

13. *Chrisholm, D.* Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use / D.Chrisholm [et al.] // *Drug and Alcohol Review*. – 2006. – Vol.2005. – P.553–565.
14. *Sheron, N.* An evidence-based alcohol policy / N.Sheron, N.Olsen, I.Gilmore // *Gut*. – 2008. – Vol.57, No.10. – P.1341–1343.
15. *Casswell, S.* Reducing harm from alcohol: call to action / S.Casswell, T.Thamarangsi // *Lancet*. – 2009. – Vol.373. – P.2247–2257.
16. *Rehm, J.* Epidemiology and alcohol policy in Europe / J.Rehm [et al.] // *Addiction*. – 2011. – Vol.106 (Suppl. 1). – P.11–19.
17. *Puska, P.* Alcohol control – a global public health issue / P.Puska // *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. – 2009. – Vol.26. – P.436–439.

EFFECTIVE STRATEGIES OF ALCOHOL POLICY

Yu.E.Razvodovsky

Grodno State Medical University, Grodno

The paper focuses on efficiency of different measures aimed at reducing alcohol-related problems in a society. A literature review suggests that such measures as a reduction of alcohol availability and affordability, fixing minimum age requirement for purchasing alcohol, setting maximum permissible blood alcohol concentration in a driver, banning of alcohol advertising and introduction of brief intervention techniques for alcohol abused persons at health care institutions are the effective strategies of alcohol policy.

Поступила 10.07.2012 г.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФЕССИОНАЛИЗМЕ ВРАЧА: НЕКОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЗАПАДНОЙ ДИСКУССИИ

А.Г.Пацеева

Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники, г. Минск

В статье проанализированы основные направления развития дискуссии об идеале профессиональной деятельности врачей в работах зарубежных исследователей. Освещены общие направления в формулировании нового этического кодекса врача. Представлен анализ социальных проблем, с которыми сталкиваются врачи-профессионалы в реализации профессиональной деятельности.

Профессионализм – социальный феномен, присутствующий во мнениях, суждениях, оценках людей, влияющий на их поведение. К профессионализму обращаются не только профессионалы и работники той или иной профессиональной группы, но и представители социальных групп, которые вовлечены во взаимодействие с первыми. В целом, под профессионализмом обычно понимают высшую степень совершенства в профессиональной деятельности. Однако при рассмотрении конкретной профессиональной деятельности возникает ряд сложных вопросов, связанных, прежде всего, с разноплановостью представлений о том, что должно составлять высшую степень развития профессионала.

Существует ряд профессий с высокой степенью институализации, в которых представления о профессионализме глубоко разработаны, к таким

профессиям, в первую очередь, относится профессия врача. Тем не менее, социальная реальность в каждом отдельном случае вкладывает в представления о профессионализме врача специфические смыслы для каждой отдельной социокультурной ситуации. В свою очередь, эти представления о профессионализме, функционируя в рамках профессиональной культуры, влияют как на профессиональную культуру работников, так и на взаимодействие данного профессионального сообщества с обществом в целом.

Специфика социологического подхода к рассмотрению феномена профессионализма врача не в том, чтобы выяснить каким должен быть профессионал, эта задача по праву остается в проблемном поле деонтологии и медицинской этики. Задача социолога в данном случае состоит в выяснении того, какие представления о профессио-

нализме врача свойственны той или иной социокультурной ситуации.

Представление о профессионализме врача, как и профессиональная культура, имеют длительную историю и традиции становления. Понимание внутреннего содержания феномена профессионализма врача изменялось во времени. Уже в античном мире профессионализм врача получил свои первые контуры в виде знаменитой клятвы Гиппократова. Детальное изучение текста клятвы Гиппократова, а также современной ему культуры выявляет ряд элементов, которые дают богатую почву для рассуждений о том, что содержание понятия «профессионализм врача» меняется соответственно эпохе и культуре, в которой оно применяется. Ярко иллюстрирует эту ситуацию следующая выдержка из клятвы Гиппократова: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами» [1]. Известны также и другие примеры, например, индийские врачи в клятве утвердили «дифференцированный подход к больным: можно и нужно лечить бедных, сирот, чужестранцев, но в то же время нельзя прописывать лекарства тем, кто в немилости у раджи» [2, с.363].

