
ТОЧКА ЗРЕНИЯ

СЛУЖЕНИЕ ИЛИ УСЛУГА? МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФЕССИЯ В ОБЩЕСТВЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ



Большакова Ольга Владимировна

Кандидат исторических наук, ведущий научный сотрудник
Отдела истории Института научной информации по обществен-
ным наукам РАН (ИНИОН РАН), Москва (Россия)

Аннотация. В статье на примере США рассматривается история медицинской профессии на протяжении XX в. и ее трансформация под влиянием коммерциализации и развития культуры консюмеризма. Показан конфликт между профессиональной этикой служения и рыночными ценностями, привнесенными в здравоохранение идеями неолиберализма. Подчеркивается тесная связь процессов стандартизации, бюрократизации и практики потребительства в здравоохранении, в совокупности действующих как факторы сужения границ профессиональной автономии врачей и нарастания депрофессионализации.

Ключевые слова: история медицины; США; профессионализм; коммерциализация здравоохранения; медицинский консюмеризм; управляемое здравоохранение; ориентация на пациента; пациенты-потребители.

Для цитирования: Большакова О.В. Служение или услуга? Медицинская профессия в обществе потребления // Социальные новации и социальные науки. – Москва : ИНИОН. РАН, 2021. – № 3. – С. 54–84.

URL: <https://sns-journal.ru/ru/archive/>

DOI: 10.31249/snsn/2021.03.04

Введение

Традиционно термин «обслуживающие профессии» обозначал работников сферы услуг – официантов и парикмахеров, гостиничных администраторов и помощников по хозяйству. Сейчас этот список можно продолжать до бесконечности, поскольку с развитием постиндустриальной сервисной экономики сфера услуг становится ее лидирующим сектором. Общество восприняло эту тенденцию, и в последнее время все чаще (в том числе и на просторах Рунета) в число обслуживающих профессий стали включать врачей и учителей. Логика проста: теперь официально и те и другие оказывают услуги населению, которое выступает в роли их получателей, т.е. потребителей, со всеми полагающимися им правами. В этом, считают сторонники данной точки зрения, нет ничего постыдного. Им возражают, указывая на то, что учителя и врачи – самые уважаемые профессии, и проводят различия между хорошим врачом и плохим, к которому «не дай Бог попасть». Вот он как раз и оказывает услугу, в то время как хороший врач – это «настоящий профессионал своего дела».

В этих сетевых дискуссиях обнажается одна из серьезнейших проблем современности, которую социологи называют «кризисом профессии как социального института», рассматривая ряд аспектов этого феномена с позиций своей науки. Однако перед теми, кто принадлежит сегодня к той или иной профессии, ежедневно встает вопрос: служить или обслуживать? Ответ на него далеко не очевиден и явно не может быть однозначным.

Медицина как парадигмальный пример профессии

Профессии играют важную позитивную роль в социуме, поскольку служат общему благу, скрепляя тем самым общественный организм и придавая смысл его существованию. Служение обществу (а не конкретному человеку, своему работодателю или государству) является важнейшей составляющей профессий учителя, врача, инженера, ученого и множества других – в процессе разделения труда профессий становится все больше. Однако фундаментальные социальные и технологические трансформации, происходящие со второй половины XX в., оказывают глубокое влияние и на профессии. С одной стороны, наращивается количество специальностей, с другой – снижается уровень квалификации, ускоряется тенденция к частой смене профессий и овладению новыми. Все чаще в публичном дискурсе звучит слово «депрофессионализация».

Социологи давно говорят о том, что профессия переживает серьезный кризис, который затрагивает самые ее основы: профессиональную этику и авторитет. Со времен Дюркгейма и Пар-

сонса они формулируют все новые ее дефиниции, однако основные составляющие сохраняют свое центральное место и в сегодняшнем стремительно меняющемся мире. Профессию от «просто работы» (как занятия) отличают наличие специального знания, общих ценностей и норм, определяющих профессиональную идентичность, наконец, этика служения, которая предполагает в первую очередь альтруизм и веру в свою миссию, а также чувство долга и ответственность. На практическом уровне она означает выполнение своего дела «как следует» и ориентацию на результат, что является для профессионала категорическим императивом. Профессиональные сообщества имеют четко очерченные границы, создавая правила допуска в профессию, и обладают определенной внутренней автономией, которая признается обществом (Wasserman, Ninote, 2020, с. 474–476).

В медицине, одной из старейших профессий, все перечисленные качества отражены наиболее ярко. Сторонний наблюдатель сразу видит отличительные черты профессионального сообщества медиков: особая одежда, язык, непонятный непосвященным, своя, апеллирующая к истории, символика. Испокон веков профессия врача считалась благородной и тесно ассоциировалась с призванием. Она служит не только обществу в целом, но конкретным людям, спасая их жизнь и возвращая здоровье. Так что в определенном смысле медицина являет собой парадигмальный пример профессии, что позволяет рассмотреть происходящие в этом социальном институте кризисные явления наиболее предметно.

Угроза профессиональной целостности медицины ощущается уже давно, и распадение ее на множество специальностей далеко не главная проблема. Куда более разрушающе на медицинскую профессию, какой мы привыкли ее видеть, действуют *коммерциализация* и *бюрократизация*. Два этих процесса при всей их, казалось бы, сущностной противоположности идут рука об руку. Первый заключается в неуклонной маркетизации медицины, и с середины прошлого века разворачивается в контексте общества потребления. Второй ассоциируется со стандартизацией и менеджментом, причем как на корпоративном, так и на государственном уровнях. Сосредоточимся на первом из них, не упуская из виду и второго, поскольку стандартизация тесно связана с защитой прав потребителей, а эффективный менеджмент – с коммерциализацией.

Социологи склонны рассматривать медицинскую профессию сквозь призму властных отношений – с учетом того, что она относится к разряду так называемых свободных. Поэтому для них важнейшим маркером депрофессионализации является утрата (или сокращение) профессиональной автономии врачей. В центре их внимания чаще всего находятся покушения пациента на авторитет доктора, которые с развитием общества потребления и культуры консюмеризма приняли систематический характер, в корне изменив прежде патерналистские отношения. Появление пациента-потребителя, настаивающего на своих правах по получению качественной и безопасной услуги, считается «началом конца» традиционно высокого статуса и почти непререкаемого авторитета медицины. Впрочем, и для медиков этот аспект является важным предметом сегодняшних

дискуссий. Однако не меньшее значение имеет для них критика бюрократизации как прямой угрозы профессии. Между тем при ближайшем рассмотрении выясняется, что бюрократия для достижения своих целей успешно оперирует риторикой и практикой консюмеризма, в том числе медицинского.

У медицинского консюмеризма, который можно определить как привнесение культуры и практик потребления в сферу здравоохранения, много противников. Кто-то отрицает даже самую его возможность для пациентов, получающих медицинскую помощь от государства, но споры в основном вращаются вокруг несовместимости понятия консюмеризма с самой сутью медицинской профессии, поскольку здоровье не может быть товаром [Illiffe, Manthorpe, 2020, с. 339]. Однако реальность такова, что как медицинские учреждения, так и врачи считаются поставщиками и услуг, и товаров, в то время как их пациенты – получателями таких услуг, или потребителями.

Метаморфоза произошла не так уж давно, на памяти одного поколения, причем в мировом масштабе. Россия подключилась к этому тренду достаточно поздно, после того как общество потребления стало в ней реальностью. Возможно, поэтому проблеме влияния культуры потребления на медицинскую профессию в отечественной науке почти не уделяется внимания, в то время как в науке мировой она анализируется широко и разнопланово. Рассмотрим ее в историческом ключе на примере США, где характерные черты общества потребления и медицинского консюмеризма проявляются наиболее ярко, и прежде всего потому, что там превалирует модель «медицины свободного рынка» и отсутствует бесплатная медицинская помощь. Тем не менее в странах с государственной (как в Великобритании) или полностью страховой (Германия и др.) системами здравоохранения наблюдаются сходные тенденции.

Основанная на биомедицинской модели, подкрепляемой масштабными научными исследованиями, американская система здравоохранения является самой крупной в мире – и самой дорогой. Ее эффективность при этом многократно ставилась под вопрос. Особенно проблематичной она оказалась с началом пандемии коронавируса, когда очевидными стали ее недостатки: отсутствие скоординированности, высокая стоимость, неравенство возможностей доступа к медицинской помощи. Все они имеют глубокие исторические корни и издавна являлись мишенью для критики, в частности, с позиций так называемого умного потребителя (*critical consumer*). Рассмотрение истории американского медицинского консюмеризма позволяет поставить ряд вопросов: как повлияло развитие культуры потребительства на медицинскую профессию, какие изменения в ней произошли на протяжении последних ста лет и как обстоит дело сегодня. А также какова роль «пациентов-потребителей» в этих изменениях, чего они добивались и что получили в итоге. И, наконец, какие перспективы это сулит как США, так и другим странам, выбирающим в качестве ориентира американскую модель здравоохранения.

Из истории медицинской профессии

Возникновение медицинской профессии восходит к глубокой древности – еще в Древнем Египте существовал моральный кодекс врача, а клятва Гиппократова, датируемая III в. до н.э., основывалась на давней устной традиции. Врачи давали ее «перед Богом и людьми», публично обещая соблюдать определенные правила медицинской практики. Фактически уже в ней были определены главные черты медицины как профессии. В начале новой эры возникает и соответствующий термин “*professio*”. Одно из первых его использований применительно к медицине зафиксировано в труде римского вольноотпущенника¹-врача Скрибония Лагга “*Compositiones medicamentorum*” (47 г. н.э.). Сам термин «профессия» этимологически трактуется как «открытое заявление», «публичная декларация», что обнаруживает тесную связь с произнесением врачебной клятвы. В отличие от старых «морально индифферентных» терминов, “*professio*” подчеркивает этический компонент работы врача, идею долга и служения. Он довольно быстро включил в себя значение призвания и одновременно норм, стандартов ремесла [Cavanaugh, 2018, p. 123, 129].

В клятве Гиппократова была сформулирована главная цель медицинской профессии – сохранение и восстановление здоровья пациента, а также утверждены ее основные этические принципы: милосердие и забота об интересах больного (включая знаменитое «не навреди»), уважение к человеческой жизни и соблюдение врачебной тайны. Кроме того, были четко очерчены границы профессионального сообщества, куда нет доступа непосвященным; определена и внутренняя профессиональная этика. Интересно, что врач за свои действия отвечал прежде всего перед высшими силами, а не перед «законом человеческим», что в тех исторических условиях давало медицине автономию (т.е. право следовать своим собственным законам).

