

Лядова Анна Васильевна

кандидат исторических наук,
доцент кафедры современной социологии
социологического факультета
Московского государственного
университета имени М.В. Ломоносова

Лядова Мария Васильевна

доктор медицинских наук,
доцент кафедры травматологии,
ортопедии и военно-полевой хирургии
педиатрического факультета
Российского национального исследовательского
медицинского университета имени Н.И. Пирогова

ОТ ПАТЕРНАЛИЗМА К КОНСЬЮМЕРИЗМУ: СМЕНА ПАРАДИГМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Аннотация:

Актуальным трендом в развитии отечественного здравоохранения сегодня является концепция персонализированной медицины. Новый подход включает в себя персонализацию, предикцию, превентивность и партисипативность. Несмотря на важность научной составляющей, особое значение для эффективного функционирования персонализированной медицины как приоритетной модели современного здравоохранения приобретает вопрос взаимоотношений врача и пациента. В статье представлен анализ подходов исследователей при изучении данной темы. Авторы отмечают, что трансформация системы «врач–пациент» обусловлена изменением не только основ медицинской практики, но и социальной реальности, главными векторами в развитии которой выступают информационные технологии. Наряду с преимуществами патернализма как основы взаимодействия врача и пациента в настоящее время очевиден переход к модели, свойственной эпохе консьюмеризма. Такая тенденция носит амбивалентный характер: с одной стороны, может вырасти личная ответственность за свое здоровье, с другой – консьюмеризм в медицине усиливает ее коммерциализацию. Согласно выводам авторов, будущее персонализированной медицины заключается не только в расширении возможностей современного медицинского знания, но и воспитании индивидуальной ответственности за свое здоровье.

Ключевые слова:

персонализированная медицина, система «врач–пациент», модели взаимоотношений врача и пациента, медицина как социальный институт, патернализм, консьюмеризм в медицине, здоровье, ответственность, медицинская практика.

Lyadova Anna Vasilyevna

PhD in History, Associate Professor,
Modern Sociology Subdepartment,
Sociology Department,
Lomonosov Moscow State University

Lyadova Maria Vasilyevna

D.Phil. in Medical Science, Associate
Professor, Subdepartment of Traumatology,
Orthopedic Surgery and Battlefield Medicine,
Department of Pediatrics, Pirogov
Russian National Research Medical University

FROM PATERNALISM TO CONSUMERISM: A PARADIGM SHIFT IN DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Summary:

The concept of personalized medicine is a current trend in the development of Russian health care. The new approach includes predictive, preventive, personalized, and participatory elements. Despite the significance of the scientific component, the doctor-patient relationship becomes important for the effective functioning of personalized medicine as a priority model of modern health care. The paper analyzes the researchers' approaches to studying the subject matter. The authors note that the doctor-patient system has undergone a transformation due to a change in social reality guided by information technology rather than in the fundamentals of medical practice. Along with the advantages of paternalism as the basis of interaction between doctor and patient, it is obvious to adopt a new consumerist model. This trend is ambivalent. On the one hand, personal responsibility for one's health can grow. On the other hand, consumerism in medicine increases its commercialization. The authors conclude that the future of personalized medicine lies in both more opportunities for modern medical knowledge and the development of people's personal responsibility for their health.

Keywords:

personalized medicine, doctor-patient system, doctor-patient relationship models, medicine as a social institution, paternalism, consumerism in medicine, health, responsibility, medical practice.

В настоящее время актуальным трендом в развитии отечественного здравоохранения является концепция персонализированной медицины. В апреле 2018 г. выпущен приказ Министерства здравоохранения России, утверждающий ее основные положения, понятия и этапы реализации [1]. Согласно этому документу, который служит дополнением к «Национальной технологической ини-

циативе», персонализированная медицина подразумевает использование нового подхода в профилактике и лечении заболеваний, основанного на полученных объективным путем данных – так называемых биомаркерах. Особенность нового направления состоит в выявлении индивидуального риска развития заболеваний путем идентификации молекулярно-генетических маркеров и применения соответствующих клеточных продуктов для коррекции и лечения состояний.

