

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ДОВЕРИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: БИОЭТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ

Климович Анна Игоревна, Мороз Ирина Николаевна, Халямина Ирина Игоревна

Белорусский государственный медицинский университет

Аннотация: В статье анализируется институциональное доверие в медицине как биоэтическая проблема в контексте пяти составляющих социального института. Вводится понятие «формальный сценарий», описывающее имитацию заботы. Отдельное внимание уделяется биоэтическому измерению социальных ролей, профессиональному выгоранию как этической проблеме и влиянию организационной среды на формирование доверия.

Ключевые слова: институциональное доверие, формальный сценарий, профессиональное выгорание, организационная среда, достоинство пациента.

INSTITUTIONAL TRUST IN HEALTHCARE: A BIOETHICAL DIMENSION

Anna I. Klimovich, Irina N. Moroz, Irina I. Khalyamina

Belarusian State Medical University

Abstract: The article analyzes institutional trust in medicine as a bioethical issue within the framework of the five components of a social institution. It introduces the concept of a "formal scenario" describing the imitation of care. Special attention is paid to the bioethical dimension of social roles, professional burnout as an ethical problem, and the influence of the organizational environment on the formation of trust.

Key words: institutional trust, formal scenario, professional burnout, organizational environment, patient dignity.

Введение и цель Понятие доверия – основополагающее в диаде врач-пациент, поскольку напрямую влияет на комплаентность пациента и на качество оказания медицинской помощи. Цель настоящего исследования – анализ специфики процесса формирования доверия в рамках здравоохранения как социального института. Оно выступает элементом более широкой научной проблемы формирования доверия к социальным институтам, классически понимаемой как диалектика доверия и надежности. Мы же предлагаем сфокусироваться на биоэтической проблематике, центрированной на правах

отдельной личности, и таким образом показать, как индивидуальные ожидания встраиваются в институциональные механизмы.

Методы и материалы. Исследование представляет собой концептуальный анализ. Материалом послужили нормативные правовые акты Республики Беларусь в сфере охраны здоровья, этические кодексы, научная литература по биоэтике, философии медицины, психологии и социологии профессий.

Методологическая стратегия включала концептуальный анализ категорий, институциональную декомпозицию, подразумевающую рассмотрение доверия сквозь призму структурных элементов социального института (ценности, нормы, роли, организации, санкции).

Результаты исследования. В качестве ценности доверие является повсеместно декларируемой программной установкой, носителем которой выступает профессиональное медицинское сообщество в целом. Проблемы возникают в случае формального сценария реализации этой ценности на практике. Под формальным сценарием подразумевается ритуализированное поведение (следование лишь скриптам коммуникации), демонстрация внимания без реального внимания (лишь техника активного слушания, внедряемая как панацея для совершенствования медицинской коммуникации) и имитация информированного согласия, подразумевающая несовершенное информирование пациента. Дополнительным стимулом к формализации поведения выступает временное ограничение на прием пациента. В случае формализованного сценария нарушаются все основополагающие принципы биомедицинской этики, что ведет к утрате доверия и невозможности формирования надлежащего уровня коммуникации с пациентом.

Под социальными нормами, регламентирующими формирование доверия, подразумеваются этические и правовые нормы. Формализованный концепт доверия к системе здравоохранения реализуется непосредственно через процедуру получения информированного согласия. Конкретно этические нормы в Республике Беларусь регламентируются следующими

нормативными правовыми актами (Законом Республики Беларусь от 18.06.1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 07.05.2021 г. № 99-З «О персональных данных», постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.08.2018 г. № 64 «О правилах медицинской этики и деонтологии», постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.11.2008 г. № 205 «Об утверждении Инструкции о порядке создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам медицинской этики и деонтологии»; кодексами и предписаниями. В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении», определены основные права пациентов, обязанности медицинских работников, касающихся соблюдения этических норм при оказании медицинской помощи. В постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64 «О Правилах медицинской этики и деонтологии», разъяснены понятия гуманизма, милосердия, сдержанности, профессионализма, конфиденциальности и толерантности. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.11.2008 г. № 205 «Об утверждении Инструкции о порядке создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам медицинской этики и деонтологии» предусмотрено создание структуры в организации здравоохранения, обеспечивающей защиту прав пациентов, соблюдение норм медицинской этики и деонтологии. Но с позиции биоэтики, санкции фиксируют «негативную этику» – отсутствие грубых нарушений, не являются способными обеспечить «позитивную» – присутствие подлинного уважения.

Роли и статусы также являются частью формальной структуры. В биоэтическом измерении ролевая структура связана с принципом благодеяния, ожидания общества обращены к тому, кто способен реализовать заботу в ее подлинном виде. Профессиональное выгорание в этом контексте

предстает как этическая проблема. Система, допускающая такое, подрывает способность врача к реализации благодеяния.

На уровне организаций здравоохранения доверие формируется как ответная реакция на справедливое распределение медицинских ресурсов, включая такие объективные характеристики как материально-техническая оснащенность, менеджмент и отсутствие организационных барьеров, наличие обратной связи, эффективное разрешение конфликтов. С биоэтической точки зрения, эти параметры непосредственно связаны с уважением к достоинству пациента. Продуманная среда и доступность персонала подтверждают, что пациент воспринимается как цель, а не средство.

Выводы. Индивидуальные ожидания пациента, не находящие удовлетворения в конкретном взаимодействии, аккумулируются в жалобах, отказах от рекомендаций, уходе в платную медицину, формируя тем самым обратную связь, которая должна трансформироваться в институциональные решения. Именно через этот цикл (личный опыт, сигнал, институциональная реакция) индивидуальное доверие становится институциональным. Без институциональных механизмов, обеспечивающих подлинность коммуникации, уважение к достоинству и справедливое распределение ресурсов, декларации о доверии остаются риторикой, неспособной противостоять дегуманизации медицинской помощи.



ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)

**Третья Международная научно-
практическая конференция**

**«МЕДИЦИНА XXI ВЕКА
В ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ»**

**«ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ И
СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ ДИНАМИКА
ОБЩЕСТВА»**

19 марта 2026 года

Сеченовский Университет, Москва

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