Институциональное оформление медицины как профессии в современном смысле этого слова началось в XIX в. Безусловно, регулирование деятельности врачей и аптекарей существовало и ранее, однако эти меры были достаточно ограниченными и не вторгались в сферы сугубо профессиональные. С началом строительства национальных систем здравоохранения регулятивные меры приняли систематический характер. Одним из ярких примеров является Медицинский акт 1858 г. британского парламента, в соответствии с которым врачи должны были регистрироваться в учрежденном этим же актом Генеральном совете образования и регистрации. Совет существует до сих пор, и функции его только расширились [Allsop, 2002, p. 80–81]. Главной целью законодателей того времени было стремление оградить население от неквалифицированной медицинской помощи. Принимавшиеся в разных странах акты не только внесли серьезные изменения в повседневную врачебную практику. Они надолго определили особенности и траекторию развития медицинской профессии в той или иной стране.

¹ Вольноотпущенник – раб или крепостной, получивший свободу.

В США юридическое оформление медицины как профессии началось в 1880-е годы с принятием в штате Западная Виргиния закона о лицензировании. В нем были утверждены два основных принципа, на которых зиждется и сегодняшнее законодательство: необходимый стандарт медицинского образования и уголовное наказание безлицензионной медицинской практики. У закона было много противников среди врачей, которые оспаривали его во всех инстанциях, дошли до Верховного суда – и проиграли [Mohr, 2013, p. 1]. Это был тяжелый и драматичный процесс, тем не менее постепенно, штат за штатом, лицензирование охватило всю страну.

Своим решением по Западной Виргинии Верховный суд США утвердил в глазах закона медицину как особую профессию наравне с уже существовавшими профессиями адвокатов и военных. Теперь было покончено с прежней неопределенностью в отношениях врача и пациента: с юридической точки зрения было признано, что это контракт и лечение имело право быть оплаченным. Врачам было даровано почти абсолютное право самим определять членство в профессии и оценивать работу коллег. Его получила Американская медицинская ассоциация (АМА) – ведущее ученое общество США, которое стало контролировать не только процесс выдачи лицензий, но и учебные программы, и подготовку специалистов, и многое другое. Благодаря усилиям этой организации в 1920-е годы был принят закон, в соответствии с которым лицензии выдавались только лицам с медицинскими дипломами, одобренными АМА. В общем и целом консолидация медицинской профессии в США к этому времени была завершена [Mohr, 2013, p. 178].

История лицензирования врачебной практики в Западной Виргинии обнажает целый ряд значимых деталей. Во-первых, фиксируется отсутствие запроса, да и просто интереса как широкой публики, так и юристов к этой проблеме, не говоря уже о простых гражданах (хотя все были согласны, что общество следует оградить от шарлатанов) [Mohr, 2013, p. 156]. Во-вторых, в правилах лицензирования предпочтение было отдано научному подходу, а опыт врача и его умение лечить не принимались во внимание. При этом практикующие врачи полагали, что для успешной работы не обязательно быть ученым, и сомневались в том, что следует дать привилегии только одному способу лечения. В те времена гомеопаты и аллопаты, натуропаты и хиропрактики мирно соседствовали (и часто консультировались друг с другом) в США, как и в других странах, и ни один из них не мог продемонстрировать явного превосходства над другим в деле излечения [Mohr, 2013, p. 156–157; Wasserman, Hinote, 2021, p. 477].

Эту дилемму можно понять только с учетом исторического контекста. Борьба за введение «научно обоснованных» критериев для лицензирования в Западной Виргинии велась в период бурного развития медицинского знания. Благодаря работам Р. Вирхова, Л. Пастера, Р. Коха была сформулирована микробная теория болезней, произошла так называемая бактериологическая революция. Поступало беспрецедентное количество информации о функционировании органов и тканей человеческого тела, о физиологии и медицинской биологии. Поэтому понятно желание

американских врачей видеть в своих рядах подготовленных коллег, хорошо осведомленных в тонкостях химии и биологии. Однако в этом они явно опережали свое время.

Медицинская практика, как показали историки, отставала от заданных стандартов: американские врачи достаточно долго не усваивали бактериологию и не были в курсе большинства новых научных открытий. Им это попросту не было нужно, поскольку медицинская наука еще не предложила ничего, имеющего практическое значение для терапии. Даже зная, что такая-то бактерия вызвала у пациента такое-то заболевание, врач не имел средства для эффективного лечения. Только в 1930-е годы с появлением сульфаниламидов и особенно в 1940-е, когда началось массовое производство пенициллина, ситуация радикально изменилась [Mohr, 2013, p. 158–159].

Другое дело, что заложенные в 1880-е годы принципы определили специфический облик американской медицины: теснейшую связь лечебного дела с лабораторными исследованиями и преклонение перед авторитетом науки [Moran, 2002, p. 24]. Эволюция Этического кодекса (Code of Ethics) АМА в течение второй половины XIX в. демонстрирует отход от понимания медицины как фундаментально морального занятия к признанию ее исключительно научно-доказательного характера. В этом культурном контексте на протяжении почти всего XX в. разворачивалась борьба так называемой официальной медицины с альтернативными практиками лечения. По заключению специалистов суть ее заключалась в использовании профессии как формы социальной власти в качестве рычага для защиты экономических интересов [Wasserman, Hinote, 2021, p. 477].

В начале XX в. американские врачи становятся влиятельной социальной группой с хорошими возможностями лоббирования. Их доходы стабильно росли, и весомый вклад в поддержание высокого статуса профессии врача вносили впечатляющие успехи медицины и бурное развитие фармакологии. Врачи обладали «законной собственностью» в виде частной практики, участвовали в установлении стандартов квалификации (в том числе создавали репутацию, которая зиждилась на отзывах коллег и пациентов), определяли формы взаимоотношений с пациентами и занимали сильные позиции в своих отношениях с «третьими сторонами» – фармацевтическими фирмами и производителями медицинских товаров. Кроме того, профессия врача в США в этот период обладала серьезным «культурным авторитетом», пользуясь большим уважением и доверием в обществе [Nelson, 2021, p. 497]. Все это определяло постепенное превращение медиков в касту «почти небожителей».

Считается, что с 1940-х и до конца 1960-х годов медицинская профессия в США переживала свой «золотой век» с точки зрения авторитета и профессиональной автономии [Wasserman, Hinote, 2021, p. 478]. Однако по этому поводу существуют разные мнения, притом, что критерии используются одни и те же: новые научные открытия, с одной стороны, и авторитет медицинской профессии в обществе – с другой. Именно поэтому кто-то датирует его начало «бактериологической революцией» 1880–1890-х годов или же исследовательскими прорывами 1910–1920-х. Выдвигает-

ся и другой критерий – развитие медицинского образования и системы здравоохранения. Большие успехи в этом направлении были сделаны в прогрессистскую эру (1896–1916). Хрестоматийным является мнение, что пиком развития американской медицины были послевоенные годы, а своего зенита она достигла с изобретением вакцины против полиомиелита и началом массовой вакцинации в 1955 г.

Что касается авторитета медицины как профессии, он был в США стабильно высоким в течение всей первой половины XX в., поэтому в рамках поставленной задачи уместно рассматривать 1900–1950-е годы как целостный период. При этом имеет смысл вслед за создателями образовательно-исторического сайта Пенсильванского университета сосредоточиться на трех десятилетиях 1930–1950-х годов, которые воспринимаются как истинный триумф медицины и науки [America's Golden Age ..., 2002]. Относительно окончания «золотого века», как указывается на этом ресурсе, существует единодушие. Конец ему положили «бурные 1960-е», с их критикой существующей системы здравоохранения, и последовавшие изменения начала 1970-х. Авторитет медицинской профессии был поставлен под вопрос сначала пациентами, а затем и «третьими сторонами», в числе которых наряду с фармакологическими компаниями и производителями медтехники оказались страховщики и управленцы корпораций. Деньги стали решать все, а расцветающий медицинский консюмеризм привнес дух потребительства в прежде считавшуюся самой благородной профессией врача.

Золотой век медицины, консюмеризм и «революция пациентов»

В начале XX в. ничто не предвещало конца профессиональной автономии медиков. Напротив, уважение к врачам в обществе неуклонно росло. Медицинская профессия получила к этому времени солидный фундамент и стала уважаемым занятием, что определяло ее принадлежность к среднему классу. Приблизительно 80% больных лечились у частных врачей. Их кабинеты оснащались все новыми медицинскими приборами, а диагноз подкреплялся научными фактами: показателями кровяного давления, анализом крови, электрокардиограммой и другими лабораторно подтвержденными данными [Tomes, 2015, p. 50–52, 59]. По мере наращивания медицинского знания увеличивалась дистанция между научным и обыденным пониманием болезни, что также работало на авторитет врача.

Вплоть до 1970-х годов отношения между врачом и пациентом были патерналистскими и реализовались главным образом во врачебном кабинете, а не в клинике. Личные, доверительные отношения между врачом и пациентом составляли, как считается, самую сильную сторону американской медицины [Tomes, 2015, p. 306]. Их описал в начале 1950-х Т. Парсонс, предложив модель, актуальную для своего времени и ставшую эталонной. Как пишет Х. Нельсон, считалось, что только вооруженный специальными знаниями врач знает, что необходимо пациенту, и дей-

ствуует исключительно в его интересах. Больной в свою очередь полностью доверяет врачу, уважает его авторитет и вручает ему всю власть над своей жизнью и здоровьем, поскольку сам он не компетентен решать, что для него лучше [Nelson, 2021, p. 496]¹. Тех, кто хотел подробнее узнать о своих недугах или же претендовал на то, чтобы с ним обращались как с разумным взрослым, воспринимали в штыки. В Америке 1960-х таких пациентов считали невротиками или «тайными коммунистами» [Tomes, 2015, p. X].

С тех пор отношения между врачом и пациентом изменились кардинально, но и в условиях медицинского патернализма пациенты жаловались на качество лечения и ставили под вопрос авторитет доктора. В XX в. оформилась вполне определенная линия критики: пациенты стали обвинять врачей в недостаточном профессионализме, научной некомпетентности и корысти, поскольку расценки докторов, особенно свежеепеченных специалистов, неуклонно росли [Tomes, 2015, p. 4]. В данном случае пациенты выступали как потребители, осознающие свои права, что вполне отвечало общим тенденциям коммерциализации страны и развития культуры консюмеризма.

Принято считать, что именно медицинский консюмеризм изменил конфигурацию американской медицины в XX в. Но скорее стоило бы говорить о том, что медицина достигала своей зрелости в период широкого распространения культуры консюмеризма. Ее история в США, при всей научной составляющей, неотделима от истории маркетинга и рекламы, с одной стороны, и введения регулятивных мер, направленных на защиту потребителей, – с другой.

