и пациента патерналистской модели сходен с *отеческо-сыновним*. Позиционная основа врача – *милосердие, сострадание*. Именно эти понятия являются центральными в «*Клятве Гиппократа*» и «*Обещании врача России*». Многие века такая модель отношений между врачом и пациентом доминирует в христианстве.

Пациент *не является безличным* в глазах доктора, и отношение к нему эмоционально окрашено. Субъективизм взаимовосприятия модулирует к *общению*. Мотивационный посыл осуществляет горячее желание помочь, характеризующее *высокоуровневую нравственность врача*. Каждому из нас хотя бы раз в жизни выпадало счастье оказаться на приёме у такого доктора.

Хотя, несомненно, в этой модели отношений есть свой минус, выражающийся в *неравноправии сторон*. Акцентное превосходство знающего и умеющего врача «противопоставляется» некой незрелости подопечного, нуждающегося в наставничестве. На это ущемление «прав пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения, контролирующей свое состояние» указывал и сам *Витч*. Он находил такое положение вещей унизительным для больного и сравнивал это взаимодействие с «вертикальными» отношениями силы власти и силы подчинения, характеризуя взгляд пациента на врача как взгляд «снизу вверх».

Наиболее часто подобные отношения возникают в *педиатрии* и *психиатрии*. Врач-патерналист – человек с жесткими моральными установками, готовый к принятию ответственных решений.

Дуализм ситуации в том, что патернализм *смещений акцентировки не допускает*.

И всё же для многих современных медиков и пациентов патерналистская модель «врач-пациент» стала канонизированной. Пациентам такие взаимоотношения с докторами представляются наиболее естественными, а в иных случаях даже единственно приемлемыми. И к этим предпочтениям необходимо прислушаться.

В действительности же ограниченная дееспособность человека делает его беззащитным и растерянным перед жизненными обстоятельствами, поэтому в решающие моменты врач вынужден целиком брать на себя бремя ответственности за принятие решений, стараясь при этом максимально учитывать интересы больного. И вряд ли можно заподозрить в этом какое-либо преследование собственных интересов или умаление достоинства больного.

Если же на месте больного оказывается ребёнок патерналистская ситуация резко усиливается за счёт того, что ребёнку противостоят сразу *два авторитета – родитель и врач в тандеме.*

И всё же патернализм нельзя назвать синонимом авторитаризма. Он уместен там, где необходим, но должен модулировать в зависимости от ситуации.

В этой модели взаимоотношений есть элемент «морального превосходства над пациентом», хотя главный принцип доктора «приноси пользу пациенту и не наноси вреда» традиционен.

Профессор *Преображенский* из «*Собачьего сердца*» *Михаила Булгакова* использовал именно эту модель общения с пациентом. Патерналистский тип отношений с больными использовал *Альберт Швейцер*, немецкий и французский теолог, философ, гуманист, музыкант и врач, лауреат Нобелевской премии мира, считавший, что «только профессия врача приносит действенную помощь людям». *Дымов* из рассказа «*Попрыгунья*» *Антон Павловича Чехова* – слепок с самого *Чехова*, тоже приверженец патерналистской модели. Из современных докторов патерналистский тип общения исповедует доктор *Лиза (Глинка)*.

Б. ТЕХНИЧЕСКАЯ (ИЛИ ИНЖЕНЕРНАЯ) МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Отеческому наставничеству патерналистской модели «врач-пациент» противостоит *позиционная техничность врача* и его взгляд на пациента как на очередной дефектный объект, требующий устранения неисправностей. Создаётся ощущение, что врач лечит *болезнь, а не больного*. От такого врача невозможно ожидать душевного подхода и необходимой моральной поддержки, он способен грубо оборвать пациента на полуслове, если тот, по его мнению, слишком назойлив, и не утруждает себя поиском деликатных оборотов речи. Несмотря на массу проводимых с телом больного манипуляций, назначаемых им обследований - биохимических, биофизических, рентгенологических, ультразвуковых, - у больных от общения с таким врачом остаётся всегда горькое послевкусие. Больные часто жалуются на доктора, ссылаясь на его неуважительное отношение к пациентам и даже, по их представлениям, профессиональную некомпетентность.

Наверное, любой из нас когда-нибудь оказывался в неловкой ситуации, когда врач начинает обсуждать с коллегой лечение нашего заболевания или особенности его течения. В этот момент мы испытывали на себе пренебрежительное отчуждение со стороны доктора, от которого нам становилось некомфортно. Мы ощущали себя мебелью в кабинете врача.

