

И. Б. НАЗАРОВА

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ "ВРАЧ-ПАЦИЕНТ": ПРАВОВЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

НАЗАРОВА Инна Борисовна - кандидат социологических наук, старший научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения РАН.

За годы развития биоэтики социологи достаточно полно рассмотрели вопрос ролевых и этических отношений "врач-пациент". Например, Т. Парсонс отметил асимметрию в отношениях врача, как специалиста, и пациента, который, в основном, подчиняется предписаниям врача [1-5]. Е. Фрейдсон также указывал на проблему профессионального преобладания врачей [6, 7]. Вместе с тем, несмотря на доминирующую роль, профессионалы сдержаны строгими рамками закона, этических отношений, высокими рисками в виде потери лицензии на лечебную деятельность и наложения на них штрафов.

В России идет процесс создания профессиональных ассоциаций, которые должны заниматься защитой прав как пациентов, так и медицинских работников, однако пока эти ассоциации не имеют традиций, опыта и специалистов для реализации функций защиты по аналогии, например, с ассоциациями в США. Создание организаций, способных заниматься спорными вопросами в системе оказания медицинской помощи идет параллельно росту активности пациентов. В последние годы наблюдается рост числа обращений пациентов в министерство здравоохранения, комитеты по защите прав потребителей, судебные органы с исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебной и диагностической помощи, а также морального вреда. С введением медицинского страхования, поток жалоб пациентов направился и в больничные кассы, страховые фонды, количество жалоб возросло в два раза ежегодно. Этот процесс шел на фоне увеличивающейся асимметрии требований

¹ См., напр., Назарова И.Б. Права пациента и отношение к здоровью // Здравоохранение. 1999. № 3. С. 54-61.

пациентов и низких возможностей медицинских организаций в оказании помощи; правового обеспечения в решении спорных вопросов; понижения уровня здоровья и жизни большинства россиян.

По росту жалоб можно предположить, что группы пациентов, готовых обратиться в судебные органы, будут увеличиваться. Прежде всего, готовы обратиться в суд молодые граждане - новое поколение и наиболее информированные пациенты (по отстаиванию права получения качественной помощи в медицинских учреждениях). С изменением сознания и поведения пациентов появились признаки замещения жалоб в различные инстанции на судебные иски. Врачи начали защищаться от возможных судебных разбирательств, в том числе отказом от рискованных вмешательств [8].

На мой взгляд, субъекты российского здравоохранения недостаточно знают законодательные акты, регулирующие отношения "врач-пациент" и нормы биоэтики; не готовы исполнять нормы закона в отношениях "врач-пациент" и действовать в соответствии с биоэтическими нормами. Чтобы проверить данную гипотезу, в 1999 г. в Казани было проведено исследование о знании и отношении к закону в здравоохранении. Методом структурированного интервью (по опроснику) были проинтервьюированы врачи (382 врача: главные врачи (и заместители) поликлиник и больниц - 17% от числа опрошенных; участковые врачи - 22,7%; заведующие отделением - 15,7%; другие специалисты - 44,6%). Опрошены также и пациенты клиник и больниц (448 человек, 18-80 лет): 36,7% мужчин и 63,3% женщин. Образование пациентов, среди которых проводилось интервью: начальное имели 1,8%, неполное среднее - 6,8%, среднее общее - 16,9%, среднее специальное - 26,0%, неоконченное высшее - 7,8%, высшее - 38,4%, закончили аспирантуру - 2,3%.