В 1906 г. был принят известный Pure Food and Drugs Act (с большим отставанием от британского законодательства) [Allsop, 2002, p. 82–83]. Закон был более чем своевременным, поскольку индустрия патентованных средств уже получила широкое развитие. Она первой стала использовать для продвижения своих продуктов рекламные кампании в масштабе страны, рассылку рекламы по почте, уличную рекламу и др. Стала она применять и «дружественные потребителю» (consumer-friendly) стратегии (приятный вкус и внешний вид лекарства, удобство приема, нарядные этикетки с наличием на них информации), что трансформировало весь фармацевтический бизнес. Согласно точке зрения Н. Тоумз, Мэдисон авеню (иносказательное название рекламной индустрии) сыграла важнейшую роль в превращении американских пациентов в потребителей [Tomes, 2015, p. 4, 30–31]. В то же время докторам в США было запрещено заниматься саморекламой – в этом пункте АМА вплоть до конца 1970-х годов строго соблюдала кодекс чести профессии, несовместимый с этикой бизнеса, которая ассоциировалась с наживой.

Тем не менее в межвоенный период медицинская профессия неуклонно втягивается в мир бизнеса. Происходит постепенная монетаризация медицинской практики, чему способствовали такие обстоятельства, как введение в 1914 г. подоходного налога, возросшие расходы врачей, вы-

¹ Эта модель до настоящего времени считается многими врачами оптимальной и действительно хорошо работает в ряде ситуаций – к примеру, в экстренной медицине.

нужденных выплачивать долг за свое обучение и арендовать офис. И если раньше культивировался образ профессии как высокого призвания, а репутация «хорошего» доктора подразумевала, что он «плохой бизнесмен», то теперь экономическая сторона медицины начинает обретать бóльшую значимость [Tomes, 2015, p. 65–66].

Уже в 1930-е годы американцы осознали, что медицина представляет собой «крупнейшую индустрию в стране». Действительно, по размеру рабочей силы, стоимости услуг и продуктов, а также инвестиций медицина накануне Великой депрессии занимала 6-е место, опережая автомобильную, угле- и нефтедобывающую и сталелитейную промышленность [Tomes, 2015, p. 4]. Весь межвоенный период характеризуется развитием экономики и, главное, идеологии потребления. Массовое потребление стало считаться залогом развития экономики и необходимым условием для преодоления последствий Великой депрессии. В США и других капиталистических странах началась так называемая мобилизация покупателей, а покупка товаров превратилась в своего рода патриотический долг. Развиваются движения потребителей по защите своих прав. Причем в отличие от СССР, где основными инструментами были «письма во власть» и участие в работе контролирующих организаций, на Западе движение шло «снизу». Покупатели «голосовали ногами», часто организованно бойкотируя тот или иной магазин или товар. Затем начали возникать союзы потребителей [Randall, 2008, p. 170–171].

Потребление медицинской продукции, относившейся в основном к категории товаров повседневного спроса, по объему намного превышало стоимость покупок товаров долговременного пользования, таких, как автомобили, телевизоры и холодильники. Массовость потребления медицинских товаров и особая их важность для жизни и здоровья обусловили интерес участников движения американских потребителей к этой сфере.

Текстовый анализ популярных американских журналов о здоровье, издававшихся Союзом потребителей (Consumer Reports) и АМА (Hygeia) в 1930–1949 гг., показал, что столкновение интересов пациентов и медиков происходило по таким вопросам, как свобода выбора (прежде всего возможность выбирать врача), гражданственность и ответственность. Движение пациентов за свои права как потребителей ратовало также за включение всеобщего медицинского страхования в программу «нового курса» Ф. Рузвельта. В журнале, впервые предложившем считать пациентов потребителями, речь шла о том, что болезнь – это дорого, и бремя оплаты за восстановление здоровья должно разделить общество. В условиях тотального профессионального доминирования врачей довольно немногочисленной группе американских граждан, считавших себя потребителями, все же удавалось осуществлять свое право на выбор. Однако явление это было скорее спорадическим – и не только из-за противостояния медицинского истеблишмента. Большинство американских семей тогда просто не могло себе позволить пользоваться платной медициной. В то же время, как отмечает Н. Ли, медицинский консюмеризм 1930-х годов с его акцентом на коллекти-

вистских ценностях значительно отличался от сегодняшнего, сконцентрированного на индивидуальном выборе и персональной ответственности [Lee, 2015, p. 136].

В споре пациентов-потребителей и врачей, вылившемся в 1930–1940-е годы на страницы американской прессы, победила АМА, надолго сохранившая свои позиции главного бастиона по защите авторитета медицинской профессии.

В послевоенные годы в США развернулись дебаты вокруг реформирования системы здравоохранения. Меньшинство выступало за создание американского эквивалента британской Национальной службы здоровья (National Health Service, NHS), которая была организована в 1948 г. и предоставила бесплатную медицинскую помощь всему населению страны. Но большинство отстаивало систему «свободного предпринимательства» в медицине. Итогом стал триумф «чисто американского» здравоохранения – альтернативы европейской социальной медицине, которая получила ярлык «социалистической», несовместимой с главной ценностью Америки – индивидуальной свободой. Было решено направить средства на строительство больниц и научные медицинские исследования, а также развивать систему частного страхования. Эти инвестиции быстро окупились, поскольку в лабораториях создавались все новые лекарства и вакцины, а больничные клиницисты развивали все новые формы лечения [Tomes, 2015, p. 140–141].

США стали мировым лидером в научных медицинских исследованиях; началась цепная реакция открытий. Итоги были поистине триумфальными. «Золотой век медицины» стал свидетелем таких достижений, как массовое производство пенициллина и кортикостероидов (для лечения ревматоидного артрита), победа над оспой, вакцинация против полиомиелита, изобретение компьютерной томографии, первые операции по трансплантации органов, открытие двойной спирали ДНК и многого другого, что сделало авторитет медицины, в том числе и практической, непререкаемым. Она научилась бороться с главными угрозами для жизни, беспокоившими врачей в довоенные годы: туберкулезом, столбняком, сифилисом, пневмонией, менингитом, полиомиелитом и сепсисом [O'Mahony, 2019, p. 1798].

В то же время, как отмечают специалисты, медицинские средства и медицинские вмешательства в этой ситуации не просто становятся товаром: их коммодификация достигает в 1950-е годы беспрецедентных уровней [Wasserman, Hinote, 2020, p. 473]. Доходы врачей и цены на лекарства быстро росли, как и расходы пациентов на свое здоровье, однако коммерциализация медицины не сводилась к экономическим отношениям в кабинете врача, взимавшего плату за лечение (fee-for-service). Все более значимую роль начинает играть «третья сторона», не имевшая ранее прямого отношения к медицинской практике. Так, важным направлением коммерциализации стало частное страхование здоровья, превратившееся в «бурно развивающуюся конкурентную индустрию» и охватившую к 1959 г. 128 миллионов американцев. Частное страхование преподносилось как

лучший способ финансирования здравоохранения по сравнению с «социалистическими» планами других стран, в том числе Великобритании [Tomes, 2015, p. 144–145].

Другая традиционно влиятельная индустрия – фармацевтическая – давно заняла ведущие позиции на рынке¹. В отличие от страховой, базировавшейся на конкуренции и привлекавшей на рынок все новые компании, развитие фармацевтической промышленности шло иным путем. Производство концентрировалось в руках небольшого количества крупных компаний, таких, как Abbott Laboratories, Eli Lilly and Company, Johnson & Johnson, Pfizer, которые в итоге стали лидерами транснациональной индустрии, сосредоточив в своих руках научные исследования и производство [Tomes, 2015, p. 148]. При этом прибыль компании стала зависеть от того, сколько врачей отдадут предпочтение именно ее бренду. Фармацевтическая промышленность, не снижая своей агрессивной рекламной деятельности, начинает активно сотрудничать с врачами (практикуя, в частности, и не прямые финансовые стимулы вроде подарков и оплаты встреч в ресторанах). Масштаб экономических связей между докторами и фармацевтической индустрией свидетельствовал о дальнейшей коммерциализации, губительно действовавшей на медицинский профессионализм [Tomes, 2015, p. 220].

Достигшая высоких уровней к началу 1960-х годов коммерциализация ассоциировалась прежде всего с изобилием. К этому времени в США уже сложилось общество потребления. Начало оно развиваться и в других западных странах, а затем и по всему миру, неся с собой культуру консюмеризма. Возникает стойкое убеждение, что он позитивно влияет на экономику по ряду причин. Во-первых, осознанный выбор потребителя способствует развитию конкуренции и стимулирует инновации. Во-вторых, защита интересов потребителей предполагает повышение качества товаров и услуг [Положихина 2020, с. 10]. Не случайно в странах, реализовавших модель «государства всеобщего благосостояния» (Германия, Великобритания и др.), движения потребителей получили в этот период правительственную поддержку.

Права потребителей стали предметом широкого общественного интереса и озабоченности политиков. В 1962 г. в своем послании к Конгрессу президент Кеннеди сформулировал их следующим образом: право на безопасность, на информацию, на выбор – и право быть услышанным. Эта формулировка стала известна как Билль о правах потребителей. Он обозначил наступление новой эпохи, и голоса потребителей становились все слышнее. И если в условиях консервативного политического климата конца 1940-х – начала 1950-х годов слишком ратовать за права потреби-

¹Приверженность американцев к лекарствам стала легендарной уже в середине XX в. См.: DeGrandpre R. The cult of pharmacology: How America became the world's most troubled drug culture. – Durham : Duke univ. press, 2006.

лей было опасно¹, то теперь накопившееся недовольство имело возможность выплеснуться в публичное пространство.

Медицинский консюмеризм следовал той же траектории, практиковал те же стратегии и боролся за те же права, что и потребительство в целом. Но когда дело касалось здоровья, ставки были куда выше, а недовольство – острее. Оказалось, что «золотой век медицины» был не таким уж золотым, и доверие к врачам стало неумолимо падать. Скандалы с лекарственными препаратами и их побочными эффектами, о которых не предупреждали ни врачи, ни фармацевты (не только знаменитая «талидомидовая катастрофа»², но и проблемы с пенициллином и другими самыми распространенными средствами), составляли лишь верхушку айсберга, который называли «кризисом медицины 1960-х годов».

Критике подверглись как американская система здравоохранения в целом, которая благодаря специализации и технологизации стала очень дорогой и нескоординированной, так и стиль обращения с пациентами, принятый в медицинской профессии. Представители среднего класса уже не желали принимать авторитаризм врачей и, уважая их знания, хотели получать объяснения и обоснования медицинских вмешательств. В публицистике заговорили о «культурном лаге»: поведение и взгляды врачей отстали от времени, им следует спуститься с вершин Олимпа и признать, что пациент «вырос» и является полноценным и полноправным человеком [Tomes, 2015, p. 191, 196]. Эти требования в общем-то не выходили за рамки прав потребителей – в частности, права на безопасность и информированность, но воспринимались как вызов власти профессионалов, брошенный пациентами.