Тем не менее было бы ошибкой полагать, что врач – жестокий, бездушный человек. Иногда обыкновенная усталость, неуверенность в себе, боязнь совершить врачебную ошибку заставляет его свести до минимума человеческий контакт с больным. Холодный ум, рассуждает он, скорее и вернее поможет найти путь помощи больному.

Доктора, выстраивающего с пациентом «инженерную модель», не назовёшь безграмотным врачом или бездуховным человеком, обычно он квалифицированно и достаточно точно применяет на практике полученные о механизмах жизнедеятельности организма знания. Процедурный подход хорош *непредвзятостью, отсутствием личных предпочтений и заинтересованностей*. Лечение больного осуществляется объективно, по объективным показателям термометра, тонометра, биохимических исследований, результатов рентгенографии.

Врач убеждён, что больной, находящийся в той или иной степени беспомощности, не обладает ни знаниями, ни способностью к объективной оценке клинической картины, поэтому не стоит учитывать его мнение, создавая себе и больному лишние беспокойства.

С другой стороны, пациент признаёт за врачом профессиональную компетентность, полагается на неё и потому не оспаривает этот принцип *докторской доминантности*, считая его даже благом для себя.

Автор квинтета моделей *Роберт Витч* критикует эту техническую или инженерную модель, объясняя свою оценку апелляциями к устаревшим представлениям о врачебной науке. Современная же медицинская наука – содружество врачебных отраслей с психологией, социологией, философией, биоэтикой, эстетикой, естествознанием, религией. *Витч* считает неприемлемыми, недопустимыми, и даже вредным, *авторитаризм* и *технократизм* врача в общении с больным.

Я думаю, излишним было бы критиковать данную модель отношений, равно как и универсализировать её. В моём представлении, современное врачевание должно быть вооружено модельным арсеналом для множества различных, сложных и непредсказуемых случаев.

Один из таких формальных примеров связан с дифференциацией специалистов клиник, оснащённых различной высококачественной техникой. В этом случае множество медицинских работников выполняют узкоспециальные процедуры, при этом контакт с больным для них совершенно исключен, в том время как с самим пациентом непосредственно общаются только участковый врач и медицинская сестра. В этом случае отсутствие взаимодействия медицинского персонала с больным является *не безнравственным, а вынужденным* – как результат «технологизации современной медицинской практики».

«*Микрохирургия глаза*» имени академика *Святослава Николаевича Федорова*, в которой в своё время оперировалась не единожды и я, – образец подтверждения вышесказанному. Операционный стол в операционное время вращается, перемещая пациента от одного высокоуровневого специалиста к другому. Вряд ли придёт кому-нибудь в голову во всём этом сложном и напряжённом процессе устанавливать, к примеру, патерналистскую модель общения с пациентом. Однако данная ситуация и не отрицает необходимого до- и послеоперационного человеческого контакта лечащего врача с больным.

Техническая модель уводит врача в *прикладную, техническую область*, где огромную роль играют объективные факты, а не субъективные предпочтения. В этой модели врач лечит, а не ухаживает за больным, а образ пациента растворяется среди множества результатов обследований.

Были, конечно, в своё время и *нацистские врачи*, бесчеловечные, антигуманные, выдававшие себя за ученых. Их модель поведения напоминала вышеописанную. Но это не означает, что современные врачи не должны использовать при необходимости данную модель контакта с пациентом.

Законы современного общества в некоторой степени регламентируют взаимоотношения пациентов и медицинских работников, учитывая интересы обеих сторон. Однако ни в одном таком кодексе ни слова не говорится о каких-либо *человеческих обязательствах*, отчасти

затрагивается *область этики*. Исключением является только *юридический контракт*, но об этом ниже.

Техническая модель имеет свои издержки, но и, в ряде случаев (как, например, в описанном мной случае с глазной клиникой), вне зависимости от субъективных ощущений пациента, она несёт свою благородную, достойную цель сохранить жизнь и здоровье людей, хотя для непосвящённых на первый взгляд это и может выглядеть как отстранение, отчуждение от реального контакта с пациентом.