Права пациента в сфере охраны здоровья и механизм реализации этих прав закреплены в основах законодательства "Об охране здоровья граждан" в виде трех разделов, включающих 18 статей, а права медицинских работников отражены практически в одной статье. 59% врачей (22,6% пациентов) ответили, что знакомы с законодательными актами, определяющими права и обязанности медицинского работника, 58,8% врачей (27,3% пациентов) считают, что они знакомы с законодательными актами, определяющими права и обязанности пациента. Более детальный опрос показал, что медицинские работники отмечают, прежде всего, законодательство, которое непосредственно касается сферы здравоохранения, здоровья и медицины (табл. 1). Среди врачей мужчины чаще называли Конституцию как закон, в котором отражены права и обязанности врачей и пациентов. Старшие возрастные группы знакомы с основами законодательства "Об охране здоровья граждан". Положением закона "О защите прав потребителя" знают, прежде всего, мужчины и врачи со стажем. Руководители здравоохранения считают, что они знают законодательство лучше остальных специалистов. С законом о медицинском страховании и об охране здоровья граждан знаком каждый пятый пациент, а со своими правами, закрепленными в Конституции - каждый десятый (прежде всего высокообразованные респонденты - мужчины и респонденты старших возрастов).

Пациенты чаще всего называют закон "О медицинском страховании граждан", который был принят в 1991 г. В 1995-1996 гг. жители региона получили страховые полисы обязательного медицинского страхования, и многие проявили интерес к тому, как нововведение изменит принцип получения медицинской помощи. Некоторые пациенты говорили, что познакомились со своими правами, читая то, что написано в страховом полисе. Пожилые пациенты знакомы с законом о правах потребителей. В большей мере осведомлены о своих правах пациенты со "стажем".

Врачи (45,4%) считают, что у них достаточно знаний о правах пациентов. В то же время только 14,9% пациентов знают о своих правах при оказании медицинской помощи. Врачи лучше ориентируются в правах пациентов, нежели в своих собственных. О правах медицинских работников осведомлена пятая часть специалистов. Самый высокий уровень грамотности врачи показали в отношении уголовной ответственности медицинского работника.

В ходе исследования респондентам было предложено проанализировать ряд утверждений, которые касаются взаимоотношений "врач-пациент" и отражены в законодательстве (табл. 2). Гражданин имеет право на получение информации о состоянии своего здоровья (ст. 31 основ законодательства). 90,8% пациентов и столько же врачей согласны с этим. Пациент имеет право на отказ от медицинского вмешательства (ст. 33). С этим согласны 74,6% специалистов и 76,2% пациентов. Пациент и его родные имеют право на выбор метода лечения, считают 56,3% врачей и 66,8% пациентов.

Интересны мнения сторон, когда разговор заходит о праве принятия решения. Участники терапевтического процесса - врач и пациент имеют равное право голоса. С этим утверждени-

Если Вы знакомы с правами пациента или медицинского работника, то какие документы отражают эти вопросы? (в % к числу опрошенных)

Законодательство	Врачи (n = 382)	Пациенты (n = 448)
Закон об охране здоровья граждан	53,1	18,1
Закон о медицинском страховании	44,5	19,0
Конституция	33,2	10,5
Закон о защите прав потребителя	14,9	7,6
Уголовный кодекс	3,7	-

Таблица 2

С каким из утверждений Вы согласны (в % к числу опрошенных)

Утверждения	Врачи (n = 382)	Пациенты (n = 448)
Участники лечебного (терапевтического) процесса - врач и пациент имеют равное право голоса	67,5	61,6
Пациент или его родные имеют право на выбор метода лечения	56,3	66,8
Пациент или его родные имеют право на полный контроль над любым медицинским вмешательством	34,9	78,1
Пациент или его родные имеют право на отказ от любого медицинского вмешательства	74,6	76,2
Пациент или его родные имеют право на информацию о состоянии своего здоровья	90,8	90,8
Неэтичные и противоправные поступки в медицинской деятельности следует обсуждать публично	14,8	59,9
Общество должно контролировать медицинскую деятельность	41,7	79,4
Пациент может давать оценку качеству медицинской помощи	44,3	79,3

ем согласны 67,5% врачей и 61,6% пациентов. Пациент отдает первенство в этом вопросе специалисту, рассчитывая на его компетентность. Часть врачей все же согласна делиться своими полномочиями, уважать пациента и считаться с его мнением. Пациент или его родные имеют право на полный контроль над любым медицинским вмешательством - с данным утверждением согласны 78,1% пациентов, но только треть профессионалов. Треть врачей, но более половины пациентов считают, что общество должно контролировать медицинскую деятельность. 44,3% врачей и 79,3% пациентов согласны с тем, что пациент может давать оценку качеству медицинской помощи. Пациенты осторожны в этом вопросе, но проявляют большую готовность к обсуждению подобных тем в обществе - 59,9%.