Не следует, однако, думать, что это была исключительно американская проблема и что профессионалы все как один «сомкнули ряды» для противостояния угрозе. В 1961 г. ведущий медицинский журнал Великобритании «Ланцет» отмечал, что деятельность потребительских групп по вопросам, касающимся здоровья, заслуживает внимания и что точка зрения пациента как потребителя имеет большую ценность [Mold, 2015, p. 19, 23]. Веяния времени не оставили в стороне медиков. В конце 1960-х годов прозвучали предложения превратить медицину, ориентированную на болезнь (illness-centered), в медицину, ориентированную на пациента (patient-centered). В 1970-е годы была сформулирована биопсихоэмоциональная модель, предложившая более целостный (холистический) подход к пациенту, что означало принимать во внимание не только физические симптомы болезни [Gusmano, Maschke, Solomon, 2019, p. 369].

¹ В эпоху маккартизма американский Союз потребителей был включен в список подрывных организаций, его организаторов подозревали в симпатиях к коммунизму. Любая критика тогда воспринималась как угроза статусу сверхдержавы – лидера «свободного мира» [Tomes, 2015, p. 157].

² В 1961 г. было обнаружено, что прием беременными лекарств, в состав которых входило вещество талидомид, способствует возникновению врожденных уродств у плода. Памятник жертвам талидомида установлен в Лондоне.

Большую роль в возникновении новых подходов сыграл так называемый эпидемиологический переход, начавшийся задолго до того, как была создана соответствующая концепция (которая постоянно корректируется) [Barrot, 2021]¹. Суть этого феномена заключается в увеличении продолжительности жизни за счет резкого сокращения смертности от инфекционных болезней, что стало возможным благодаря успехам медицины и здравоохранения. На смену пришли другие недуги, ассоциирующиеся с большей продолжительностью жизни, – сердечно-сосудистые заболевания и рак². Для медицины это означало смещение акцента с острых заболеваний на хронические (диабет, гипертония, ревматоидный артрит и др.), которые не излечиваются приемом лекарств, имеют много причин и далеко не предсказуемое течение [Wasserman, Hinote, 2021, p. 473–474]. По мере старения населения меняется портрет «среднего пациента». Как правило, это пожилой человек с «букетом» болезней, который лечится непрерывно. При этом важнейшим фактором и лечения, и профилактики становится образ жизни. Соответственно формат взаимоотношений пациента и врача должен измениться на более партнерский. Залогом успеха становится не назначение чудодейственного нового лекарства, а длительное сотрудничество.

Ориентация на пациента, безусловно, сигнализировала о новых тенденциях в медицине, но находились они в русле более широкого «поворота к человеку», выразившегося в движении за гражданские права. В 1960-е годы в США оно стало по-настоящему массовым, охватив не только чернокожих, боровшихся против сегрегации, но и белое население, особенно студенческие массы, которые также выступали против дискриминаций разного рода. Вопросы здоровья находились в центре внимания многих организаций, в том числе движения за права инвалидов, женского и экологического движений и, конечно, движения за права потребителей. Возникают группы пациентов-потребителей, объединенных, как правило, общим диагнозом. В центре их внимания вред, нанесенный здоровью, и его причины: расизм, бедность и неравенство, отсутствие доступа к лечению, информации о лекарствах и производимых медицинских вмешательствах, а также медицинский патернализм и сексизм. Главной мишенью критики стал «медицинско-индустриальный комплекс» системы здравоохранения США [Illiffe, Manthorpe, 2020, p. 340; Tomes, 2015, p. 268].

Американское правительство начало работу в этом направлении. Разрабатывалось законодательство об ужесточении требований к безопасности лекарств, а в 1965 г. были введены программы страхования Medicare и Medicaid для пожилых и малоимущих (несмотря на энергичное сопротивление медиков). Но эти действия не столько исправили недостатки коммерческой медицины, сколько подняли уровень всеобщих ожиданий [Tomes, 2015, p. 253]. А они, как известно со времен Токвиля, как раз и питают революционную активность.

¹ Впервые была предложена американцем А.Р. Омраном в 1971 г.

² В 1958 г. средняя продолжительность жизни в США достигла 70 лет.

В 1964 г. врачами был организован Медицинский комитет за права человека, собравший во-едино и «Новых левых», и «Черных пантер», и пуэрториканскую «Young Lords», не говоря о других менее радикальных организациях. Главным требованием было право голоса для пациентов и небелых медиков, а методами борьбы – ненасильственные акции в виде забастовок, маршей протеста, судебных исков против дискриминации в медицине. В 1968 г. АМА откликнулась на эти требования, отменив постановление о запрете чернокожим врачам практиковать в больницах и открыв для них (а также и для студентов) доступ в свои ряды.

Тем не менее борьба за преобразование системы здравоохранения в стране продолжалась. Самым ярким событием явилось взятие под двухнедельный контроль больницы Линкольна в Бронксе в 1969 г. Требования захвативших административные офисы сотрудников включали в себя вежливое и внимательное обращение с пациентами и персоналом, в особенности чернокожими и пуэрториканского происхождения, участие сотрудников в определении политики клиники.

Важным направлением стала организация сети местных клиник. К 1973 г. было создано 325 клиник психоневрологического профиля и 150 общих, которые финансировались федеральными программами, а также около 400 полностью бесплатных клиник, включая «народные», организованные «Черными пантерами» и феминистскими движениями на собранные средства. И хотя предсказания, что эти клиники полностью изменят американское здравоохранение, не оправдались (часть закрылась после завершения федерального финансирования и истощения собственных средств), многие из них функционируют до сих пор, обслуживая беднейших и не охваченных страховкой. Во всяком случае эти клиники, в которых социальная дистанция между врачом и пациентом минимизировалась, продемонстрировали пример нового типа отношений [Tomes, 2015, p. 259–263].

Сегодня вся эта разносторонняя и живая деятельность почти забыта. Современные авторы лишь констатируют, что медицинский консюмеризм 1960-х не мог нанести существенного ущерба авторитету медицины как профессии. Прежде всего из-за ограниченности требований пациентов-потребителей, которые сводились к получению информации и уважительному к себе отношению. Признавая так называемую асимметрию знания, они не покушались на принятие решений, считая это делом профессионалов [Illiffe, Manthorpe, 2020, с. 341]. Тем не менее эпоха 1960-х – начала 1970-х годов, окрашенная духом свободы, критики и возвышением контркультуры, оставила после себя глубокое наследие в медицинской сфере. В частности, в виде движения против вакцинации детей, но более всего – в растущей популярности альтернативной медицины, практикующей индивидуальный и «экологичный» подход к пациенту¹.

¹Остеопаты, хиропрактики и др. продолжали получать лицензии в ряде штатов на основании того, что «люди должны иметь выбор» [Tomes, 2015, p. 160].

Поколение пациентов 1960-х достаточно многочисленно и в немалой степени определяет ландшафт сегодняшней американской медицины. Выдвигавшиеся ими требования в итоге были реализованы почти в полной мере, но действительность оказалась совсем не такой, как они ожидали.

«Управляемое здравоохранение»

Со снижением накала радикализма дискуссии о правах пациентов как потребителей «нашли внимательную аудиторию в лице политиков и юристов». В 1970-е годы критика американской медицины и требования оказывать «надлежащие услуги» перестали казаться еретическими, на языке консюмеризма заговорили и демократы, и республиканцы, и федеральные организации [Tomes, 2015, p. 267]. Начавшееся реформирование американского здравоохранения проводилось «во имя пациента», который довольно быстро превратился в инструмент политики [Tomes, 2015, p. 296]. Плоды движения за гражданские права были присвоены бюрократией. Теперь пациент стал официально считаться потребителем услуг, а доктор – их поставщиком [Nelson, 2021, p. 499].

Фундаментальная перестройка американской медицины и системы здравоохранения осуществлялась в совершенно определенном историческом контексте. 1970-е годы характеризуются возвышением неолиберализма с его идеями обожествления свободного рынка, а в более общем плане – переходом к постиндустриальной экономике. Как пишет Н. Тоумз, локомотивами роста стали секторы обслуживания и развлечений, «на место угольной шахты, доменной печи и сборочного конвейера пришли больница, классная комната и торговый центр». Медицинская индустрия становится второй по объему в стране, уступив лишь агропищевой промышленности. Она предоставляла блестящие возможности для обогащения и превратилась в «большой бизнес» [Tomes, 2015, p. 323]. Инвесторы начали вкладываться в больницы, коммерческие лаборатории и дома престарелых – с этого начинала знаменитая корпорация Humana, перепрофилировавшаяся позднее на страхование. Ее больничный сектор был поглощен не менее известным монстром в сфере медицинских услуг – Hospital Corporation of America (HCA).

Неолиберальные идеи оказали глубокое воздействие на меры по перестройке здравоохранения, предпринятые федеральным правительством. В основе его политики лежало представление о всеохватывающем рыночном характере отношений в социуме, включая отношения в семье. Достичь главной цели – максимально снизить стремительно растущие расходы на медицину – предполагалось путем формирования разветвленной системы управляющих и контролирующих организаций. Основной упор делался на развитие страхования.

В 1973 г. Конгресс, несмотря на сильное сопротивление Американской медицинской ассоциации, принял Health Maintenance Organization Act, утвердивший формат для страховых организаций (НМО) и их федеральную поддержку. Позднее были созданы организации по предоставлению предпочтительных услуг (РРО), законодательно оформлены независимые и частные ассоциации и

множество других, коммерческих и некоммерческих, в совокупности составивших систему «управляемого здравоохранения» (managed care). Для контроля над ними создавались государственные органы, начиная с региональных агентств по политике в области здравоохранения (1974), Администрации по финансированию здравоохранения (Health Care Finance Administration) в начале 1980-х и ряда других. В результате сложилась крайне запутанная система, в которой теснейшим образом переплелись интересы государства, корпораций, банков, юристов, фармацевтов, производителей медтехники и, конечно же, врачей и пациентов.

