
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616-052:614.253

КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОКАЗАНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В. И. Петров, Е. Г. Попова

Волгоградский государственный медицинский университет

В работе проанализированы причины конфликтов в диадах «врач — пациент», возникающих в муниципальных и государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях, при оформлении добровольного информированного согласия на медицинские процедуры. Предложены пути снижения уровня конфликтности на врачебном амбулаторном приеме.

Ключевые слова: добровольное информированное согласие, конфликт на амбулаторно-поликлиническом приеме.

CONFLICTOLOGICAL PARADIGMS OF INFORMED VOLUNTARY CONSENT TO MEDICAL INTERVENTION IN PROVISION OF OUTPATIENT CARE

V. I. Petrov, E. G. Popova

We analyzed the causes of conflicts in the dyads of «physician — patient» relationship arising in outpatient hospitals, when you give a voluntary informed consent for medical procedures. Ways of reducing the possibility of conflicts at the doctor's patient reception are proposed.

Key words: voluntary informed consent, conflict in the outpatient reception.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) имеет целый ряд особенностей, обладающих существенным конфликтологическим потенциалом. Основной из них, с точки зрения подавляющего числа врачей (восемь из десяти респондентов по итогам проведенного нами ежегодного анкетирования в 1997—2010 гг.), является нормирование плана приемов (в том числе и обслуживания вызовов «на дому»). Фиксированная продолжительность врачебного приема при работе АПУ в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) напрямую связана с оплатой труда. В этих условиях количественные показатели работы врачей первичного звена преобладают в оценке их деятельности над качественными. Высокий уровень обращаемости за медицинской помощью трактуется как показатель доступности амбулаторно-поликлинической помощи. Однако при углубленном анализе это может свидетельствовать и о низком качестве оказываемых медицинских услуг. Ранее, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 23.09.1981 г. № 1000 рассчитывалась ежедневная нагрузка врача на приеме (функция врачебной должности), позволяющая меди-

цинскому учреждению выполнить определенный бюджетом план посещений, формирующийся на основе его же усредненных многолетних показателей. В первые годы внедрения принципов страховой медицины раз-рекламированное адресное поступление денежных средств в лечебные учреждения по факту выставленных ими счетов за оказанные медицинские услуги превратилось в погоню за увеличением количества приемов пациентов. Это спровоцировало переход многих АПУ на применение так называемого принципа оплаты труда по «конечному результату» (оплата в зависимости от количества принятых пациентов), фиктивному (за счет назначения необоснованных явок пациентов и «приписок») росту уровня обращаемости. В результате произошло существенное снижение качества оказания медицинской помощи (в связи с сокращением длительности приема), увеличилось число конфликтов в диадах «врач — пациент» (сокращение времени приема всего на 2,9 минуты увеличивает количество фиксируемых жалоб практически вдвое). Введение в 2007 г. ТФОМС планов-заказов для лечебных учреждений несколько стабилизировало ситуацию, но многие вопросы продолжают оставаться проблемными.

За последние годы объемы формальной, «бумажной» работы у врачей АПУ существенно увеличились, но это никак не сказалось на изменении продолжительности приемов пациентов, а значит на расчетной функции врачебной должности. Следует также отметить, что основная часть требуемых документов не может быть заполнена в отсутствии пациента, так как требует его обязательного и непосредственного участия. Данная ситуация обусловлена изменением характера взаимоотношений между врачом и пациентом при оказании *медицинской помощи* в условиях декларируемой на государственном уровне смены патерналистской модели (тракуемой как ограничение прав гражданина) на информационную (совещательную или контрактную), которая более точно фиксирует ситуацию предоставления *медицинских услуг* в современных рыночных условиях. Директивное поведение врача не предусматривало длительных бесед с больными, паритетное — требует значительно больших временных затрат на процесс межличностного общения во время амбулаторно-поликлинического приема. Однако при существующей «конвейерной» системе медицинского обслуживания в амбулаторно-поликлинических учреждениях пространственные, адаптированные к уровню интеллекта и образования конкретного пациента беседы во время приема, с точки зрения врачей, возможны лишь гипотетически.