Треть пациентов (33,1%) клиник заявили, что хотя бы раз в своей жизни пользовались правом отказаться от медицинского вмешательства. 80% врачей ответили, что им приходилось сталкиваться с пациентами, которые отказывались от медицинского вмешательства (чаще - молодые пациенты). В половине случаев отказы пациентов были следствием страха (51,8%). На втором месте среди причин отказов была названа некомпетентность медработников (41,4%). По религиозным соображениям отказывались от услуг медработников 14,4% пациентов. Врачи отмечали, что от медицинского вмешательства отказываются, прежде всего, некомпетентные пациенты (в 79% случаев). На некомпетентность пациентов чаще указывали врачи младшей возрастной группы. Возможно, для молодых специалистов это один из болезненных вопросов практики, от их лечения отказываются "сегодня", а от лечения коллег старшего возраста отказывались "вчера". Страх в качестве причин отказа, как и у пациентов, был назван немногим более чем в половине случаев.

Для российской медицины актуальна проблема недостатка медицинских ресурсов. Нас интересовало мнение врачей, что они будут делать в конкретной ситуации, если надо оказать помощь больному, но медицинские ресурсы ограничены (табл. 3).

Оказание медицинской помощи основывается на соображениях медицинского характера: специалист отдает приоритет тому пациенту, которому требуется неотложная медицинская

Как Вы считаете, чем руководствуется медицинский работник, когда оказывает помощь больному? (при наличии в конкретной ситуации ограниченных медицинских ресурсов: одна операционная, недостаток лекарственных препаратов и т.д.)?

Руководство к оказанию помощи больному	Врачи (%) (n = 382)	Пациенты (%) (n = 448)
Социальная значимость личности пациента	13,8	44,2
Ожидаемая продолжительность полноценной жизни пациента	54,3	38,9
Соображения медицинского характера (неотложная медицинская помощь по жизненным показаниям)	71,5	65,7
Расовая, национальная, религиозная принадлежность пациента (с тем, чтобы исключить возможность или даже предположение о дискриминации на расовой, национальной, религиозной почве)	1,7	8,7
Вероятность благоприятного исхода терапии	51,3	50,7
Вклад пациента в жизнь общества в прошлом или будущем	13,2	19,6
Ущерб, который будет нанесен смертью пациента членам его семьи	24,7	23,1

помощь по жизненным показаниям - так ответило 71,5% врачей, в первую очередь, молодые и мужчины. Этой же причине отводят первое место и пациенты (65,7%). На втором месте у врачей - ожидаемая продолжительность полноценной жизни пациента (54,3%). Пациенты второе место отдают вероятности благоприятного исхода терапии (50,7%). Затем для врачей играет существенную роль вероятность благоприятного исхода терапии (51,3%), а пациенты считают (44,2%), что врач отдаст предпочтение больному, у кого выше социальный статус.

Эти вопросы касаются не только законодательной, но и этической сферы. Менее четверти врачей считают, что имеют достаточно знаний по биоэтике (23,6%), более половины (55,6%) ответили определенно "недостаточно" и пятая часть (20,8%) затруднилась ответить. Около половины врачей (46,6%) уверены в том, что этические нормы медицинской деятельности изменились за последнее время, треть считают, что все осталось без изменений, пятая часть ответивших затруднилась склониться к какому-либо определенному ответу.