У молодых врачей иногда *клиника превалирует над моралью, над человеческим фактором*, который может остаться «за кадром». Врачи также редко учитывают *конфессионную принадлежность* пациента. Я надеюсь, со временем при обучении будущих докторов и формировании их культуры коммуникативного мышления и модельной системы общения этот и многие другие моменты будут учтены.

Один из примеров технической (инженерной) модели отношений врача и пациента в художественной литературе представлен в пьесе «*Воццек*» немецкого драматурга XIX века *Георга Бюхнера*. Автор, проживший 24 года и умерший от тифа, оставил после себя 3 драматических произведения и популярный до середины XX века учебник сравнительной анатомии. Его знаменитая пьеса «*Воццек*» основана на реальных событиях. Главный герой - беззащитный больной солдат *Воццек*, страдающий галлюцинациями. Для *Доктора* этот больной представляет интерес прежде всего с научной точки зрения. Не вдаваясь в подробности жизни *Воццека*, доктор прописывает ему пилюли и убеждает в их целебных свойствах. Известно, что причиной многих нервно-психических заболеваний оказываются сложные жизненные обстоятельства, но они не являются предметом интереса *Доктора*, который «*лечит болезнь, а не больного*». Итогом всей истории стала страшная драма: в порыве ревности *Воццек* зарезал жену, а затем убил сам себя, оставив абсолютным сиротой своего пятилетнего сынишку.

Другой пример из современной жизни – телевизионные сеансы девяностых годов прошлого века *Анатолия Кашиповского*. В его отношениях с пациентами преобладает техническая модель.

В. КОЛЛЕГИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Третий тип взаимоотношений врача и пациента *Витч* назвал *коллегиальным*. Он основан на принципе равноправия. Врач откровенен с больным в сведениях о его диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях болезни. Пациент принимает участие в обсуждении лечения своего заболевания.

Эта модель предполагает *гармонию взаимоотношений*, но всё же таит в себе некоторые опасности, во-первых, соскальзывания на *панибратство*, почти никогда не приносящее положительных плодов, а во-вторых, - вследствие медицинской некомпетентности пациента - *вероятности проявления негативной реакции его психики*.

Такие отношения результативны при хронических заболеваниях, когда пациент большую часть времени контролирует своё состояние сам.

Сотрудничество врача и пациента – это стремление к их общей цели: сохранению здоровья больного, его исцелению, облегчению страданий умирающего. Подобные отношения не могут обойтись без взаимодоверия, взаимответственности и способности вести диалог ради достижения согласия по всем нуждающимся в этом вопросах.

Роберт Витч скептицировал относительно коллегиальной модели, считая, что установление духовного контакта между врачом и пациентом практически невозможно вследствие допустимых этнических, классовых, экономических, морально-ценностных и религиозных различий. Да и времени на установление этой призрачной, хрупкой *доверительности* у врача практически не бывает. Однако если врач является семейным, с пациентами он часто связан множеством незримых «нитей».

Коллегиальная модель обладает бóльшим потенциалом личностной реализации пациента, чем две предыдущие. Равноправие в отношениях даёт больному ощущение собственной значимости, ценности. Всё, что ему требуется, - это достоверная информация о своём здоровье, альтернативные пути лечения, прогнозы и поддержание веры на выздоровление. Осознавая ответственность за лечение наравне с доктором, пациент словно поднимается «на позицию выше». Реализуя своё *право на свободу выбора*, психологически он чувствует себя в этой жизни более *уверенным*.

Этот тип взаимоотношений врача и пациента *Витч* характеризовал так: *«Когда два индивида или две группы людей действительно привержены общим целям, то взаимное доверие и конфиденциальность отношений оправданы, а сама коллегиальная модель имеет смысл. Это очень приятный и гармоничный путь взаимодействия с другими людьми. Он предполагает равенство достоинства и уважения, ...общность*

ценностей, которым каждая из сторон привержена. Всего этого недоставало предшествующим моделям».

Однако на практике подобное совпадение интересов случается редко. Например, в коммерческой медицине, у врача и *пациента интересы коммерческие, но обратнoзависимые*: врач занят мыслью об увеличении доходов, а пациент – о минимизации расходов.

Витч считает коллегиальную модель *несбыточной мечтой*, не соответствующей социальным требованиям современного общества.

Позволю себе с этой позицией не согласиться, поскольку имела возможность неоднократных наблюдений коллегиальной модели отношений между врачом и пациентом «в действии».