Общий ландшафт американской медицины довольно быстро изменился до неузнаваемости, и студенты-медики уже не видели смысла в древней клятве Гиппократов. В 1986 г. в американском журнале *New England journal of medicine* появился ее шуточный осовремененный вариант. Вместо традиционного «Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигеей и Панахеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели»¹ новая «корпоративная» клятва начиналась словами: «Клянусь корпорацией Humana и Американской корпорацией по снабжению больниц, и организациями медицинского обеспечения, и организациями предоставления предпочтительных услуг, и всеми системами предварительной оплаты...». В отличие от исходной клятвы, где говорилось о врачебном искусстве, американец середины 1980-х саркастически называет свое занятие бизнесом, а методы практической медицины – менеджментом. Перефразируя пассаж «в какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного», он пишет: «В какую бы клинику я ни вошел, я войду туда для пользы застрахованных, воздерживаясь от всего, кроме подушевой оплаты для непривилегированных...» [Schiedermayer, 1986, с. 62].

Неолиберальный вариант американского здравоохранения 1980-х радикально отличался от «медицины свободного рынка» 1950-х – прежде всего потому, что медицинская профессия теряет свои позиции, уступая «третьей стороне». Ключевыми игроками стали частные корпорации, а роль правительства существенно повысилась. В результате реформ была создана разносторонняя система бюрократических правил, а медицинскую помощь стали рассматривать как услугу, которая может быть продана и куплена [Nelson, 2021, p. 499]. В соответствии с идеологией неолиберализма поощрялась конкуренция и одновременно усиливался контроль государства над расходами врачей и страховыми премиями. Соединенными усилиями частный и государственный секторы здравоохранения начинают диктовать врачам и пациентам правила игры [Tomes, 2015, p. 322].

Наступившую эпоху «управляемого здравоохранения» часто определяют как применение принципов бизнеса в здравоохранении². С выходом на медицинский рынок компаний, управляющих здоровьем (managed care companies), происходят изменения в разделении труда. Вводится по-

¹ Гиппократ (ок. 460 – ок. 370 до н.э.). Избранные книги / перевод с греч. В.И. Руднева; – [Репринт. воспроизведение изд. 1936 г.]. – М. : ТОО «Сварог», 1994. – С. 87.

² Robert Wood Johnson Foundation: Annual Report 1994 : Cost Containment. Princeton, 1995.

душевое финансирование, а оплата пациентами приемов у врача перестает играть ведущую роль. На смену прямому двустороннему обмену приходит сложнейшая система многосторонних рыночных отношений с участием нескольких конкурирующих сторон, в том числе менеджмента и административного персонала медицинских учреждений [Nelson, 2021, p. 498].

Поскольку в центре внимания теперь находятся эффективность и снижение расходов, менеджмент начинает играть в здравоохранении важную роль, и многие решения из компетенции врача переходят к управляющему персоналу. Как отмечается, в большинстве больниц и так называемых систем здоровья именно менеджмент определяет условия предоставления медицинской помощи. Часто без всяких консультаций и переговоров с врачами он устанавливает расписание, количество пациентов, среднее время приема – и обладает для этого финансовыми рычагами, назначая зарплату и начисляя бонусы за «экономное» лечение, чтобы минимизировать дорогие консультации специалистов и диагностические тесты [Rothman, Blumenthal, Thibault, 2020, с. 109–110]. В ряде случаев он надзирает и за клиническими решениями.

Если учесть, что вес частнопрактикующих врачей до последнего времени неуклонно снижался и все большую часть медицинского сообщества стали составлять наемные работники, значение менеджмента в американском здравоохранении трудно переоценить. Да и в частной практике управляющий персонал приобрел немалый авторитет и бывает просто необходим, поскольку по мере увеличения количества пациентов, охваченных страхованием, растет количество необходимых для заполнения бумаг. Работа врача все больше напоминает работу клерка, а общение с пациентом становится все более бюрократическим и безличным. Разговор с пациентом теперь начинается с выяснения, какая у него страховка и на что он в таком случае может претендовать.

В конце 1970-х в Йельском университете для пациентов Medicare разработали специальную методику: лечение было стандартизовано, рассчитана его средняя стоимость для разных категорий заболеваний, причем сумма давалась больницам авансом. Было выделено 467 болезней (466 + одна, не подходящая ни под какие категории). Финансовое стимулирование заключалось в том, что сэкономленные средства оставались у медицинского учреждения, а превышение оплачивалось за его счет. Эта система была перенесена затем на частных врачей и принята частными страховщиками [Tomes, 2015, с. 326–327]. Безусловно, практикующие врачи довольно быстро научились обходить ограничения системы, ставя более тяжелый диагноз, чтобы иметь возможность назначить нужные, по их мнению, диагностические тесты и не выйти за рамки предписанных расходов. Однако степень профессиональной свободы существенно снижалась.

Все это происходило при активном сопротивлении медицинского сообщества. Однако к середине 1980-х годов оно сильно изменилось, став более многочисленным и разнообразным. С одной стороны, когда благодаря движению за гражданские права был существенно расширен доступ к медицинскому образованию (прежде фактически закрытого для женщин и представителей небе-

лого населения), профессия начала терять присущие ей черты избранности и кастовости. С другой стороны, углубившаяся специализация привела к тому, что интересы, например, высокооплачиваемых кардиологов и низкооплачиваемых педиатров мало совпадали. Возникли новые медицинские профессии, в том числе – ассистент врача (physician assistant), исполняющий обязанности, раньше входившие в компетенцию доктора [Wasserman, Hinote, 2021, с. 482]¹. В итоге исчез «единый голос американской медицины», который говорил бы от имени врачебной профессии в целом. Единственным таким органом оставалась АМА, но ее авторитет размывался наличием других, очень влиятельных, профессиональных ассоциаций (обществ онкологов, кардиологов, гастроэнтерологов и др.). Таким образом, возможности лоббирования, прежде чрезвычайно широкие, неуклонно снижались, притом, что натиск на медицину лишь усиливался. По словам Н. Тоумз, «профессия, издавна гордившаяся своей независимостью, казалось, проиграла битву, зажата между правительством и Уолл-стрит» [Tomes, 2015, p. 330].

На самом деле эту битву вряд ли можно было выиграть, поскольку наступление на авторитет медицины как профессии осуществлялось в контексте не только коммерциализации, но и другого объективного процесса – стандартизации, протекавшего повсеместно и весьма агрессивно. Стандартизация затронула медицину, как и остальные сферы, уже в начале XX в. и к настоящему времени пронизывает буквально каждый ее аспект: от установления международных протоколов проведения исследований до процедур страховых возмещений. Но только на новом ее витке, в конце 1980-х годов, как отмечают специалисты, стандартизация вторглась в основу медицинской профессии – принятие клинического решения [Stevens, 2018, p. 890].

Большой вклад в стандартизацию внесла доказательная медицина, которая с начала 1990-х стала ведущим направлением сначала в США и Канаде, а затем и во всем мире. Поставив во главу угла статистику и риски, она предоставила научную базу политикам для принятия решений в области здравоохранения: какие заболевания (и на какой стадии) следует покрывать страховкой, какие лекарственные препараты наиболее эффективны, какова необходимость вакцинации населения от тех или иных патологий. При этом научность доказательной медицины носит весьма ограниченный характер, под сомнение ставится и объективность ее статистического метода. Указывается, что доказательная медицина сужает эвристические возможности медицинской науки и тормозит ее развитие. В клинической практике ее роль также оказалась велика и весьма проблематична. Возникло неразрешимое противоречие между количественным подходом доказательной медицины, фокусирующей внимание клиницистов на «больших цифрах» и «средних значениях», и

¹ Профессиональные медики, которые проводят осмотр пациента, ставят диагноз, назначают лекарства и лабораторные исследования, разрабатывают план лечения и надзирают за его исполнением под руководством доктора (<https://www.indeed.com/hire/job-description/physician-assistant>).

качественным (индивидуальным) подходом медицины, для которой пациент всегда был «мерой всех вещей» [Большакова, Кишиневский, 2019, с. 43].

Одним из наиболее значимых для медицинской практики последствий стандартизации стало применение так называемых гайдлайнов – инструкций, как поступать врачу в каждом конкретном случае. Готовит их «третья сторона» (исследователи и менеджеры от здравоохранения, а не клиницисты), у которой имеются свои финансовые и юридические интересы. Врачи сразу же прозвали эти руководства «поваренной книгой» (cook-book) и восприняли как покушение бюрократии на их профессионализм. По их словам, гайдлайны приучают врачей применять исключительно шаблоны, побуждая не вникать в суть проблемы того или иного пациента. Как считают многие, это ведет к деградации и снижает качество лечения. Гайдлайны ориентированы отнюдь не на эффективное излечение, а на минимизацию издержек и защиту корпораций от судебных исков. В конечном итоге речь идет об эффективном менеджменте, подавляющем свободу клинической практики в интересах получения прибылей, пишет Х. Стивенс [Stevens, 2018, p. 891].

Особое внимание критики доказательной медицины обращают на подчинение врача (и в какой-то степени пациента) режиму измерения, регламентации, квантификации и отчетности. В то же время отмечается, что «режим квантификации» дал медикам оружие в отстаивании границ своей профессии, которая в начале 1990-х годов переживала серьезный кризис, оказавшись бессильной перед лицом эпидемии ВИЧ и перед хроническими заболеваниями стареющего населения. В этот период в США пациенты усиленно начали «голосовать ногами и кошельками» за альтернативную медицину, которая предлагала индивидуальное, а не усредненное лечение, так что вопрос статуса и авторитета встал во весь рост [Derkatch 2016, p. 28, 37]. Доказательная медицина явилась консервативной реакцией на кризис, предложив инструменты, далеко не во всем совместимые с медицинской профессией и достаточно репрессивные. Она свела к минимуму авторитет экспертного знания (и, соответственно, личное влияние специалистов в медицинском сообществе), передав власть «цифрам», которые якобы «не врут» [Ibid, p. 32].

Стандартизация и квантификация оказались крайне важны и полезны во взаимодействии с пациентами, которые весьма активно использовали такой инструмент отстаивания своих прав, как судебные иски. Кампания судебных исков к врачам по поводу ошибок, дискриминации и излишних медицинских вмешательств была запущена еще в 1960-х годах в рамках движения за гражданские права. В 1970-е эта практика стала исключительно актуальной. Пришедшие в правительство молодые юристы-либералы способствовали изменению ряда юридических доктрин, в частности, ответственность за продукт была перенесена с производителя на доктора как «ученого посредника». Суды, как отмечает Н. Тоумз, все чаще вставали на сторону пациентов [Tomes, 2015, p. 267–268].

Так называемый Билль о правах пациентов (1973) и National Consumer Health Information and Health promotion act (1976) открыто рассматривали пациентов как инструмент контроля за прежде неконтролируемой медициной и приравнивали их права к правам приобретателей других услуг и товаров. «Билль о правах» вначале выполнял чисто информативную функцию, объясняя пациентам, что они вправе требовать уважения, равноправия, информации по поводу диагноза, лечения, прогноза и возможных рисков, соблюдения конфиденциальности, права на отказ от лечения или на отвод конкретного врача. Позднее подобные документы были приняты в разных штатах Америки, и позиция больниц становилась в них слабее¹.