Сложные этические вопросы сегодня пытаются решать медицинские работники, юристы, пациенты. В медицинской практике эти проблемы встречаются ежедневно. Может быть, поэтому 63,6% врачей ответили однозначно, что необходим этический комитет, регламентирующий медицинскую деятельность, 20,2% воздержались, остальные - против. Поддерживают идею о создании этических комитетов 58% пациентов. Немногим больше половины пациентов (54,8%) считают, что комитет должен быть общественным, треть - в подчинении Министерства здравоохранения и 15,1% затруднились дать ответ. Врачи также склонны думать, что комитет может сохранить свою непредвзятость, если будет существовать не в подчинении ведомства (47,7%). А 34,7% придерживаются мнения, что комитет должен быть ведомственным, 17,6% не готовы дать ответ.

Если такой комитет рано или поздно будет создаваться, то в его состав должны входить, прежде всего, медицинские работники, юристы, представители общественности. Меньше всего доверия у врачей и пациентов вызывают государственные чиновники. О необходимости решения этических вопросов с позиций вероисповедания высказалось также небольшое количество респондентов.

Уровень правовой грамотности респондентов можно считать достаточно низким, но врачи лучше пациентов знают законодательные акты относительно прав граждан и медработников при оказании медицинской помощи: врачи имеют высокий уровень образования, а также профессиональную необходимость знать специальное законодательство. Однако и этот уровень нельзя назвать достаточным.

Мы отобрали респондентов-врачей, которые заявили, что они знакомы с правами пациента. В качестве второго индикатора использовали вопрос "Согласны ли Вы с тем, что пациент имеет право на отказ от медицинского вмешательства?". После чего определились четыре группы врачей: знают права пациента и согласны с ними (40%); знают права пациента, но не согласны с ними (12,1%) (в этой группе также могут быть врачи, которые на самом деле не

знают закон); не знают прав пациента, но интуитивно согласны с законом (34,8%); не знают прав пациента и не согласны с положениями закона (13,1%). (Близкие пропорции получаются, если мы выбираем и другие индикаторы.) Менее половины врачей знают закон и готовы работать в соответствии с его положениями. Остальные работают или могут работать на его деформализацию. Тем не менее, большинство врачей и пациентов (98,4% врачей и 88% пациентов) считают, что медицинский работник должен владеть всем набором знаний по правам пациента и медицинского работника. Врачи согласны с тем, что помимо повышения квалификации по специальности, необходимо дополнительное обучение юридической грамотности. Повышать правовую грамотность медицинских работников заставляет новая ситуация, рост числа жалоб пациентов в различные инстанции.

Мнения врачей и пациентов резко расходятся, когда от рассмотрения принципов равноправия сторон в процессе оказания медицинской помощи мы переходим к обсуждению принципов контроля над оказанием - получением медицинской помощи. Врачи будут чувствовать себя гораздо спокойнее, если в принятии решения примет участие представитель специальной организации. Профессионалы готовы делиться ответственностью, но не согласны с контролем общества. Наибольшую закрытость сообщество врачей проявляет в том, чтобы выносить на всеобщее обсуждение недостатки профессиональной деятельности.

Достаточно много пациентов не доверяют врачам и критически оценивают их компетентность. Мнения о некомпетентности пациента или медицинского работника весьма спорны. Возможно, когда пациенты говорят о некомпетентности медицинского работника, то речь идет некоторым образом о недоверии, сомнении и страхе. Точно так же врачу легче считать причиной отказа от вмешательства некомпетентность пациента, а не разбираться в истинных причинах, и помочь пациенту принять решение на основе дополнительной адекватной информации.

Взаимоотношения врача и пациента в России носят определенно патерналистический характер, основанный на неравенстве в лечебно-диагностическом процессе сторон, безоговорочном подчинении действий пациента предписаниям врача. Использование права дать согласие на лечение или отказ от медицинского вмешательства - это приближение к модели информированного согласия на основе партнерства. Врачи в этом вопросе склонны отводить пациенту скромную роль.