Как считает академик РАН М.А. Пальцев, новый подход включает в себя персонализацию, что означает «...индивидуальный подход...», предикцию. Это подразумевает «...создание вероятностного прогноза здоровья...», превентивность, т. е. «...предотвращение появления заболеваний...», и партисипативность, что предполагает деятельную роль пациента на всех этапах процесса [2, с. 48]. Итак, несмотря на важность научной составляющей, особое значение для эффективного функционирования персонализированной медицины как приоритетной модели современного здравоохранения приобретает вопрос взаимоотношений врача и пациента.

Для социологии рассматриваемая тема не нова. Как нам кажется, первое социологическое прочтение медицины как социального института, а врача и пациента как основных участников социальных взаимодействий, отражено в работе американского социолога Т. Парсонса «Социальная система», где он описал эти отношения через призму концепции «роли больного» [3]. Ее суть заключается в следующем: пациент, не имея возможности исполнять социальные роли в случае болезни, освобождается от определенного спектра ответственности в обмен на обязательство принимать активное участие в своем выздоровлении. Врач выступает как агент социального контроля и представитель профессионального сообщества, санкционирующий новый временный статус индивида и содействующий его возвращению к полноценной социальной жизни [4, р. 288]. Однако предложенная Т. Парсонсом в середине прошлого столетия система «врач–пациент» представляла, скорее, некую абстрактную модель, не отражающую реальную ситуацию в медицинской практике.

В 1956 г. опубликована статья американских специалистов Т. Саса и М. Холлендера «Вклад в философию медицины: основные модели взаимоотношений между доктором и пациентом». В ней впервые поставлен вопрос о сложной структуре взаимодействий между представителями медицины и обществом [5]. По мнению авторов, их суть не должна сводиться только к функциональной значимости. Необходимо учитывать особенности каждого из участников, поскольку они влияют на результат этих действий [6, р. 585].

Утверждая, что при различных видах и характере заболеваний взаимоотношения между врачом и пациентом имеют особенности, Т. Сас и М. Холлендер предложили три модели: 1) активно-пассивную (active-passive model); 2) управляемое сотрудничество (guidance co-operation); 3) партнерство (mutual participation) [7, р. 586]. Первая модель описана ими как патерналистская, при которой взаимодействие похоже на отношения между родителем и младенцем: пациент принимает заботу о себе со стороны доктора, полностью доверяя ему жизнь и здоровье. Поэтому роль врача является доминирующей, а участие пациента практически сводится к пассивному исполнению медицинских предписаний. С точки зрения исследователей, такой тип отношений считается традиционным в истории развития медицинской практики. На современном же этапе он наиболее распространен в экстренной медицине [8]. Вторая модель, по классификации Т. Саса и М. Холлендера, предполагает участие пациента в принятии решения о своем здоровье, но роль врача при таком типе взаимодействия остается преобладающей. Различие заключается в том, что пациент осознанно соглашается с доминированием профессионального мнения представителя медицины. В этой ситуации он – активный участник, который при сознательном обращении за медицинской помощью самостоятельно принимает решение за перенос ответственности за свое здоровье на доктора. Третья модель подразумевает партнерский тип взаимоотношений, когда оба участника равноправны. При этом они также должны быть заинтересованы в достижении главной цели их интеракций – выздоровлении пациента и возвращении его к нормальной социальной жизни [9].

Как пишут Т. Сас и М. Холлендер, каждая модель имеет свои плюсы и минусы. Очевидно, что патернализм рассматривается как идеальный вариант взаимодействия для медицинской практики. Вместе с тем подобный тип отношений накладывает существенные этические обязательства на врача, так как предполагает выполнение им профессиональных обязанностей наилучшим для здоровья пациента способом, абстрагируясь от его личностных особенностей. Кроме того, врач, оказывая помощь, должен исходить из интересов больного, не злоупотребляя преимуществом с целью получения выгоды. По выводам ученых, как показывает анализ эмпирических данных, ограниченность использования такой модели в медицинской практике связана, как правило, с конфликтом интересов участников этих интеракций, возникающим из-за присутствия субъективных мотивов у каждой из сторон. Оценивая третью модель, Т. Сас и М. Холлендер подчеркивают, что отношения партнерства не свойственны для медицинской практики, по-

скольку, по их убеждению, этот тип интеракций предполагает высокую степень взаимной эмпатии, основанную, например, на дружбе участников, что сложно представить в условиях современного развития системы организации оказания медицинской помощи [10, p. 588].