Сама по себе профессия врача является в определенном смысле уникальной для социологов, работающих в социологии профессий, поскольку именно эта профессия исторически стала образцовой в работах классиков.

Одним из первых социологов, предпринявших попытку изучения социального феномена «профессионализм врача», был Т.Парсонс. По словам самого исследователя, в реализации этой попытки «какую-то роль играло мое прошлое отречение от биолого-медицинской специальности, которое как бы компенсировалось ролью социолога, исследователя медицинской практики с ее возможностью сочетать оба интереса» [3, с.216]. Однако некоторая включенность исследователя в исследуемую им культуру не исключила идеализации Т.Парсонсом образа профессионала-врача, которую потом неоднократно отмечали коллеги.

По Парсонсу, «профессия в самом чистом виде – это академическая профессия, профессия поиска и передачи знаний. Она окружена кольцом профессий, посвященных приложению знаний к задачам общественного порядка (право), здоровья (медицина), эффективности государственных и частных организаций (администрация), эффективного использования ресурсов вне соци-

альной среды (технология) и т.д.» [3, с.131]. Это закрепление дает ему возможность далее рассуждать о профессионалах как об особой социальной группе, обладающей специфическими признаками. Одной из основных характеристик профессионала для Т.Парсонса является отсутствие личного корыстного интереса («disinterestedness»), что противопоставляет их бизнесменам. Тем не менее, утверждая профессию основным критерием стратификации, Т.Парсонс подразумевает, что профессионализм открывает доступ к материальным благам. Следует добавить, что для всех западных исследователей существование профессии также подразумевает высокий уровень материального вознаграждения за труд профессионалов.

Кроме того, необходимыми характеристиками врачей как профессиональной группы являются: формальная подготовка, осуществляемая в рамках университетского образования, наличие навыков реализации имеющихся профессиональных знаний, самоуправление внутри профессии и заключительный центральный критерий – уверенность в том, что их навыки используются в интересах всей системы [4]. Эту уверенность Т.Парсонс развивает далее, отмечая, что одной из функций врачей-профессионалов является функция «осторожной пропаганды» проблем социального контроля [5].

Впоследствии представления Т.Парсонса не раз критиковались, однако традиция видеть в медицинском профессионализме эталон профессионализма в целом оказалась достаточно жизнеспособной.

Сохранение практики неразрывно связывать понятия профессионализм и высокие нравственные устои характерно для западной традиции и сейчас. Например, Оксфордский словарь определяет профессию следующим образом: «занятие, ключевым моментом которого является работа, основанная на совершенном владении совокупностью знаний и навыков. Это есть призвание, в котором используются знания какой-либо области наук или практик искусства для служения другим. Ее члены исповедуют обязательства о компетентности, честности, высоких моральных обязательствах и альтруизме, а также продвижении общественного блага внутри их основной сферы деятельности. Эти обязательства лежат в основе социального контракта между профессией и обществом, которое в ответ гарантирует профессии права на автономию в практике и привилегии саморегуляции» [цит. по 6, р.14]. В целом, надо отметить, что в западной традиции для части исследова-

дователей понятия «пример образцовой профессии» и «профессия врача» остаются практически мало различимыми.

До середины 1960-х годов для западной системы эти представления во многом соответствовали действительности. Врачи являлись безусловным «культурным авторитетом» при решении профессиональных задач, а вопросы качества медицинской помощи решались с точки зрения каждого отдельного случая, но не системы здравоохранения в целом. Среди врачей преобладали обладатели частных практик. Они, как и врачи клиник, обладали профессиональной независимостью, ограничиваемой лишь нормами профессиональных сообществ [7, 8].

Ряд внешних причин, в числе которых коммерциализация, бюрократизация, индустриализация, а также внутренние изменения в профессии оказывают глубокое влияние на профессионализм современных врачей [9]. Это обусловило широко развернувшуюся дискуссию по переосмыслению ключевых понятий и представлений в области профессионализма врачей, а также их обновлению.