Добровольное информированное согласие пациента стало необходимым предварительным условием *любого* медицинского вмешательства в 1993 г., согласно ст. 32 действующих «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее — Основы), но в документе не было указаний на необходимость его оформления в письменной форме [2]. Достаточным считалось обоснованное назначение медицинских процедур (информация вносилась в амбулаторную карту больного) и разъяснение пациенту необходимости и правил их выполнения. В Методических рекомендациях ФФОМС «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него...» (Письмо ФФОМС от 27 октября 1999 г. № 5470) медицинское вмешательство трактуется как «любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту», информированное добровольное согласие — как «добровольное согласие пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство, данное ими на основе полученной от лечащего врача полной и всесторонней информации в доступной для пациента форме изложения о цели, характере и способах данного вмешательства, связанном с ним вероятном риске, возможных медико-социальных, психологических, экономических и других последстви-

ях, а также возможных альтернативных видах медицинской помощи и связанных с ними последствиями и риске». В письме изложено требование оформлять согласие непосредственно в первичной медицинской документации (в письменной форме), скрепляя подписью пациента и лечащего врача, при этом форма и порядок его оформления оставлен на усмотрение руководителя учреждения здравоохранения или территориального органа управления здравоохранением субъекта РФ. Следовательно, врач на амбулаторном приеме, в АПУ, работающем в *системе ОМС* (поликлиники, имеющие лицензию, предоставляющие медицинскую помощь в соответствии с территориальными программами государственных гарантий, обязанные соблюдать федеральные стандарты оказания медицинской помощи, прочее — нарушение действующих нормативных актов), вынужден получать информированное добровольное согласие пациента на все назначаемые диагностические и лечебные манипуляции практически от каждого пациента.

Несмотря на введение в амбулаторно-поликлиническую практику стандартов оказания медицинской помощи, процесс диагностики и лечения конкретного больного остается индивидуальным (количество комбинаций патологий и индивидуальных особенностей пациента бесконечно), поэтому использование формализованных бланков информированного согласия возможно лишь условно и только в том случае, когда врачом вместо персонализированной работы с пациентом создается видимость его информирования (беседа сводится к фразе: «Подпишите согласие на ..., это необходимо для ...», а чаще всего документ просто подписывается больным потому, что «так надо», в том месте, которое указала медицинская сестра еще до осмотра врачом), а пациент (понимая ограниченность продолжительности приема — ведь у двери кабинета врача очередь больных), принимая условия «игры», показывает видимость понимания ситуации. В подавляющем большинстве случаев такое информированное согласие никого не информирует, но создает прецедент для возникновения конфликтов. Рассуждения о возможностях стандартизации информированного согласия — это разговоры дилетантов, далеких как от медицины, так и от юриспруденции. Такая бумага не сможет выполнить возлагаемых на нее функций защиты пациента от некомпетентного, недобросовестного врача и защиты врача от неправомерно большого. Тем не менее, факт отсутствия информированного добровольного согласия даже при соблюдении стандартов диагностики и лечения будет являться несоблюдением прав пациента в процессе оказания ему медицинской помощи и условием для привлечения к ответственности врача в случае причинения вреда жизни и здоровью больного даже при отсутствии вины [3].

Технология оказания амбулаторно-поликлинической помощи в настоящее время предусматривает следующий алгоритм действий медицинских работников (обобщенная схема):

— оформление амбулаторной карты пациента (форма 025-у) и «Талона амбулаторного пациента» (форма

025-12/у) по факту предъявления им документа, удостоверяющего личность, и полиса обязательного медицинского страхования (место действия — регистратура; исполнители — медицинские регистраторы);

– получение согласия на обработку персональных данных пациента (место действия — регистратура; исполнители — медицинские регистраторы);