В целом, характеризуя особенности каждой из моделей, исследователи обращают внимание на то, что их выбор обусловлен рядом факторов: 1) объективных: развитие медицины на данном этапе, возможности в лечении различных заболеваний, специфика в организации конкретной системы здравоохранения; 2) субъективных: психологических особенностей пациента, его готовности взять на себя ответственность за свое здоровье, его доверия к врачу, с одной стороны, и уровня эмпатии, профессионализма врача – с другой; 3) медицинских: вида болезни, степени тяжести состояния больного [11, p. 591].

В 1972 г. опубликована работа Р. Витча «Модели для этической медицины в революционном веке» (*Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age*), в которой он предложил четыре возможных варианта (модели) построения отношений в системе врач–пациент: 1) инженерная; 2) священническая (*the priestly model*); 3) коллегияльная; 4) контрактная [12]. Свой подход Р. Витч аргументировал через трансформацию системы оказания медицинской помощи, которая ввиду достижений медицинской науки становится доступным благом широким слоям населения, а также через развитие идей социальной справедливости и равных возможностей, на основании которых обосновано право каждого на охрану здоровья, независимо от социально-демографического статуса индивида. По мнению Р. Витча, эти изменения можно назвать революционными для системы общественного здравоохранения, так как они существенным образом влияют на отношения ее основных акторов – врача и пациента [13, p. 5].

Под инженерной моделью автор идеи подразумевает научный подход, основанный на клинических фактах при определении болезни и выборе методов ее лечения. Р. Витч пишет, что врач в данном контексте выступает в роли ученого-исследователя, «чистого» от влияния субъективно-ценностных установок и суждений. Автор называет модель абстрактной, учитывая, что не всегда существующее знание дает полную картину заболевания, а значит, позволяет выбрать наиболее эффективный метод лечения. Не случайно врач в своей практике нередко оказывается перед необходимостью самостоятельно определять решение. Р. Витч отмечает: «Врач, который думает, что он может просто представить все факты и позволить пациенту сделать выбор, обманывает себя, даже если он морально обоснован и ответственен за это во всех критических моментах, где должны быть сделаны решительные выборы» [14].

Второй тип отношений назван в рассматриваемой работе священнической моделью, суть которой заключается в патерналистском подходе к пациенту, основанном на принципе «не навреди ближнему». Сравнивая роль врача с позицией отца в семье или пастора в церкви, Р. Витч утверждает, что она подразумевает высокий уровень ответственности, так как именно доктор принимает решение, что есть благо для больного. Сложность, как объясняет автор, состоит в целесообразности сделанного выбора, особенно с этической точки зрения в условиях современного общества, пропагандирующего идеи личной свободы и индивидуализма. Третья модель – коллегияльная – наиболее комфортный вариант построения отношений между врачом и пациентом, поскольку основан на доверии и равноправии. Однако исследователь подчеркивает, что она представляется реализуемой в меньшей степени в сегодняшнем обществе из-за социального неравенства. В связи с этим, как считает Р. Витч, оптимальна из всех вариантов контрактная модель. Любой контракт, как он указывает, – это закрепленные правила взаимодействия участников, что означает определение их прав и обязанностей, следовательно, только в договорной модели могут быть реализованы как право пациента на личную свободу и равное участие, так и нормы врачебной этики [15, p. 7].

Следует отметить, что с 1970-х гг. активно воплощается концепция автономии пациента как права на принятие решения, истоки которой лежат в трудах философов эпохи Просвещения. После Второй мировой войны стала очевидна необходимость юридического закрепления основных прав и свобод человека как неотъемлемого условия мирного и демократичного развития мирового социума. Поэтому в послевоенные годы эта идея получает юридическое воплощение через Всеобщую декларацию прав человека, принятую в 1948 г. третьей сессией Генеральной Ассамблеи ООН, и Конвенцию о защите прав человека и основных свобод, подписанную в 1950 г. странами – участниками Совета Европы, согласно которым каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 5).