Очередное сильное обострение хронического заболевания, потребовавшее немедленной медицинской помощи, заставили народного артиста РФ, одного из моих преподавателей в Московской консерватории, обратиться к врачу. И я по воле обстоятельств оказалась свидетелем того, как врач средних лет, пришедший на вызов к пациенту, долго и с большим интересом беседовал с больным, который в силу длительности своего заболевания и психоэмоциональных особенностей, казалось, знал о своих болячках неизмеримо больше, чем сам доктор.

Общение больного и врача напоминало скорей совещание в теплой и душевной обстановке. Решение относительно лечения было принято совместными усилиями, и оно, забегая вперед, скажу, было весьма успешным. Этот случай – великолепный пример *коллегиальной модели* взаимодействия врача и пациента.

Г. КОНТРАКТНАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Совсем иной тип взаимоотношений между пациентом и врачом складывается в *контрактной модели*. Основой для этих отношений служит *принцип общественного договора*. Пациент обязан заключить договор с лечебным учреждением на медицинское обслуживание. В договоре прописаны обязательства каждой из сторон. Договорной базис превращает пациента в «*клиента*», а врача - в «*поставщика услуг*». Сегодня эта модель получила распространение на Западе, в США, где страховая система определяет запросы пациента.

Рассматривая контрактную модель, *Витч* рассуждает не только о понятии «контракт», но и о *духовно-символьной сути* этой модели.

О праве на расторжение договора при нарушении его условий одной из сторон говорится ещё в «*Ветхом Завете*». Неисполненность договора приводит *Ивана Карамазова*, героя романа *Ф. М. Достоевского*, к его знаменитой фразе о «*возвращении Богу билета*». Эпоха Просвещения *определила общественный договор* как оптимальную форму социальных отношений, не связанную с какими-либо монопольными привилегиями, а регламентируемую заключаемым с властью контрактом, где чётко и неукоснительно обозначена ее правовая зона, нарушение которой чревато для правителя потерей власти. Современный общественный строй внедрил договорные отношения с распределением ролевых обязанностей практически во все сферы жизнедеятельности человека – от семьи до крупной политики.

Роберт Витч считает, что эта модель отношений более жизнеспособна и жизнестойка, поскольку является гарантом сохранения совокупности личностных ценностей. «...*Индивидуумы и группы*, - рассуждает Витч, - *взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несёт определенные обязательства и каждая достигает некоторых выгод... Основные моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, верности принятым обязательствам и справедливости существенно важны для реализации контрактных отношений*».

Если патерналистская и инженерная модели страдают какими-либо нежелательными для свободы личности недостатками, то контрактная форма отношений этих недостатков лишена. В ней нет коллегиальной иллюзорности, зато она одновременно удовлетворяет выгоды и возможности обеих сторон – и врача, и пациента. Больной по мере надобности передаёт монопольную власть врачу с целью наиболее качественной реализации его профессиональных обязательств.

Превосходная степень реалистичности этой модели отношений по сравнению с тремя другими очевидна. Нормативно-правовое равноправие гармонирует с неминуемой отношенческой вертикалью, регулируемой

определённым образом. При этом пациент вправе лишить доктора контрактных полномочий и настаивать на возмещении понесённого им любого вида ущерба вследствие неисполнения или недолжного исполнения врачом условий контракта.

Сегодняшняя медицина постепенно переходит на этот тип взаимоотношений. Это связано с ростом количества судебных разбирательств, связанных с деятельностью врачей (один из таких примеров – нашумевшая в 2009 году история трагической гибели по вине врачей талантливой санкт-петербургской 11-летней школьницы, пианистки, телеведущей – чудесной звёздочки телевидения северной столицы *Даши Агапеевой*: ребёнок, которого лечили от ангины, в итоге умер от тяжёлой формы пневмонии), переориентировкой общественного восприятия медицины из общегуманного в коммерциализационное направление.

Контрактная модель предполагает деловые партнёрские отношения между пациентом и врачом, регламентируемые контрактным соглашением и вознаграждением за предоставление определённых медицинских услуг. Подобный правовой контракт, имеющий дополнительные медицинские уточнения и разъяснения, мог бы стать *врачебной этикой*. С одной стороны медицинская услуга и её гарантии в данном контракте были бы строго и недвусмысленно обозначены. С другой - дополнительные медицинские уточнения и разъяснения превратили бы этот юридический документ *в нечто большее, чем контракт*. Но так или иначе, уровень выполнения человеческих обязательств (даже контрактных) и степень гуманности являются категориями внутренне этические и достоинствами каждого индивидуума.