– прием пациента врачом АПУ (его опрос, осмотр, выставление предварительного диагноза, назначение диагностических процедур, консультаций; место действия — кабинет врача; исполнитель — врач АПУ);

– получение (для выполнения диагностических процедур консультаций) информированного добровольного согласия пациента (место действия — кабинет врача; исполнитель — врач АПУ);

– назначение лечения (место действия — кабинет врача; исполнитель — врач АПУ);

– получение (для осуществления лечебных процедур) информированного добровольного согласия пациента (место действия — кабинет врача; исполнитель — врач АПУ);

– контроль за проводимым лечением — повторный (повторные) прием(ы), назначение дополнительных исследований (консультаций) также с получением на их выполнение информированного добровольного согласия (место действия — кабинет врача; исполнитель — врач АПУ);

– назначение реабилитационного (поддерживающего) лечения или продолжение начатого лечения (место действия — кабинет врача; исполнитель — врач АПУ).

С целью увеличения пропускной способности и уменьшения очередей в регистратурах поликлиник (а значит и с целью уменьшения числа конфликтов) информация о необходимости оформления согласия на обработку персональных данных при первичном обращении пациента в АПУ размещается в общедоступных местах на информационных стендах. Формализованный стандартный бланк этого документа выдается пациенту для подписи при получении им «Талона амбулаторного пациента», после чего вклеивается медицинским регистратором в его амбулаторную карту. Несмотря на отработанный механизм действий сотрудников регистратур и четкость предоставляемой медицинским учреждением информации по проблеме, каждое шестое обращение пациента в АПУ, требующее оформления этого документа, выливается в конфликт и требует вмешательства администрации для дополнительных разъяснений. Анализ структуры конфликтов при оформлении согласия на обработку персональных данных при первичном обращении пациента в АПУ за период с 01.09.2010 по 31.12.2010 г. (данные получены с использованием метода «включенного» наблюдения) представлен в табл. 1.

Таблица 1

Структура конфликтов при оформлении согласия на обработку персональных данных при первичном обращении пациента в АПУ

Причина конфликта	Всего	Пол		Возраст				Социальный статус				
		М	Ж	18—20	21—40	41—60	> 60	Учащиеся	Рабочие	Служащие	Пенсионеры	
Всего	Кол-во	2741	1152	1589	255	659	831	996	102	919	373	1347
	%	100	42,0	58,0	9,3	24,0	30,3	36,4	3,7	33,6	13,6	49,1
Не ясна цель оформления документа, в том числе:	Кол-во	1569	698	871	243	550	527	249	95	700	318	456
	%	57,2	25,5	31,7	8,9	20,0	19,2	9,1	3,5	25,5	11,6	16,6
– оформление документа позволит сотрудникам ЛПУ использовать персональные данные в личных целях	Кол-во	332	145	187	58	136	104	34	25	138	107	62
	%	12,1	5,3	6,8	2,1	5,0	3,8	1,2	0,9	5,0	3,9	2,3
– если требуется оформление документа, значит существует риск незаконного использования персональных данных	Кол-во	389	233	156	58	122	208	1	40	183	145	21
	%	14,2	8,5	5,7	2,1	4,4	7,6	0,1	1,5	6,7	5,3	0,7
– сотрудники ЛПУ искусственно затягивают время обслуживания в регистратуре, оформляя ненужные документы	Кол-во	848	320	528	127	292	215	214	30	379	66	373
	%	30,9	11,7	19,2	4,6	10,7	7,8	7,8	1,1	13,8	2,4	13,6
Требование оформлять только амбулаторную карту в письменном виде и не вносить сведения в электронную базу данных ЛПУ (параллельно с требованием ее хранения «на дому»)	Кол-во	94	23	71	—	15	32	47	—	15	6	73
	%	3,4	0,8	2,6	—	0,5	1,2	1,7	—	0,5	0,2	2,7
Ранее такие документы не оформлялись	Кол-во	457	222	235	—	24	128	305	—	83	35	339
	%	16,7	8,1	8,6	—	0,9	4,7	11,1	—	3,0	1,4	12,3
Отказ от оформления документа без объяснения причин	Кол-во	621	209	412	12	70	144	395	7	121	14	479
	%	22,7	7,6	15,1	0,4	2,6	5,3	14,4	0,3	4,4	0,5	17,5