В соответствии с Конституцией, любой гражданин имеет право на бесплатную и квалифицированную помощь. Однако в российском здравоохранении сложилась сложная финансовая ситуация, которая дает себя знать в ежедневной врачебной деятельности. Как правило, больной вынужден покупать лекарства и другие необходимые для лечения материалы, потому что здравоохранение не может обеспечить поликлиники и стационары всем необходимым. Эта ситуация ставит медицинского работника в условия выбора приоритетов оказания неотложной помощи больному. На таком фоне вопросы медицинской этики становятся острее и болезненнее. Врач, прежде чем оказывать помощь, может поинтересоваться социальными характеристиками пациента и решить, что один пациент важнее, а другой может подождать. Пациенты знают об этом.

В результате исследования определились четыре группы врачей по их отношению к вопросам медицинской этики. В качестве индикаторов были использованы вопросы "Медицинский работник при оказании помощи больному должен руководствоваться соображениями медицинского характера (неотложная медицинская помощь по жизненным показаниям)" и "У меня достаточно знаний по вопросам биомедицинской этики". Достаточно знаний по вопросам биомедицинской этики и руководствуюсь ими (20,5%); достаточно знаний по вопросам биомедицинской этики, но не согласен с ее положениями (9,3%); не знаю, но интуитивно согласен (48,9%); не знаю и не согласен (21,3%). Руководствуясь этическими нормами, очень важно, чтобы врач не только был знаком с ними, но и искренне действовал в соответствии с ними.

Законодательная база в сфере здравоохранения недостаточна, уже работающее российское законодательство несовершенно и неспособно учитывать все особенности отношений в сфере охраны здоровья. Нормы законодательства в сфере здравоохранения и медицины являются спорными, подвергаются сомнению, игнорируются или неизвестны многим медицинским работникам и пациентам. Далеко не все врачи и пациенты готовы исполнять законодательно закрепленные положения, отражающие принципы добровольного информированного согласия.

У современного пациента, при невысоких требованиях к себе, очень высокие требования к работе медицинских учреждений и медицинских работников. Это происходит из-за того, что

нормы поведения медицинского работника институционализированы, а нормы поведения пациента, в основном, ограничены предписаниями и требованиями врача. Пациенты и врачи часто не находят понимания в процессе лечения, указывая на некомпетентность друг друга. Нарушение этических норм и деформализация закона приобрели форму практик. Этому способствует низкая оплата труда врачей. Вознаграждение медицинского работника как дополнительный доход нередко "зависит" от нарушения закона, когда врач отдает предпочтение тому пациенту, который больше платит в руки врача. Примеры того, что медицинский работник оказывает помощь, исходя не из соображений медицинского характера (неотложная медицинская помощь по жизненным показаниям), ведет к неверию в искренность медицинской помощи и медицинских работников, подрывая основу этических отношений лечащего и пациента.

Введение новых правовых актов и совершенствование законодательных и этических норм, на мой взгляд, поможет в решении спорных дел, но не превратит неправую практику в редкое исключение. Принятые в последние годы законы (в том числе, отражающие вопросы медицинской этики) институционализировались на макроуровне, но на микроуровне они во многом были обречены на деформализацию укоренившимися в российском здравоохранении неэтическими практиками.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Parsons T.* Illness and the role of the physician // *Personality in Nature. Society and Culture* / Ed. H.A. Vurray, C Kluckhohn. N.Y.: Knopf, 1948. P. 609-617.
2. *Parsons T.* Social Structure and dynamic process: The case of medical practice // *Social System*. N.Y., 1951.
3. *Parsons T.* Definitions of health and illness in the light of American values and social structure // *Patients. Physicians and Illness: Sourcebook in Behavioral Science and Medicine* / Ed. E.G. Jaco, Glencoe, 111: Free-Press, 1958. P. 165-187.
4. *Parsons T.* The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Mem. Fund Q*, 1975. P. 257-277.
5. *Parsons T., Fox R.* Illness, therapy, and the modern urban American family // *J. Soe*. 1952. Issues 8. P. 31-44.
6. *Freidson E.* Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. N.Y.: Dodd. Mead, 1970.
7. *Freidson E.* Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care. Chicago: Aldine, 1970.
8. *Шамигулин В.И., Танковский В.Э.* Правовые взаимоотношения между врачом и пациентом // *Здравоохранение*. 1998. № 6. С. 7-14.