Отношение же *исключительно контрактное*, в отличие от вышеприведённого мной, *в однозначной юридической трактовке накладывает обоюдосторонние обязательства как на врача, так и на пациента, и только на время оказания медицинской услуги*. Морально-этических категорий оно не затрагивает.

Д. ДОГОВОРНАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Контрактная составляющая отношений пациента и врача, безусловно, является надёжным гарантом профессиональной и отчасти человеческой порядочности. И всё же, возвращаясь к истокам уникальной профессии целителя, хотелось бы немного больше приблизиться к тем добродетельным родникам, которые изначально вдохнули жизнь в эту профессию.

Предложение договорной модели было вдохновлено *религией* – намерением достичь соглашения *между Богом и отдельным сообществом*.

В *медицинском контексте* такая модель как раз даёт то, чего не хватало контрактной модели и то, что я обозначила в ней частицей «бы».

Договорная модель апеллирует больше к духовным ценностям человека, общества, человечества и накладывает обязательства на медицинский персонал именно в связи с ними. Наглядным примером тому является невозможность врача не оказать помощь больному, даже если их отношения не регламентированы контрактом. Договор основан на длительных и открытых отношениях, предполагающих их возможное прекращение после обеспечения дальнейшего ухода за больным, в зависимости от необходимости и вне связи с его платежеспособностью.

Деловые отношения могут не включать договор в контракт, но в нём должно быть отражено *понимание* роли каждого из партнёров. Найденные точки соприкосновения в отношении ценностей и целей отношений послужат импульсом взаимодоверия.

Хотя *договорная модель*, на мой взгляд, выглядит перспективнее и органичнее четырёх предыдущих, современная российская медицина не торопится проводить её ассимиляцию на русскую почву, контрактная основа проявляет пока все свои яркие признаки доминанты. Очевидно, что контракт требует бóльшей детализации во многих вопросах, чем договор, то есть некоторые необозначенные, но значимые позиции могут остаться неучтёнными на бумаге.

Больной, прислушивающийся к рекомендациям знакомого врача, как *консультанта*, воспринимает его скорее как *семейного доктора*, нежели как *специалиста* - стоматолога или отоларинголога, которой в силу специфики своей профессии редко поддерживает длительные отношения с пациентами, поскольку общение подобных специалистов заканчивается с момента выздоровления больного.

Специалисты и консультанты по отношению к пациенту выполняют *различные функции*, и в случае контракта эти функции обычно чётко определены в письменной форме.

Контракт может содержать *элементы договора* ради исключения из него излишних формально-юридических подробностей. Выбранный и всесторонне согласованный вариант становится основным контрактным документом и подкрепляется подписями участников. Тем не менее *без уважительного отношения врача к больному, без его понимания ценностно-личностной системы пациента не может состояться ни один контракт*. Если врач не способен это осознать, он не должен ставить свою подпись на контракте. Полноценное лечение может начаться только после завершения всех этих вышеобозначенных процедур. Договор же более свободен от формальностей.

Контрактная модель предполагает сотрудничество и может не основываться на доверии, в ней обязательно согласие относительно ключевых моментов лечения. Приоритетными принципами этой модели являются *добрая совесть врача и уважение прав пациента*.

Такой подход *правильный, но не совершенный*, поскольку *зависит от субъективных отношений между врачом и пациентом*. Для коллегиальной модели такое положение вещей может быть идеальным, как и в случае с семейным врачом или врачом скорой помощи. Для разовой медицинского обращения наиболее удобна контрактная основа, как, например, на консультациях у психолога или на приёме у невролога. В любом случае *модель отношений должны определять действующие обстоятельства*.

В российском здравоохранении действует принцип *общественного договора*. *Договор между обществом и государством определён Конституцией Российской Федерации*, в которой обозначены полномочия власти, призванной обеспечить защиту прав человека. В статье 41 Конституции говорится о *праве каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь*. С другой стороны, в статье 21 Конституции сказано: *«Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным и иным опытам»*.