Кроме того, благодаря развитию медицины как науки происходят существенные изменения в медицинской практике. В работах специалистов в области истории медицины утверждается, что вторая половина XX в. ознаменована рядом выдающихся открытий, перевернувших представления о возможностях медицины и позволивших значительно улучшить качество и продолжительность жизни населения [16]. Огромные результаты достигнуты в сфере профилактики заболеваний с развитием функциональной диагностики, что стало возможным вследствие приме-

нения открытий в области естественных наук этого периода в медицине. Между тем новые возможности поставили и новые вопросы. Возросшее знание о строении и функционировании человеческого организма, болезнях, его поражающих, увеличило и степень ответственности как при определении диагноза, так и при выборе методов лечения [17].

В последней трети XX столетия в социологии важное значение приобретает проблема рисков и неопределенности. Э. Гидденс [18], Н. Луман [19], У. Бек [20], констатируя усложнение социальной реальности, указывают на проблемы адаптации и стабильного функционирования социальных систем в условиях высоких темпов индустриализации и технологического развития.

По мысли Э. Гидденса, «жить в эпоху “поздней современности” (late modernity) – значит жить в мире случайности и риска, неизменных спутников системы, стремящейся к установлению господства над природой и рефлексивному творению истории» [21, с. 107]. Анализируя влияние различных заболеваний на смертность среди населения, Э. Гидденс приходит к выводу, что оценка их как возможного риска относительно с учетом того, что в разных странах сведения о причинах летальных исходов во многом отличаются. Однако в условиях открытости информации такая неопределенность в оценке параметров риска ведет к тому, что, «...сталкиваясь с этой усложненностью, некоторые люди перестают доверять практически всем медикам и консультируются с ними только в моменты отчаяния, в другое время упрямо придерживаясь своих установившихся привычек» [22, с. 133]. Чтобы этого не произошло, по утверждению Э. Гидденса, необходимо «...осознанное взаимодействие с экспертными системами, помогающими реконструировать личность...» [23].

Н. Луман, рассматривая суть понятия «риск» и сопоставляя его с терминами «опасность», «надежность», отмечает, что «...с точки зрения настоящего будущее неопределенно, в то время как уже теперь точно известно, что будущее настоящее будет определено с точки зрения его желательности или нежелательности. ...С другой стороны, то, что может произойти в будущем, зависит от решения, которое следует принять в настоящем» [24, с. 146]. Следовательно, согласно позиции немецкого социолога, «...в восприятии риска и согласии на риск важную роль играет то, что добровольно или недобровольно оказывается человек в чреватых опасностями ситуациях» [25, с. 151]. При проектировании приведенного положения на анализ отношений врача и пациента значимой становится степень активности пациента в этих интеракциях, прежде всего в принятии решения.

Продолжая мысль Н. Лумана, его соотечественник У. Бек считает, что риск «...берет свое происхождение в процессе принятия решений...» [26]. Последний указывает, что «...риск предполагает индустриальные, т. е. техноэкономические решения и оценки полезности... От доиндустриальных природных бедствий риск отличается тем, что его истоки надо искать в решениях, которые принимаются не индивидами, но целыми организациями и политическими группами» [27, с. 162]. Поэтому неизбежным становится вопрос социальной ответственности. В обществе модерна господствующие в предыдущие эпохи отношения патернализма в медицинской практике теряют эффективность. Актуальными становятся новые модели взаимодействия, в основу которых положен принцип соблюдения автономности прав пациента.