Одним из ключевых аспектов обновления понимания феномена профессионализма врача стало осознание необходимости пересмотра основных принципов взаимодействия врача и пациента. Традиционно это взаимодействие строилось на разнообразных уставах, клятвах, разработанных или создаваемых этических кодексах. Очевидно, что во врачебной профессии в обиходном понимании мы привыкли в данном случае ссылаться на «Клятву Гиппократова». Однако сама по себе клятва уже давно стала скорее символом, нежели конкретным договором. Вообще официальные «договоры» между врачами и обществом в виде различных клятв и присяг и т.п. являются достаточно многочисленными. Такими договорами являются как документы, принятые в рамках отдельных государств, например статьи, посвященные врачебной деятельности, «Русской правды» IX–X веков, так и международные документы, например, Женевская декларация (1948). Тем не менее, именно клятву Гиппократова до сих пор полагают своей основой многие новые профессиональные кодексы врачей, например клятва врача Республики Беларусь [10].

На современном этапе развития данной «договорной» практики между обществом и врачами отмечаются серьезные изменения. Права пациента на участие в выборе лечения, его активная позиция в ходе лечения, работа в коллективе с другими врачами и зависимость от них не были значимой частью работы врача еще в начале XX века. Меняется сам принцип, на котором основан «до-

говор», – от патерналистской модели к модели сотрудничества. Другой важный момент: пересматривается значение социальной ответственности врача перед обществом в целом, но не перед отдельным пациентом. Признание здоровья ценностью не только отдельного человека, личности, но и ценностью государственной, привело к дополнению сферы деятельности врача функцией установления социальной справедливости.

Эти изменения нашли отражение в теоретико-практических изысканиях американских и английских врачей, предложивших новый профессиональный кодекс врача.

«В основу кодекса легли три фундаментальных принципа.

✓ Принцип приоритета благополучия пациента. Этот принцип основан на служении интересам пациента. Главным в отношениях между врачом и пациентом является доверие, основой которого является альтруизм. Рыночные силы, давление со стороны общества и административные требования не должны компрометировать этот принцип.

✓ Принцип автономности пациента. Врачи должны уважать автономность пациента. Врачи должны быть честными со своими пациентами и давать им возможность принимать информированные решения относительно своего лечения. Решения пациентов о своем лечении должны быть самыми главными решениями в той степени, в которой эти решения приняты в соответствии с этическими нормами и не требуют не подходящего для них лечения.

✓ Принципы социальной справедливости. Медицинский профессионализм должен способствовать справедливости в системе здравоохранения, включая справедливое распределение медицинских ресурсов. Врачи должны активно работать над ликвидацией дискриминации в здравоохранении, вне зависимости от типа такой дискриминации – расовой, половой, социально-экономической, этнической, религиозной или иной» [11, р.244 (перевод: Г.Я.Лопатенков)].

Следующий аспект – экономический. Современные медицинские технологии становятся все более дорогими. Западные социологи существенный акцент делают на экономические условия оказания врачебной помощи, на экономическую эффективность оказываемых услуг. Так, Д.Микеник формулирует эту проблему прямо, отмечая, что «доктора сейчас обязаны взвешивать решения о лечении, осознавая их в свете цен» [12, р.102].

Более широко эта проблема формулируется следующим образом: врачи «имеют две фунда-

ментальные обязанности: они должны сочетать интересы и пожелания пациента с благосостоянием системы здравоохранения, в которой они практикуют» [13, р.433]. Причем, здесь проблемы рассматриваются как традиционно, в свете вопросов социальной справедливости, так и в новом, специфическом видении, а именно в свете ценовой эффективности лечения [14].