В то же время активность пациентов возрастала. Теперь они имели право выбирать провайдеров, сравнивать, покупать и, наоборот, отказываться от медицинских услуг. Они стали также принимать участие в процессе принятия медицинского решения о лечении и назначениях (Nelson, 2021, p. 499). Однако достаточно часто пациенты занимали агрессивную позицию, привлекая врачей к ответу по самым незначительным поводам. Авторитет медицины прежних лет сыграл с ней злую шутку, породив завышенные ожидания пациентов. Будучи уверенными в том, что медицина – точная наука, и ожидая от нее стабильных предсказуемых результатов, они в случае неудачи начинали обвинять доктора в некомпетентности или халатности [Garratini, Padula, 2019].

Специалисты говорят о кризисе 1970-х, когда количество выигранных исков о халатности и профессиональной некомпетентности врачей достигло такого уровня, что страховые компании уходили из бизнеса либо поднимали расценки. То же самое делали компетентные врачи [Berlin, 2017, p. 134]. Ответом на вал судебных исков стала «оборонная медицина» (defensive medicine).

Термин был предложен в 1974 г. главным юрисконсультom АМА, который в своей лекции заявил: «Единственный способ избежать судебного иска о недобросовестности – не проводить хирургических операций, не назначать лекарств, не прикасаться к пациентам и много молиться». А если говорить серьезно, продолжил он, то его совет – практиковать «оборонную медицину». Она может быть двух видов: позитивная, когда из-за страха перед судебными исками назначаются излишние анализы и практикуется гипердиагностика, и негативная, когда врачи отказываются от проведения необходимых, но рискованных процедур. Но в принципе врачи в этой ситуации должны приобрести автоматизм поведения, сопоставимый с автоматизмом водителя на дороге [Berlin, 2017, p. 135].

Однако прежде чем врачи выработали автоматизм такого рода, им пришлось через многое пройти. В начале 1990-х был описан «клинико-юридический синдром» – комплекс симптомов, который развивался у докторов, подвергшихся судебному разбирательству независимо от его исхо-

¹ «Билль о правах пациентов», размещенный на сайте Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк, помимо всего прочего упоминает об обязанности больницы в выписке об истории болезни предоставить пациенту предложение, как он может эту выписку опротестовать. См.: <https://www.health.ny.gov/publications/1509.pdf>

да. Безусловно, «первой жертвой» врачебных ошибок либо неудач являются пациенты. Но врачи в случае судебного разбирательства становятся «второй жертвой», теряя не только репутацию и деньги, но и уверенность в себе и своем профессионализме [Garratini, Padula, 2019].

В 2000-е годы поток судебных исков существенно снизился – не в последнюю очередь потому, что адвокаты стали запрашивать огромные деньги за ведение дел такого рода [Berlin, 2017, p. 137]. Практика сутяжничества из США распространилась на другие страны, в настоящее время она особенно популярна в Италии и ассоциируется с «американизацией» здравоохранения. Наименее распространена она в Северной Европе, где основная часть проблем решается в досудебном порядке в медицинских органах или хотя бы в гражданских, а не уголовных судах [Garratini, Padula, 2019].

Совершенно очевидно, что угроза уголовного преследования подрывает не только медицинский авторитет, но и доверие между врачом и пациентом, на котором зиждется лечение. Пациенты в данной ситуации выглядят враждебной силой, которая имеет юридические права «потребителя услуг» и может использовать их в любой момент. В данном случае медицинский консюмеризм, говорящий на бюрократическом языке юриспруденции, вторгается в пространство личных отношений между врачом и пациентом (не важно, патерналистских или партнерских), превращая их суть – помощь жизни и здоровью человека – в стандартизованную услугу. Наряду с бюрократизацией он выступает еще одним фактором, сужающим пространство клинической свободы.

Ориентация на пациента и медицинский консюмеризм в современных условиях

В новом тысячелетии американское здравоохранение окончательно стало «ориентированным на пациента» (patient-centered). Эта модель, как утверждается, предполагает уважение «нужд, предпочтений и ценностей пациента», которыми в первую очередь следует руководствоваться при принятии клинического решения. Главной характеристикой данной модели является «удовлетворение пациента», измеряемое количественно с помощью методик ранжирования (patient satisfaction metrics). В баллах оценивается комфорт, эмоциональная поддержка, ясность объяснения врачом ситуации и ее перспектив для пациента. Специалисты отмечают, что большую роль в развитии «пациентоцентричной» модели играют такие финансовые нововведения, как оплата труда врачей на основе этих показателей [Nelson, 2021, p. 501].

В современных условиях пациенты становятся все более «просвещенными» потребителями – во многом благодаря сети Интернет и созданию ряда платформ для смартфонов, которые дают возможность получения самой разнообразной информации и обмена ею на форумах. Достаточно часто пациенты до визита к врачу уже поставили себе диагноз, узнали варианты лечения и его предполагаемую стоимость. Специалисты в области социальных наук склонны оценивать такую тенденцию положительно и находят в ней немало плюсов.

Так, поскольку фармацевтические компании уже давно ориентируют свою рекламу на потребителей, а не на провайдеров (direct-to-consumer advertising), информация в Сети о тех или иных лекарствах способствует просвещению потенциальных пациентов. В ряде случаев они могут предотвратить неверное предписание либо, напротив, предложить средство, неизвестное их доктору. В то же время требования потребителей могут вынуждать врачей излишне медикализировать такие проблемы, как, например, бессонница, которую можно корректировать путем изменения образа жизни. И в конечном счете, как отмечается, избытие доступной информации в условиях недостатка медицинских знаний у пациентов все же может привести к серьезным ошибкам и конфликтам [Nelson, 2021, p. 502–504].

Тем не менее считается, что новые возможности по отслеживанию своего состояния с помощью современных устройств (частоты пульса, количества пройденных шагов, уровня глюкозы, времени и глубины сна и т.д.), а также доступ к электронным медицинским картам делают пациента более осознанным и ответственным за свое здоровье. Более того, собираемые данные (которых становится все больше, включая данные «умных туалетов» о состоянии кишечника их пользователей) могут помочь в быстрой постановке диагноза [Mathews, Cohen, Makary, 2020, p. 1414].

«Цифровизация тела» становится в настоящее время нормой, как и телемедицина, полагающаяся в большой степени на самоконтроль пациента. Ее плюсы заключаются в минимизации очных визитов к врачу и в значительном сокращении расходов (что продолжает оставаться главной задачей в совершенствовании американского здравоохранения) [Nelson, 2021, p. 504]. Новые практики в медицине, связанные с феноменом так называемого цифрового здоровья, включают в себя развитие обратной связи между врачами и пациентами с использованием социальных сетей и форумов. Это сулит новые возможности по развертыванию экосреды, нацеленной на командную работу специалистов в области ИТ, врачей и пациентов-потребителей [Consumer informatics ..., 2019, p. V].

Цифровая революция, происходящая в здравоохранении, изменяет формат взаимоотношений врача и пациента, который, однако, продолжает считаться потребителем. Медицинский консюмеризм прочно утвердился в здравоохранении США и многими определяется как подход, ориентированный на пациента, в отличие от традиционного подхода, ориентированного на врача [Mathews, Cohen, Makary, 2020, p. 1412]. Однако тут имеет место определенная путаница и даже смешение понятий. Как считают авторитетные специалисты из Гастингского центра по биоэтике, необходимо провести разграничение между здравоохранением, ориентированным на пациента, и концепцией здравоохранения, основанного на консюмеризме. Это ни в коем случае не синонимы. Метафора потребления со всеми ее коммерческими и рыночными коннотациями как минимум непригодна для описания реальности и как максимум вредна. Ориентация на пациента, напротив, представляет собой проект исключительной морально-этической значимости и не имеет отноше-

ния к рыночным решениям. Именно в этом аспекте он поддерживается в США на уровне федерального правительства [Gusmano, Maschke, Solomon, 2019, p. 368].

Пациенты могут быть потребителями только в том случае, если они являются игроками рынка, но это не так. Здравоохранение – не рынок в строгом смысле этого слова, а пациенты далеко не всегда в состоянии быть полноценными «шоперами». Они с неохотой ложатся в больницу и подвергаются медицинским вмешательствам – это вынужденная, а не добровольная ситуация, как в случае покупки автомобиля или холодильника [Gusmano, Maschke, Solomon, 2019, p. 368].

Безусловно, пациенты-потребители отличаются от «просто потребителей», и не только потому, что здоровье – товар символический. Выбирая того или иного врача, участвуя в принятии клинического решения, включая выбор плана лечения, люди принимают на себя ответственность за свое здоровье. Не все готовы это сделать, и не все на это способны. Индивидуальные различия и многообразие ситуаций имеют большое значение, однако типологизация все же возможна.

В литературе выделяются определенные типы и поколения пациентов, консюмеризм которых обладает специфическими свойствами. В 1980-е годы на смену «полноправному потребителю» (empowered consumer) эпохи борьбы за гражданские права пришел пациент, готовый «покупать свои желания». Это был период особого внимания к своему телу, его состоянию и внешнему виду, время триумфа пластической медицины, бодибилдинга, других практик, оплачиваемых людьми из собственного кармана. Затем приходит «дисциплинированный» пациент, осознанно и ответственно относящийся к своему здоровью и профилактике, сосредоточенный не только на здоровом образе жизни, но и на управлении своим здоровьем. Выделяются такие стратегии, как «успешное старение» (successful aging) – социальная реакция стареющего общества, «управление собой» (self-management) и просьюмеризм, в здравоохранении пока что сводящийся к самостоятельному составлению персонального бюджета здоровья, на основании которого человек сотрудничает с соответствующими управляющими организациями. Его перспективы в медицине весьма туманны [Illiffe, Manthorpe, 2020, p. 342–343].