В 1992 г. Иезикиль и Линда Эмануэль в работе «Четыре модели взаимодействия врача и пациента» (Four Models of the Physician-Patient Relationship) предложили новый подход к построению отношений между основными акторами медицинской практики [28]. В соответствующих моделях исследователи сделали особый акцент на рассмотрение возможности соблюдения суверенитета прав пациента в каждой из них, а также адаптации их в медицинской практике. В статье, опубликованной в журнале Американской медицинской ассоциации, они выделили четыре модели взаимоотношений между врачом и пациентом: 1) патерналистскую (the paternalistic); 2) информирующую (the informative); 3) интерпретационную (the interpretive); 4) совещательную (the deliberative) [29, p. 2221]. Хотя предложенные авторами варианты, по их словам, представляют собой типы, в которых не учитываются субъективные особенности, тем не менее они содержат ключевые принципы, позволяющие адаптировать их в практической деятельности.

Из названия следует, что первая – патерналистская или «священническая» модель – идентична описанной ранее Р. Витчем: врач выступает в качестве опекуна пациента, определяя на основе своего авторитетного знания, что лучше всего подходит для благополучия больного. Пациент является не субъектом, а объектом отношений, и автономия права пациента сводится к его согласию с предлагаемым решением [30]. Вторая модель – информационная, предполагающая довольно четкое разграничение зон ответственности между врачом и пациентом. Иезикиль и Линда Эмануэль сопоставляют ее с инженерным типом в классификации Р. Витча, указывая на их общие черты. В частности, ответственность врача ограничивается двумя зонами – уровнем его профессионального знания и степенью полноты предоставляемой пациенту информации [31]. Выбор метода лечения полностью составляет право больного.

Интерпретационная модель значительно отличается от охарактеризованных выше, хотя и имеет общие черты с ними. Роль врача предусматривает его ответственность за предоставление

полной информации о состоянии пациента, методах лечения и возможных рисках. Однако существенное отличие такого варианта – необходимость принятия во внимание субъективно-ценностных ориентаций пациента для того, чтобы помочь сделать выбор, но таким образом, чтобы это было самостоятельное решение, а не давление профессионального авторитета. По сути, независимо от своей специализации любой врач в рамках отношений, построенных по этой модели, выступает в роли психотерапевта, помогающего понять больному его состояние и адаптироваться к лечению и возможным последствиям. Как указывают авторы концепции, автономия прав пациента в аспекте характеризуемой модели реализуется через его самопознание: пациент узнает более четко, кто он или она, как различные медицинские варианты лечения влияют на его или ее личность [32, р. 2222]. Четвертая – совещательная – модель близка вышерассмотренной. Роль врача также ориентирована на полное информирование пациента, помощь в принятии решения. Тем не менее она подразумевает более глубинное воздействие на систему ценностей пациента: врач не просто помогает пациенту понять состояние, выбрать наиболее безопасный метод лечения, но и изменить субъективное отношение к здоровью через осознание его ценности в жизни пациента.

Выбор модели, по выводам ученых, определяется условиями того или иного случая, но именно совещательная в большей степени подходит для медицинской практики, а соблюдение автономии прав пациента обосновано как неотъемлемое условие развития систем общественного здравоохранения. На практике она проявляется посредством применения механизма информированного добровольного согласия. Истоки этой концепции связывают с Нюрнбергским кодексом 1947 г., в соответствии с которым любое медицинское вмешательство должно было осуществляться только с согласия испытуемого [33]. Впоследствии это положение получило закрепление в ряде международных документов, а также национальных законодательных актах о вопросах здоровья.

Концепция информированного согласия подразумевает два важных аспекта: предоставление информации и получение согласия. Значимыми становятся критерии полноты и доступности для понимания сообщаемых врачом фактах о состоянии больного и предлагаемых методах лечения, а также осознанность принятия решения пациентом в отношении планируемых медицинских манипуляций. При этом внедрение принципа информированного согласия, находящегося в основе современной модели взаимоотношений между врачом и пациентом, подразумевает не только законодательное закрепление автономии прав больного. Суть подхода, основанного на информированном согласии, составляют три аспекта: юридический, этический и административный [34]. В юридическом аспекте информированное согласие представляет собой форму осуществления права пациента на выбор методов лечения. Административная цель находит отражение в том, чтобы легализовать процесс лечения. Этическая концепция является самой важной, поскольку она показывает, что лечение происходит с добровольного согласия пациента, который ознакомлен с планом лечения и возможными последствиями.