Интересно и то, что в американской прессе в последнее время актуализировалась иная экономическая тематика относительно профессиональной деятельности врачей – споры о вознаграждении, получаемом врачами за труд. Реформы здравоохранения президента Б.Обамы, в конечном счете, предполагают некоторое сокращение доходов американских врачей. Это вызвало бурный протест, причем основная смысловая нагрузка выступлений врачей против снижения их доходов истекает как раз из понимания ими профессионализма врача. На различных профессиональных форумах в Интернете присутствует множество утверждений самих врачей-американцев о том, что высокий профессионализм их деятельности должен быть высоко вознагражден.

Изменяются также представления и об автономии профессии. Проблемы ценовой эффективности лечения все чаще обсуждаются авторами как проблемы, влекущие угрозу потери профессионализма врачей, потери автономии, потери качества оказания медицинской помощи [15].

Убеждения, что деятельность профессионалов организуется исключительно в рамках самоконтроля, многократно подвергаются критике. Современную ситуацию относительно распределения власти в медицине Р.Скотт отразил в виде мировоззренческих систем относительно организации здравоохранения и оказания медицинской помощи. Исследователь формулирует эти явления в виде трех логик развития медицины — профессиональной, государственной и менеджериальной. Профессиональная является традиционной и классической для медицины, государственная сформировалась как ответ на формулирование сложной, многосторонней политики государства в сфере здравоохранения, менеджериальная является попыткой определить стратегии развития медицины как субъекта экономики. При этом Р.Скотт определяет их взаимодействие не как сотрудничество, но как конкуренцию [16].

Для отражения государственного подхода к автономии врачей приведем точку зрения Э.Фрейдсона, который утверждает, что профессионалы медицинской профессии автономны настолько, насколько правительство разрешает им быть та-

ковыми. Он подчеркивает, что самоуправление медиков не простирается до саморегуляции или до принятия решения о необходимости применения их экспертных оценок [7].

Изменения профессиональной логики развития медицины лежат в сфере описанной ранее переоценки взаимодействия врач – пациент, а также в развитии самоуправления врачей. Как свидетельствуют западные исследователи, самоуправление организации оказывает существенное влияние на профессионализм и профессиональную самоидентификацию врачей [17]. Большинство исследователей эта тенденция развития признается наиболее адекватной стратегии повышению эффективности медицины в целом.

Наиболее негативно оценивают, как правило, влияние менеджеров в медицине. Пример негативного влияния менеджериального развития медицины отражается в следующем описании отношения к ней врачей: «крушение их (врачей) попыток провозглашать идеалы медицинской помощи, ограничение личного времени, финансовые побудительные мотивы, которые искажают их профессиональные принципы, и потеря контроля над их личными клиническими решениями» [18, р.1545]. И далее автор отмечает, что с институционализацией новой менеджериальной практики в системе здравоохранения врачи вынуждены все больше времени уделять организационным аспектам лечения (заполнение бланков, написание клинических отчетов, необходимость искать разрешения на использование ресурсов, телефонные звонки пациентам при изменении форм используемых бланков), нежели конкретным диагностическим и лечебным процедурам.

В завершение обратим внимание на постоянно ведущуюся дискуссию относительно мировоззренческой парадигмы врачей, которая описывается в элементах, характеризующих отношение к содержанию профессионального труда. Фундаментом взаимодействия врачей и социальной системы в целом является доверие, и профессионализм деятельности обеспечивает данную область отношений. Профессионализм отдельного человека находит свое отражение в ценностных ориентациях сферы профессиональной деятельности и социальных установках на ее осуществление. Будучи личностными характеристиками врача, эти феномены проявляются во взаимодействии с пациентами, коллегами. В целом публикации, посвященные этой теме, можно дифференцировать на две группы: часть из них являются герменевтическим поиском смысла профессиональной деятельности врача в его взаимодействии с коллегами и пациентами. С другой

стороны, ряд работ представляют собой конкретные практические рекомендации по формированию во врачебных коллективах профессиональных культур, нацеленных на поддержание высокого уровня профессионализма.

Одним из важнейших нововведений в данной сфере является командная организация работы врачей, постепенно заменяющая «уходящий» индивидуальный стиль. Узкая специализация врачей ведет к тому, что их деятельность все больше зависит от профессиональной деятельности их коллег, среднего медперсонала.