Оценивая итоги более чем векового развития медицинского консюмеризма, американский историк Нэнси Тоумз пишет: «для оптимистов нынешняя система – настоящий рай, где прежде запуганные врачами пациенты имеют право выбора и в результате – лучшее лечение и уход». Для пессимистов медицинский консюмеризм скорее проблема, чем прогресс, потому что «новая порода пациентов-шоперов» только помогает сломать и без того разрушающуюся систему здравоохранения [Tomes, 2015, p. 1–2]. Тем не менее он принес «захватывающие дух» перемены. В итоге в XXI в. американцы сами отвечают за свое здоровье, владеют самой свежей информацией и готовы делать разумный выбор среди множества доступных им опций по поддержанию здоровья (правда, тут многое зависит от имеющейся у них страховки). На смену семейному доктору пришла команда специалистов, вооруженная постоянно обновляющимся арсеналом фармацевтических и других

высокотехнологичных средств. Телевидение, радио, Интернет, даже рекламные щиты на стадионе, продолжает она, снабжают рекламой всевозможных лекарств «от самых земных до чудодейственных». Местные медицинские центры предлагают обслуживание «лучше», чем у их конкурента на соседней улице. В местной библиотеке в разделе медицинской литературы целая полка отведена «информации о здоровье для потребителей», включая множество руководств по лекарствам, диагностическим тестам, хирургическим процедурам, да и рейтингу докторов [Tomes, 2015, p. X]. Безусловно, это совершенно новый мир, не сопоставимый с прошлым, и потребитель, как кажется, играет в нем центральную роль.

Однако многие жалобы пациентов так и остались без ответа. По-прежнему около половины американцев не получают помощи, рекомендованной для их диагнозов, и платят больше, чем граждане европейских стран (хотя США тратят на здравоохранение в 2,5 раза больше, чем другие развитые страны). Медицинская помощь остается недоступной для малоимущих, в то время как для более богатых она часто избыточна [Tomes, 2015, p. 400]. Специализация и фрагментация американской медицины ведут к тому, что человек может одновременно наблюдаться у 14 врачей, которые не координируют свои действия [Tomes, 2015, p. 403]. Крайне сложно найти подходящего доктора, разобраться в хитросплетениях страхования и тем более получить надежную информацию в Сети – задача почти невозможная для бедных и необразованных. Запутанность страховой системы приводит к тому, что люди вынуждены обращаться к специалистам в этой сфере, помогающим найти лучший и более экономичный (иногда в десятки раз) вариант лечения. И по-прежнему большинство американских пациентов при выборе врача, клиники и страховых планов здоровья предпочитают опираться на рекомендации друзей и знакомых [Tomes, 2015, p. 409].

В отношении медицинской профессии констатируется, что она отошла от своего патерналистского прошлого, однако достаточно трудно найти врачей, расположенных к настоящим партнерским отношениям с пациентом, – часто они «авторитарные, а не авторитетные». Личные пристрастия, при всей обезличенности и технологичности современной медицины, продолжают играть важную роль, и пациенты боятся получить ярлык «трудного» [Tomes, 2015, p. 413].

Коммерческая сторона медицины все так же играет ведущую роль, подпитываясь, с одной стороны, устойчивыми представлениями американцев о том, что здоровье – «ценный товар» и что «новое» означает «улучшенное» и более дорогое. С другой стороны, самым мощным стимулом в организации здравоохранения остается стремление делать на нем деньги. По словам Н. Тоумз, участники рынка постоянно и очень квалифицированно обращали медицинский консюмеризм в инструмент для достижения своих целей, настаивая при этом, что их задача – лучшее обслуживание пациентов. При этом доходы практикующих врачей неуклонно падают при увеличении загруженности, в то время как прибыли фармацевтических компаний, производителей медоборудования, страховщиков и больничных корпораций растут [Tomes, 2015, p. 415–416]. В конечном итоге

запросы пациентов – лишь один из факторов, формирующих ландшафт современного американского здравоохранения, а определяющими являются эффективность и рентабельность медицинского бизнеса.

Медицинский профессионализм сегодня : проблемы и вызовы

Медицинская профессия в США за последние 100 лет прошла большой путь, развиваясь сначала в условиях «медицины свободного рынка», затем «управляемого здравоохранения», которое теперь стало «ориентированным на пациента». Определение же медицинского профессионализма за это время почти не изменилось. Существует единодушие относительно того, что он включает в себя альтруизм, когда интересы пациента ставятся превыше всего; обязанность врача учиться в течение всей своей жизни и защищать интересы всех пациентов независимо от их платежеспособности, стараясь сократить социальное неравенство в сфере медицинских услуг. В ответ общество предоставляет медицинской профессии право устанавливать собственные образовательные стандарты, определять наилучшие методы медицинской практики и контролировать членов своей профессии [Rothman, Blumenthal, Thibault, 2020, p. 108–109].

Однако насколько это определение работает в современных условиях? Размышления врачей о профессионализме, публикующиеся в медицинских журналах, сигнализируют о сложностях современной ситуации, в которой авторитет врачей и их возможности «определять наилучшие методы медицинской практики» существенно уменьшились. Профессионалы ставят ряд вопросов, выражая свои тревоги и сомнения. Смогут ли сегодняшние врачи – в большинстве своем наемные работники – выполнять обязательства, налагаемые на них профессиональной этикой? Позволит ли работодатель всегда ставить во главу угла интересы больного? Не подорвет ли веру во врача доступ пациентов-потребителей к медицинской информации? Наконец, насколько «моральный кодекс врача» уместен в стране, где слава и успех ценятся больше, чем служение и жертвенность?¹ [Rothman, Blumenthal, Thibault, 2020, p. 109; Chestnut, 2017, p. 785].

Нарушения профессионального кодекса наблюдаются в США (как и в других странах) повсеместно. Их спектр весьма широк, начиная от согласия анестезиологов принимать участие в смертной казни (во многих штатах она проводится путем инъекции) и заканчивая насмешками над пациентами с ожирением. Какую-то роль тут играет так называемый скрытый куррикулум (*hidden curriculum*), который включает в себя правила, ритуалы и наставления, актуальные в медицинской практике и передаваемые студентам-медикам изустно. Обычно он несет в себе отрицательные коннотации, открывая новичкам глубины профессионального цинизма и давая примеры поведе-

¹ В США на церемонии присвоения звания врача вместо традиционной клятвы Гиппократата произносятся разные ее варианты, причем в ряде учебных заведений студент может написать свой собственный. Это свидетельствует о нехватке консенсуса относительно специфики медицинской практики [Cavanaugh, 2018, p. 148].

ния, несовместимые с высокими идеалами медицинского профессионализма. Все же такие вещи чаще происходят в стрессовых ситуациях, и многое зависит в данном случае от конкретного контекста, в том числе от климата в коллективе. Помощь и поддержка окружающих необходимы для формирования личности (а врач-профессионал – всегда индивидуальность) и выработки профессионализма, который «шлифуется в течение всей жизни – это одновременно и обязательства, и мастерство» [Chestnut, 2017, p. 784–785].

Зачастую медицинский профессионализм определяется как «система верований», в которой присутствует личностный элемент, в том числе тема призвания (не случайно при приеме в учебное заведение будущих медиков просят объяснить, что побудило их выбрать эту профессию). Эта система представляет собой многослойный комплекс представлений о том, какой должна быть профессия врача, причем одним из старейших является традиция служения. На первый взгляд она входит в противоречие с этикой бизнеса, ассоциирующейся с эгоизмом и корыстолюбием. Коммерциализация традиционно рассматривается как одна из серьезных угроз профессионализму, подрывающая в первую очередь доверие общества к врачу. И все же история, скорее, свидетельствует о том, что медицина являет собой пример слияния профессии и предпринимательства [Tomes, 2015, p. 4]. Действительно, карьера и достойная оплата являются составными частями всякой профессии – профессионализм лишь добавляет к ним моральный компонент (который позволяет и даже побуждает в ряде случаев от взимания платы воздержаться).

Несомненно, экономика и бизнес давно вошли в американскую медицину, диктуя свои правила игры. Однако новые черты медицинской практики, сложившиеся в США к концу XX в., связаны, прежде всего, с организационными изменениями, которые произошли с тех пор в экономике и бизнесе в контексте общих тенденций стандартизации и бюрократизации. Как раз они и несут угрозу медицинскому профессионализму, влияя на формат взаимоотношений врача и пациента, ограничивая автономию профессии и покушаясь на главную свободу врача – свободу в принятии клинического решения. Специалисты говорят о неуклонном сужении пространства, в котором врач прежде мог действовать по своему усмотрению [Rothman, Blumenthal, Thibault, 2020, p. 109].

Современные тенденции технологизации и цифровизации медицинского дела, его бюрократизации ведут к тому, что достаточно большой сегмент медицинского сообщества, и особенно молодые врачи, видят в медицине просто «технику». Значительную, хотя и не определяющую роль, играет и доминирующая в США биомедицинская парадигма с ее механистическим подходом к телу человека и к болезни. Далеко не все считают это проблемой, но существует мнение, что в таком случае отпадает всякая нужда в произнесении клятвы Гиппократова. Для «технократов» медицина является профессией чисто номинально [Cavanaugh, 2018, p. 149]. Зато врачи такого рода прекрасно справляются с отчетностью и соблюдением протоколов лечения, умеют защититься от возмож-

ных исков со стороны пациентов и набирают высокие рейтинги, прямо влияющие на заработок. В какой степени тут можно говорить о депрофессионализации – вопрос пока дискуссионный.

В клятве Гиппократов говорится об «искусстве врачевания», и в спорах о том, является ли медицина наукой или искусством (или «просто» ремеслом), поломано немало копий. Сегодня уже понятно, что, во-первых, это всего лишь метафора, хотя и имеющая непосредственное отношение к самоидентификации медицины. Во-вторых, во всякой профессии существует элемент искусства, не поддающийся стандартизации и рациональной/количественной верификации. Этот элемент искусства составляет самую суть профессии как таковой – идет ли речь о летчиках, учителях или метеорологах. Он основывается на опыте и связан с интуицией, с умением быстро соображать, минуя стадии формального логического мышления и мгновенно учитывая множество разнородных факторов. В профессии врача последних становится все больше. Так, при принятии клинического решения врач, слушая рассказ пациента и осматривая его, задействует все органы чувств – слух, осязание, зрение, даже обоняние, которые и приводят его к «экстрасенсорному» интуитивному выводу. При этом он основывается и на таких формализованных вещах, как характерные признаки заболевания, синдромы, диагностические критерии, наконец, протоколы и алгоритмы для принятия клинических решений, имеющие силу аксиом. Всегда работая в условиях неопределенности и недостаточности информации, врачи «должны знать правила и понимать, когда ими можно пренебречь, когда следовать логике, а когда ее игнорировать», и все это – в интересах пациента [Montgomery, 2008, p. 85–86].

В каждом конкретном случае врач видит перед собой многостороннего индивида с физическими, когнитивными, эмоциональными и социальными особенностями, жизнь которого зачастую беспорядочна, своеобразна, сложна и протекает в контекстах, которые формируются культурно, экономически и политически [Stevens, 2018, p. 890]. Соображение, что пациент одновременно является и потребителем услуг, также нельзя игнорировать. В результате взаимодействие врача и пациента варьирует от популярного «любой каприз за ваши деньги» (Give the lady what she wants – в американском варианте) до авторитарного «врачу виднее». Посередине находится сотрудничество – самые эффективные и одновременно наиболее сложные доверительные отношения (хотя, как и везде, экстренные ситуации не оставляют времени на «политес»).