Законы, одобренные Думой, решения органов федеральной и региональной власти и местного самоуправления структурируют и контролируют сложносоставной и многоступенный институт договорных отношений, в которых субъекты здравоохранения устанавливают правила взаимодействия. Наивысшей точкой этих договорных отношений становится *договор на медицинское обслуживание*, заключённый с медицинским учреждением либо самим гражданином, либо совсем необременённый большим количеством обязанностей его страховой компанией; *этот договор является основой медицинской практики*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У современной медицины, безусловно, множество сложностей и проблем. Они касаются и врачебной этики - как результата ошибочной политики «сверху», и устаревших методов лечения, и отсутствия должного финансирования, и давно сформированного недоверия к отечественной медицине.

Поведение врача зачастую вызвано условиями их работы. Одна из молодых докторов нашей городской поликлиники №85 не постеснялась повесить на двери своего кабинета объявление со следующим содержанием: *«На приём больного – 6 минут. Не отвлекайте доктора по пустякам!»*

Кроме того, все, включая пациентов, давно знают о том, что в медицинских учреждениях не хватает необходимых лекарств, а врачи, опасаясь судебных разбирательств, боятся предложить более дорогие препараты.

В частных клиниках действует контрактная основа. Но врачи этих медицинских учреждений теряют доверие зачастую из-за бессовестного «выкачивания денег» и некачественного обслуживания. Известны бесчисленные горькие примеры с врачами – пластическими хирургами.

Получается, что врач в том истинном, первоначальном смысле сегодня выглядит как мифологический образ, встреча с которым в реальном мире практически невозможна.

Каждая представленная мною модель может быть идеальна в одном конкретном случае, но совсем не подходит для другого, даже при взаимодействии с одним и тем же пациентом. *Выбор модели* может быть связан как с состоянием пациента, так и с характером необходимой ему помощи.

Классифицировать модели взаимоотношений между врачом и пациентом можно и по другому признаку – например, *монологичному* или *диалогичному взаимодействию пациента и врача*.

Монологичная модель строится на монологе специалиста, поучающего «дремучего» слушателя. Примером может служить следующая патерналистская модель: жалующийся больной и единовластно принимающий решения врач.

Диалогичная модель основана на равноправном диалоге участников, объединённых одной общей целью и дополняющих познания друг друга, могущие повлиять на выбор более правильного лечения для пациента.

Коллегиальная модель для такого общения наиболее приемлема, хотя, как я уже отмечала, равноправие сторон в ней в некоторой степени призрачно, поскольку в равной пропорции причастности к истине практически быть не может: естественнонаучная точка зрения врача перевесит субъективные ощущения пациента и установит монополию доктора. Но и эта истина далеко не абсолютна и оставляет лишь многоточие...

В завершении подчеркну, что *только органичный синтез всех представленных элементов этой сложной теории взаимоотношений врача и пациента приведёт к истинно правильным практическим результатам.*

Теория должна быть средством, душа – ведущим началом.

И ещё одно очень важное, на мой взгляд, добавление. Всё сказанное в отношении сферы медицины в полной мере характерно и для сферы образования, где будут действовать *те же модели отношений, только между учеником и учителем.* Для обеих сфер жизненно важными приоритетами являются *человеческая порядочность и любовь к людям.* В подтверждение сказанного приведу слова знаменитого советского и украинского хирурга, учёного-медика, литератора *Николая Михайловича Амосова (1913-2002): «Учитель и врач - два занятия, для которых любовь к людям обязательное качество».* Но это тема уже совсем другой работы.

Господа врачи, настоящие и будущие! Помните напутствия великого Гиппократ: *«Необходимо, чтобы врач сохранял руки чистыми, а совесть – незапятнанной».*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михайлова Е. П., Бартко А. Н. Биомедицинская этика: теории, принципы и проблемы. М., Изд-во ММСИ, 1995. С. 95-99
2. Введение в биоэтику: Учеб. пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатъев, Р.В. Коротких и др. - М.: Прогресс-Традиция, 1998. - 381 с.
3. Шамов И. А. Биомедицинская этика. М., ОАО «Издательство «Медицина», 2006. С. 296-300
4. <http://student.ru/gotovye-raboty/periodizatsiya-istorii-professionalnoj-vrachebnoj-etiki-istoricheskie-i-logicheskie-modeli-biomeditsinskoj-etiki.html>
5. <http://newslab.ru/article/301122>
6. http://platonanet.org.ua/board/novaja_filosofskaja_ehnciklopedija/vitch/3-1-0-1281
7. <https://ru.wikipedia.org>