Четверо из пяти конфликтантов так или иначе высказали при общении с администрацией недоумение по поводу необходимости получения медицинским учреждением разрешения на обработку персональных данных, отметив, что их паспортные данные, сведения по полису ОМС и номер СНИЛС уже в течение многих лет внесены в электронную базу территориальной поликлиники, а сотрудники медицинского учреждения дали им устные разъяснения о механизме оплаты труда в АПУ в зависимости от оформленных счетов по факту осуществления врачебного приема, а значит о необходимости внесения в них персональных данных пациентов. Каждый третий участник конфликта указал на то, что оформляя ненужные документы, сотрудники АПУ искусственно затягивают время их обслуживания в регистратуре (отметим, что недовольство в такой форме высказывали в равной мере представители всех возрастных групп пациентов, в своем большинстве относящихся к социальной категории рабочих и пенсионеров). Каждый четвертый стал сомневаться в качестве хранения конфиденциальной информации в поликлинике. Один из пяти конфликтующих в категорической форме отказался подписывать предложенный документ, а каждый тридцатый потребовал исключить его данные из электронной базы АПУ и отдать его амбулаторную карту «на руки».

Согласие на выполнение медицинского вмешательства (диагностическое пособие, хирургическое вмешательство, назначение лекарственной терапии и т. д.), предлагаемое для подписи больному, должно содержать надлежащую информацию:

- обоснование причин, требующих выполнения назначений;
- объяснение необходимости их выполнения в конкретной ситуации в настоящее время;
- разъяснение технологии выполнения медицинских назначений;
- вероятность получения положительных результатов (с указанием целевых установок) при выполнении рекомендаций;
- характеристику рисков и сведения о возможных проблемах при выполнении лечебно-диагностических процедур;
- сведения об альтернативных методах диагностики и лечения с конкретизацией возможных перспектив для больного при их применении.

Мониторинг амбулаторно-поликлинических приемов выявил следующее: в среднем в АПУ в течение дня обращается около 30—35 % первичных больных. С учетом мощности поликлиник, их обычной продолжительности работы, штатных нормативов, уровня укомплектованности кадрами (для автоматизированной выписки «Талонов амбулаторного пациента» выделяется не более 2 операторов и 3—4 медицинских регистратора в смену на работу с амбулаторными картами) длительность обслуживания пациента непосредственно в регистратурах составляла до введения практики оформления согласия на обработку персональных данных — 4,8 минуты, после — 10,5 минут. Среднее время ожидания в регистратурах пер-

вично обращающихся за медицинской помощью увеличилось соответственно с 15—20 до 40—55 минут!

Необходимость оформления на врачебном амбулаторно-поликлиническом приеме информированного согласия пациента на медицинское вмешательство вызывает единодушное неприятие врачебного социума (всего 563 опрошенных). Причем на сформировавшееся мнение практически не повлияла разъяснительная работа администраций АПУ, доказывающая целесообразность введения этого документа. До проведения совещаний (в четверти поликлиник с использованием юридической поддержки) негативное отношение к выполнению этой дополнительной работы высказало 86,3 % опрошенных (486 врачей), после — 82,6 % (465 врачей). Основная мотивация таких ответов (ответы на открытые вопросы логически сгруппированы в ходе исследования) представлена на рис. 1.