Безусловно, все вышеперечисленное – идеальные требования к профессионализму, далеко не все и не всегда исполняют их в полной мере. Но именно о таких врачах и отзываются в сетях как о настоящих профессионалах своего дела. При этом не всегда врач «включает» свой профессионализм. В стандартных, не тяжелых случаях он может ограничиться и формальным подходом, который вполне соответствует формату «оказания медицинской услуги». Но когда на кону стоит здоровье и жизнь человека, необходимо задействовать профессионализм со всей его этикой служения и ответственности, сидящей в подсознании любого профессионала.

Заключение

Выбор США модели «медицины свободного рынка» основывался на главной американской ценности – свободе индивида. Однако в конечном счете он обернулся несвободой как для врачей и медицинского сообщества в целом, так и для пациентов. Культура консюмеризма общества потребления, распространившаяся не только среди обывателей, но и среди политиков, юристов, чиновников и менеджеров, превратила медицинскую помощь в «услугу». С наступлением эпохи «управляемого здравоохранения» главным критерием оценки работы медиков стало соответствие стандартам качества услуги, что оказывает губительное влияние на медицинскую профессию.

Медицина как наука и как практика имеет дело с множеством неопределенностей, и часто только профессиональное знание позволяет принять верное решение, нередко нестандартное. Да и результаты медицинских вмешательств далеко не всегда предсказуемы и вовсе необязательно приведут к выздоровлению. Поэтому, хотя никто не отрицает существования медицинского рынка, прямое перенесение ценностей потребительства в сферу медицинской помощи (что неминуемо влечет за собой соответствующую стандартизацию) недопустимо. Приравнивая лечение к приобретению товара, менеджеры от здравоохранения осуществляют массированное давление на медицинскую профессию. Сокращается ее автономия, сужается пространство клинической свободы, выхолащиваются отношения врача и пациента. Насколько при этом расширяется автономия пациентов – вопрос спорный.

Проверка пандемией коронавируса, которую проходит сейчас американское здравоохранение, показывает, что, несмотря на десятилетия управленческих реформ, оно находится в неудовлетворительном состоянии. Безусловно, значительную роль играют политический и культурный контексты, а также обычная для кризисных ситуаций тенденция «архаизации» – возвращение и усиление имевших место в прошлом стратегий и идей.

В настоящее время в политику и практику США вернулся неолиберализм «издания» 1980-х годов, потребовавший почти поголовной вакцинации всех от мала до велика. Американцы явно пытаются повторить успех борьбы с эпидемией полиомиелита в середине 1950-х годов: эта стратегическая победа (при всех тактических проигрышах) закрепились в национальной памяти. Воспоминания о «золотом веке» американской медицины с его научными достижениями играют большую роль в конфигурировании современного политического и интеллектуального климата. Но беда в том, что от имени всей медицинской науки в этой острой ситуации говорит доказательная медицина, которая демонстрирует сейчас все свои отрицательные черты: отсутствие креативности, ограниченные возможности анализа, преобладание механистического и статистического подходов. Помноженные на американскую прямолинейность, они приводят к плачевным результатам (о чем свидетельствуют показатели смертности). Прежняя беззаветная «вера в таблетку» сменилась столь

же беззаветной «верой в вакцину», которая насаждается при помощи хорошо отработанных в обществе потребления инструментов по продвижению товаров и услуг.

Доказательная медицина предоставляет политикам необходимые им цифры, а те уже действуют в соответствии со своими представлениями. В результате в американском обществе возник особый социальный статус – «вакцинированные», а переболевшие (которых на текущий момент в США более 70 млн человек) полностью поражены в правах. Это ярчайший пример биополитики, вторгающейся, если вспомнить М. Фуко, в самое глубинное в человеке, в его биологическую сущность. Несомненно, во времена эпидемий биополитические меры неизбежны и необходимы – если они согласуются с основами эпидемиологии и со здравым смыслом. Но столь же неизбежно они вызывают противодействие общества и его раскол.

Драматическая история пандемии коронавируса в США будет когда-нибудь написана. Какие уроки извлечет американское медицинское сообщество из ее итогов, сможет ли оно выступить полноценным игроком на поле, где интересы политиков и корпораций давно заняли доминирующие позиции, наконец, достанет ли у него креативности и ресурсов для выработки каких-то новых подходов – покажет время. Однако уже сейчас очевидно, что система здравоохранения США нуждается в серьезных корректировках и не может служить эталоном для других стран.

Список литературы

1. Большакова О.В., Кишиневский Е.В. Что и требовалось доказать: Доказательная медицина сегодня : обзор зарубежной литературы // *Status Praesens*. – 2019. – № 5(61). – С. 41–47.
2. Положихина М.А. Эволюции общества потребления : от Жаклин Кеннеди до Греты Тунберг // *Социальные новации и социальные науки*. – 2020. – № 2. – С. 7–36.
3. Allsop J. Regulation and the medical profession // *Regulating the health professions* / Ed. by Allsop J., Saks M. – L. : Sage publications, 2002. – P. 79–93.
4. America's Golden Age of Medicine? // *Health, medicine, and American culture, 1930–1960* / University of Pennsylvania. History and Sociology of Science Department. – 2002. – URL: <http://ccat.sas.upenn.edu/goldenage/index.htm> (дата обращения 25.10.2021).
5. Barrot R. Emerging infectious diseases // *The Wiley Blackwell companion to medical sociology* / Ed. by Cockerham W.C. – Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, 2021. – P. 433–445.
6. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad // *Diagnosis*. – 2017. – Vol. 4, N 3. – P. 133–139.
7. Cavanaugh T.A. Hippocrates' oath and Asclepius' snake: The birth of the medical profession. – N.Y. : Oxford univ. press, 2018. – XII, 177 p.
8. Chestnut D.H. On the road to professionalism // *Anesthesiology*. – 2017. – Vol. 126, N 5, May. – P. 780–786.
9. Consumer informatics and digital health : Solutions for health and healthcare / Ed. by Edmunds M., Hass Chr., Holve E. – Sham, Switzerland : Springer, 2019. – XIX, 408 p.
10. Derkatch C. Bounding biomedicine: evidence and rhetoric in the new science of alternative medicine. – Chicago : Univ. of Chicago press, 2016. – 264 p.
11. Garratini L., Padula A. Defensive medicine in Europe: A 'full circle'? // *The European journal of health economics*. – 2019. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-019-01144-0#Sec5> (дата обращения 25.10.2021).
12. Gusmano M.K., Maschke K.J., Solomon M.Z. Patient-centered care, yes; patients as consumers, no // *Health affairs*. – 2019. – Vol. 38, N 3. – P. 368–373.
13. Illiffe S., Manthorpe J. Medical consumerism and the modern patient: successful ageing, self-management and the 'fantastic prosumer' // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 2020. – Vol. 113(9). – P. 339–345.
14. Lee N. Framing choice: The origins and impact of consumer rhetoric in US health care debates // *Social Science & Medicine*. – 2015. – Vol. 138. – P. 136–143. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26093071/> (дата обращения 25.10.2021).

15. Mathews S.C., Cohen A.B., Makary M.A. Implications of consumerism in healthcare // Clinical gastroenterology and hepatology. – 2020. – Vol. 18, N 7. – P. 1412–1416.
16. Mohr J.C. Licensed to practice : the Supreme Court defines the American medical profession. – Baltimore (Maryland) : The Johns Hopkins Univ. press, 2013. – VIII, 216 p.
17. Mold A. Making the patient-consumer: Patient organisations and health consumerism in Britain. – Manchester : Manchester univ. press, 2015. – X, 246 p.
18. Montgomery K. How doctors think: clinical judgment and the practice of medicine. – Oxford ; New York : Oxford University Press, 2006. – VIII, 246 p.
19. Moran M. The health professions in international perspectives // Regulating the health professions / Ed. By Allstop J., Saks M. – L. : SAGE Publications, 2002. – P. 19–30.
20. Nelson H.O. Doctor-patient relationship // The Wiley Blackwell companion to medical sociology / Ed. by Cockerham W.C. – Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, 2021. – P. 495–506.
21. O'Mahony S. After the Golden age: what is medicine for? // The Lancet. – 2019. – Vol. 393, N 10183. – P. 1798–1799.
22. Randall A. The Soviet dream world of retail and consumption in the 1930 s. – N.Y. : Palgrave Macmillan, 2008. – XIII, 252 p.
23. Rothman D.J., Blumenthal D., Thibault G.T. Medical professionalism in an organizational age: Challenges and opportunities // Health Affairs. – 2020. – Vol. 39, N 1. – P. 108–114.
24. Schiedermayer D.L. The Hippocratic Oath – Corporate version // New England journal of medicine. – 1986. – N 314. – P. 62.
25. Stevens H. Evidence-based medicine from a social science perspective // Australian journal of general practice. – 2018. – December, Vol. 47, N 12. – P. 889–892.
26. Tomes N. Remaking the American patient: How Madison avenue and modern medicine turns patients into consumers. – Chapel Hill : The univ. of North Carolina press, 2015. – XX, 539 p.
27. Wasserman J.A., Hinote B.Ph. Health professions and occupations // The Wiley Blackwell companion to medical sociology / Ed. by Cockerham W.C. – Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, 2021. – P. 473–494.

PURSUING A MISSION OR PROVIDING A SERVICE? MEDICAL PROFESSION IN THE CONSUMER SOCIETY

Olga Bolshakova

PhD (Hist. Sci.), Leading Researcher at the Department of History, Institute of Scientific Information for Social Sciences, Russian Academy of Sciences (Moscow, Russia)

***Abstract.** The article traces the history of the medical profession during the twentieth century and its transformation under the influence of commercialization and the development of consumerism culture in the USA. The conflict between professional ethics and the market values introduced to health care by the ideas of neoliberalism is discussed. The study emphasizes close connection between the processes of standardization, bureaucratization, and the practice of consumerism in health care, which reduce professional autonomy of healthcare providers and contribute to deprofessionalization.*

***Key words:** history of medicine; the U.S.; medical professionalism; commercialization of health care; medical consumerism; managed care; patient-oriented care; patients-consumers.*

***For citation:** Bolshakova O.V. Pursuing a mission or providing a service? Medical profession in the consumer society // Social Novelties and Social Sciences. – 2021, N 3, P. 54–84.*

URL: <https://sns-journal.ru/ru/archive/>

DOI: 10.31249/snsn/2021.03.04