В целом, образ врачебного профессионализма в работах западных исследователей в последнее время претерпевает значимые изменения. Представление о враче как о ярком индивидуалисте, который руководствуется исключительно соображениями благополучия пациента, уступают представлениям о новом профессионале. Новый тип профессионального врача в своей деятельности учитывает не только интересы конкретного пациента, но и идеи социальной справедливости в целом; помимо ценности здоровья, врач теперь вынужден постоянно оценивать и ценовую эффективность лечебных мероприятий. Современный врач не только несет ответственность за собственный высокий уровень знаний, но и печется о профессионализме врачебной команды, в которой он работает. Современный врач уже не индивидуалист, вступающий в профессиональные ассоциации, но специалист, вовлеченный в систему менеджмента здравоохранения и вынужденный считаться с ее реалиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клятва Гиппократа // Медицина и право. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/VowHippocr.htm>. – Дата доступа: 15.01.2013.
2. Деонтология медицинская // Малая медицинская энциклопедия / Отв. ред. В.И.Покровский. – М.:, 1991. – Т.2. – С.363–364.
3. Парсонс, Т. Система современных обществ / Т. Парсонс; пер.: Л.А.Седова и А.Д.Ковалева; под ред. М.С.Ковалевой. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 270 с.
4. Parsons, T. Professions / T.Parsons // International Encyclopedia of the Social Sciences / Ed. D.L.Sills. – New York, 1968. – P.536–547.
5. Parsons, T. The social system / T.Parsons. – London: Routledge, 1991. – 404 p.
6. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. – London: RCP, 2005. – 51 p.
7. Freidson, E. Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge / E.Freidson. – N.Y.: Harper Row, 1988. – 440 p.

8. Starr, P. The Social Transformation of American Medicine / P.Starr. – N.Y.: Basic Books, 1982. – 514 p.
9. Professionalism in medicine / CMA series of health care discussion papers; ed. J.R.Williams. – Canada, 2001. – 24 p.
10. Ковелина, Т.А. Врач как профессия и призвание / Т.А.Ковелина // Научные исследования, информация, анализ, прогноз: кол. моногр., под общей ред. проф. О.И.Кирикова. – Воронеж, 2003. – С.266–279.
11. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine // Annals of Internal Medicine. – 2002. – Vol.136, No.5. – P.243–246.
12. Mechanic, D. Managed care and the imperative for a new professional ethic / D.Mechanic // Health Affairs. – 2000. – Vol.19, No.5. – P.100–111.
13. Minogue, B. The two fundamental duties of the physician / B.Minogue // Academic Medicine. – 2000. – Vol.75, No.5. – P.431–442.
14. Neumann, P.J. Medicare and Cost-Effectiveness Analysis / P.J.Neumann [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2005 – Vol.353, No.14. – P.1516–1522.
15. Hampton, J.R. The end of clinical freedom / J.R.Hampton // British Medical Journal. – 1983. – Vol.287, No.6401. – P.1237–1238.
16. Скотт, Р.В. Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджерская / Р.В.Скотт // Экономическая социология. – 2007. – Т.8, №1. – С.27–44.
17. Кульман, Э. Разновидности профессионализма поздней современности на примере немецкой системы здравоохранения / Э.Кульман // Журнал исследований социальной политики. – 2005. – Т.3, №4. – С.535–550.
18. Kassirer, J.P. Doctor Discontent / J.P.Kassirer // New England Journal of Medicine. – 1998. – Vol.339, No.21. – P.1543–1545.

NOTIONS OF A PHYSICIAN'S PROFESSIONALISM: SOME TRENDS IN DISCUSSION OF WESTERN AUTHORS

A.G.Paceeva

Belarusian State University of Informatics and Radioelectronics, Minsk

Main directions in the foreign researcher publications as regards an ideal of a physician's professional activities were analyzed. General trends in formulating a new physician's code of ethics were defined. The analysis of the social problems encountered by health professionals in realizing their activities was presented.

Поступила 18.01.2013 г.