Сегодня в условиях функционирования медицины очевидна трансформация существовавшей ранее модели социального взаимодействия «врач–пациент», базирующейся на патернализме. Безусловно, этот поворот вызван трансформацией не только медицинской практики, развитием биомедицинской модели здоровья, но и общества в целом, одной из типичных особенностей которого, по мнению таких социологов, как Д. Белл, М. Кастельс, Э. Тоффлер, является преобразующая роль знания во всех сферах общественной жизнедеятельности [35]. Как заключает Г. Бехманн, анализируя подходы социальных теоретиков нашего времени, если для индустриальных обществ «...характерными особенностями ...являются машинное производство и частная собственность...», то для постиндустриальных «...такowymi становятся производство и эксплуатация информации и знания» [36, с. 42]. Выступая ведущими драйверами развития, они не только определяют в наши дни его направление, но и активно воздействуют на общественные институты, вызывая их трансформацию. В итоге формируются новые структурные образования, модели социальных взаимодействий, развитие которых зависит от их эффективности и полезности как для социального института, так и общества в целом.

Для медицины это влияние оказалось поворотным, поскольку с помощью коммуникационных технологий медицинское знание превратилось из секретного материала, обладание которым придавало врачам особый мистический статус чудотворцев, в доступную информацию, изложенную на популярных сайтах и в телешоу о здоровье и болезнях. Произошла смена ролей и статусов врача и пациента: врач из «патрона» превратился в советника и информатора, а пациент – из роли пассивного участника в «заказчика и потребителя медицинской услуги». Таким образом, очевиден переход к модели поведения пациентов, основанной на идеологии консьюмеризма, когда здоровье превращается из ценности в товар, объект потребления. Данная тенденция носит амбивалентный характер: с одной стороны, может вырасти личная ответственность за свое здоровье, с другой – консьюмеризм в медицине усиливает ее коммерциализацию с учетом того, что рост потребления способствует увеличению продуктов и цен. Это обстоятельство ведет

к усилению неравенства в сфере, относящейся к теме здоровья, и потаканию «сумасбродных» желаний клиентов. Итак, рассматривая будущее персонализированной медицины, необходимо обратить внимание не только на расширение возможностей современного медицинского знания, но и воспитание индивидуальной ответственности за свое здоровье, особенно среди россиян.

Ссылки:

1. Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апр. 2018 г. № 186. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».
2. Пальцев М.А., Белушкина Н.Н., Чабан Е.А. 4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации // Оргздрав: новости, мнения, обучение. 2015. № 2. С. 48–54.
3. Parsons T. The Social System. N. Y., 1951. 575 p.
4. Ibid. P. 288.
5. Szasz P.S., Hollender M.H. A Contribution to the Philosophy of Medicine: the Basic Model of the Doctor-Patient Relationship // Archives of Internal Medicine. 1956. Vol. 97, no. 5. P. 585–592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>.
6. Ibid. P. 585.
7. Ibid. P. 586.
8. Kaba R., Sooriakumaran P. The Evolution of the Doctor-Patient Relationship // International Journal of Surgery. 2007. Vol. 5, no. 1. P. 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2006.01.005>.
9. Szasz P.S., Hollender M.H. Op. cit.
10. Ibid. P. 588.
11. Ibid. P. 591.
12. Veatch R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age // Hastings Center Report. 1972. Vol. 2, no. 3. P. 5–7. <https://doi.org/10.2307/3560825>.
13. Ibid. P. 5.
14. Ibid.
15. Ibid. P. 7.
16. Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В. Важнейшие достижения медицины XX – начала XXI века и их значение для ближайшего будущего // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 5. С. 3–6.
17. Основы доказательной медицины : учеб. пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей / под общ. ред. Р.Г. Оганова. М., 2010. 136 с.
18. Гидденс Э. Судьба, риск и безопасность // Теория и история экономических и социальных институтов и систем. 1994. № 5. С. 107–134.
19. Луман Н. Понятие риска // Там же. С. 135–160.
20. Бек У. Общество риска: на пути к другому модерну. М., 2000. 383 с.
21. Гидденс Э. Указ. соч. С. 107.
22. Там же. С. 133.
23. Там же.
24. Луман Н. Указ. соч. С. 146.
25. Там же. С. 151.
26. Бек У. Указ. соч.
27. Там же. С. 162.
28. Emanuel E.J., Emanuel L.L. Four Models of the Physician-Patient Relationship // Journal of American Medical Association. 1992. Vol. 267, no. 16. P. 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.
29. Ibid. P. 2221.
30. Ibid.
31. Ibid.
32. Ibid. P. 2222.
33. Сударева Е.О. Добровольное согласие как условие медицинского вмешательства в праве РФ и США // Вестник РУДН. Серия: Юридические науки. 2008. № 3. С. 70–75.
34. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? / M. Hall, E. Dugan, B. Zheng, A. Mishra // The Milbank Quarterly. 2001. Vol. 79, no. 4. P. 613–639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>.
35. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество. Опыт социального прогнозирования. М., 1999. 785 с. ; Кастельс М. Информационная эпоха. Экономика, общество и культура. М., 2000. 606 с. ; Тоффлер Э. Третья волна. М., 2004. 784 с.
36. Бехманн Г. Современное общество: общество риска, информационное общество, общество знаний. М., 2010. 248 с.