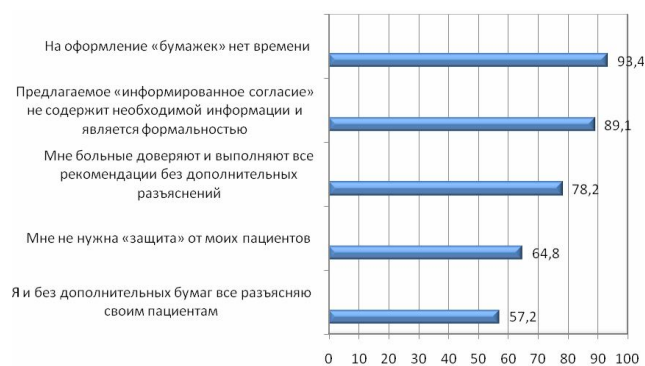


Рис. 1. Мотивация негативного отношения врачей к оформлению информированного согласия пациента на медицинское вмешательство*
(* пациенты давали от 1 до 3 вариантов ответов)

Проведенный в ходе исследования (2010 г.) анкетный опрос пациентов (1918 опрошенных), оформивших добровольное информированное согласие на врачебном приеме, также выявил высокий уровень неприятия необходимости оформления документа. Против высказалось 88,8% респондентов. Мотивация негативного отношения пациентов к оформлению информированного согласия на медицинское вмешательство представлена на рис. 2.



Рис. 2. Мотивация негативного отношения пациентов к оформлению информированного согласия на медицинское вмешательство*
(* пациенты давали от 1 до 3 вариантов ответов)

Анализ временных затрат врача на оформление информированного добровольного согласия пациента на проведение назначенных лечебно-диагностических процедур (хронометрирование в момент приема), при соблюдении всех требований его получения, установил следующее соотношение продолжительности опроса, осмотра пациента, внесения полученных сведений в первичную медицинскую документацию и оформления информированного согласия:

- врачи терапевтических специальностей — 2 : 1;
- врачи хирургических специальностей — 1 : 1.

Учитывая нагрузку врачей амбулаторно-поликлинического звена (информация получена из формы 39/у, заполняемой при оказании первичной медико-санитарной помощи), не изменившееся (в сторону снижения) количество предоставляемых в ТФОМС расчетных счетов (по ведомостям счетов за медицинские услуги, оказанные застрахованным), среднюю длительность приема и продолжительность рабочей смены, проведя выборочную экспертизу качества ведения первичной медицинской документации (существенных изменений при проверке выявлено не было), можно уверенно заявить, что оформление информированного добровольного согласия пациента проводится врачами АПУ в ущерб качеству оказания медицинской помощи (табл. 2).

Сопоставление полученных в результате исследования данных по расчетной длительности врачебных приемов и реальных временных затрат врачей на работу с пациентами (в том числе и на оформление первичной медицинской документации, с соблюдением всех требований регламентирующих документов) рисует еще более критическую картину качества оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Заключая со страховой организацией (территориальным фондом ОМС) типовой договор обязательного медицинского страхования, гражданин фактически соглашается на те правила взаимодействия с системой здравоохранения, которые приняты в государственных и муниципальных АПУ. Обращение вменяемого пациента в амбулаторно-поликлиническое медицинское учреждение является добровольным актом (альтернатива — получение медицинской помощи на анонимных условиях в платных клиниках), реализацией возможности свободного выбора. Принципы работы этих лечебных учреждений стабильны, прозрачны, однотипны и определяются общегосударственными и отраслевыми нормативными актами. Работа с персональными данными пациентов регламентирована «Основами Законодательства РФ об охране здоровья граждан» (ст. 61) и контролируется органами управления здравоохранением.

Таблица 2

Данные о продолжительности лечебно-диагностической работы врача на амбулаторно-поликлиническом приеме и временных затратах на оформление медицинской документации (в том числе — информированного добровольного согласия) по специальностям