References:

- Bechmann, G 2010, *Modern Society: Risk Society, Information Society, Knowledge Society*, Moscow, 248 p., (in Russian).
- Beck, U 2000, *Risk Society: Towards a New Modernity*, Moscow, 383 p., (in Russian).
- Bell, D 1999, *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting*, Moscow, 785 p., (in Russian).
- Castells, M 2000, *The Information Age: Economy, Society and Culture*, Moscow, 606 p., (in Russian).
- Emanuel, EJ & Emanuel, LL 1992, 'Four Models of the Physician-Patient Relationship', *Journal of American Medical Association*, vol. 267, no. 16, pp. 2221-2226, <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.
- Giddens, A 1994, 'Fate, Risk and Security', *Teoriya i istoriya ekonomicheskikh i sotsial'nykh institutov i sistem*, no. 5, pp. 107-134, (in Russian).
- Hall, M, Dugan, E, Zheng, B & Mishra, A 2001, 'Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?', *The Milbank Quarterly*, vol. 79, no. 4, pp. 613-639, <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>.
- Kaba, R & Sooriakumaran, P 2007, 'The Evolution of the Doctor-Patient Relationship', *International Journal of Surgery*, vol. 5, no. 1, pp. 57-65, <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2006.01.005>.
- Lisitsyn, YuP & Zhuravleva, TV 2012, 'The Pivotal Medical Achievements of the 20th-Early 21st Centuries and Their Importance for the Near Future', *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*, no. 5, pp. 3-6, (in Russian).
- Luhmann, N 1994, 'The Concept of Risk', *Teoriya i istoriya ekonomicheskikh i sotsial'nykh institutov i sistem*, no. 5, pp. 135-160,

(in Russian).

Oganov, RG (ed.) 2010, *Fundamentals of Evidence-Based Medicine: a Study Guide*, Moscow, 136 p., (in Russian).

Paltsev, MA, Belushkina, NN & Chaban, EA 2015, 'P4 Medicine as a New Healthcare Model in the Russian Federation', *Orgzdrav: novosti, mneniya, obuchenie*, no. 2, pp. 48-54, (in Russian).

Parsons, T 1951, *The Social System*, New York, 575 p.

Sudareva, EO 2008, 'Voluntary Consent as a Condition of Medical Intervention in the Law of the Russian Federation and the United States', *Vestnik RUDN. Seriya: Yuridicheskie nauki*, no. 3, pp. 70-75, (in Russian).

Szasz, PS & Hollender, MH 1956, 'A Contribution to the Philosophy of Medicine: the Basic Model of the Doctor-Patient Relationship', *Archives of Internal Medicine*, vol. 97, no. 5, pp. 585-592, <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>.

Toffler, A 2004, *The Third Wave*, Moscow, 784 p., (in Russian).

Veatch, RM 1972, 'Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age', *Hastings Center Report*, vol. 2, no. 3, pp. 5-7, <https://doi.org/10.2307/3560825>.