Наименование врачебной специальности	Расчетная длительность приема (по предоставляемым в ТФОМС счетам и данным формы 39/у)	Длительность приема по данным мониторинга	Соотношение продолжительности лечебно- диагностической работы и оформления документации на врачебном амбулаторно-поликлиническом приеме		
			Лечебно- диагностическая работа	Заполнение медицинской документации	
				всего	в том числе оформление информированного добровольного согласия
	(мин)	(мин)	(мин)	(мин)	(мин)
Акушер-гинеколог	8,7	30,1	16,0	14,1	5,7
Гастроэнтеролог	10,3	25,6	14,1	11,5	5,8
Дермато- венеролог	5,9	15,9	8,6	7,3	2,5
Инфекционист	10,5	21,2	12,9	8,3	4,2
Онколог	6,9	33,2	12,6	20,6	9,4
Кардиолог	9,8	15,9	9,6	6,3	2,0
Офтальмолог	6,9	27,3	12,7	14,6	8,1
Ревматолог	7,1	21,5	12,3	9,2	4,6
Терапевт участковый	6,3	24,4	15,3	9,1	5,3
Травматолог- ортопед	6,2	25,7	12,9	12,8	7,4
Уролог	9,1	26,0	10,8	15,2	8,1
Хирург	5,3	25,8	13,0	12,8	6,7
Эндокринолог	7,1	35,0	21,3	13,7	6,9
Итого	7,7	25,2	13,2	12,0	5,9

Использование в работе электронных носителей информации (а именно их внедрение инициировало требование получения согласия от пациента на обработку его персональных данных) — это лишь изменение технологий хранения конфиденциальных сведений, а значит все проблемы, связанные с этим процессом, лежат в компетенции администрации АПУ и ни коем образом не должны беспокоить больного. Исходя из этого, необходимость заполнения согласия на обработку персональных данных пациента в АПУ представляется ненужной формальностью, излишним бумаготворчеством, нерациональным использованием ресурсов (временных, материальных, трудовых). С точки зрения целесообразности, заполнение такого документа должно быть организовано на этапе подписания договора о предоставлении медицинских услуг в системе обязательно медицинского страхования.

Оформление информированного добровольного согласия пациента на оказание медицинской услуги, документа, который с минимальной вероятностью позволит оправдать низкую компетентность и отсутствие профессионализма медицинского работника в суде — дань времени, в котором врач рассматривается как возможный представитель (продавец) потенциально недоброкачественного «товара» (Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (ст. 10) обязывает «предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах)»). Оформление добровольного информированного согласия на врачебном приеме девальвирует отношения между врачом и пациентом, ранее рассматриваемые как особое психотерапевтическое средство для повышения эффективности лечения [4]. С целью снижения напряженности на врачебном амбулаторно-поликлиническом приеме, уменьшения числа конфликтов в диаде «врач — пациент», восстановления принципов эмпатийности, акцептации и аутентичности при общении с больным необходимо изменение подхода к получению добровольного информирован-

ного согласия в государственных и муниципальных АПУ. Целесообразен пересмотр нормативов продолжительности врачебного приема с учетом временных затрат на оформление медицинской документации (в том числе добровольного информированного согласия на выполнение медицинских процедур). Необходима четкая регламентация перечня лечебно-диагностических пособий, требующих обязательного оформления информированного согласия в государственных и муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждениях, с учетом жесткого правового нормирования деятельности врачей в этих АПУ и высоких нагрузок при оказании первичной медико-санитарной помощи населению. Необходимо обсуждение вопроса о возможности оформления общего (один раз в год, по аналогии с возможностью смены участкового врача) или постоянного (на все время получения медицинской помощи) добровольного информированного согласия на лечение в конкретном АПУ с внесением дополнений в первичную медицинскую документацию при выполнении процедур, выходящих за рамки утвержденных стандартов диагностики и лечения по нозологиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в ред. от 28.09.2010 г.) / Утв. ВС РФ 22.07.1993 г. № 5487-1. — 24 с.
2. *Ташлыков В. А.* Психология лечебного процесса. — Л.: Медицина, 1984. — 189 с.
3. *Цыганова О. А., Ившин И. В.* // Правовые вопросы в здравоохранении. — 2010. — № 1. — С. 70—77.

Контактная информация

Петров Владимир Иванович — заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, академик РАМН, д. м. н., профессор, зав. кафедрой клинической фармакологии и интенсивной терапии, ректор ВолгГМУ, e-mail: post@volgmed.ru