

Отношения врача и пациента: неписаное право, конфликты и парадоксы

Саверский А.В.

Президент «Лиги пациентов», член Экспертного совета при Правительстве РФ

В статье описываются общие проблемы, возникающие при защите прав граждан на охрану здоровья, формулируются противоречия, характеризующие отношения врача и пациента, рассматриваются вопросы коммуникации между субъектом и объектом лечебного процесса.

Ключевые слова: медицинская услуга, врачебная этика, платная медицина, асимметрия информации, профессионализм

Природа отношений между пациентом и врачом объективно сложна.

Прежде всего, у врача есть право вмешиваться (иногда распоряжаться) в здоровье и жизнь (как биологический феномен) человека. Такого уникального права нет ни у одной другой профессии на Земле, поэтому сентенции врачей о том, что неправы они сами, некорректны. Можно спорить о природе этого права – от Бога оно или дано самим пациентом, – но оно порождает у пациента ощущение зависимости и страха, а провоцирует врача на патернализм (доминирующее положение в отношениях).

Это связано еще и с тем, что воля больного человека подавлена, он не может полноценно оценивать ситуацию, принимать необходимые решения, отдавать отчет в своих поступках. Кто-то должен это делать за него. И, как правило, этот кто-то врач. Поэтому нет ничего удивительного в том, что пациент зависим от врача, и, хочет он того или нет, а доверяет ему.

В то же время медицина сама по себе вредоносна. Даже таблетки нередко горьки (вред), хотя они и лечат. Что уж говорить о полостных операциях, когда для того, чтобы удалить опухоль или камень, вскрывается, например, брюшная полость со всеми рисками инфицирования, пересечения крупного сосуда, потери крови и т.п.? Тогда можно говорить лишь о соотношении имеющегося вреда и того, который причиняется для избавления (обоснованный вред). Наличие даже обоснованного вреда подчеркивает всю важность того, как врач распорядится своим правом: от этого зависит здоровье и даже жизнь человека.

Следует говорить о том, что право распоряжаться жизнью и здоровьем пациента должно работать только в интересах пациента.

Именно поэтому право врача должно быть компенсировано повышенной ответственностью, что и сделано в Уголовном Кодексе РФ. В то же время это право очень плохо сказывается на соотношении экономики и этики: жизнь и здоровье бесценны, то есть, другими словами, стоят любых денег, и поэтому действующая модель

здравоохранения позволяет делать капитал из медицинской помощи. Возникает конфликт рыночной экономики и этики. Впрочем, будучи бесценной, медицинская услуга, конечно, имеет стоимость. И тут возникает серьезная уже экономическая проблема, поскольку рыночные механизмы оказываются неспособными отрегулировать этот сегмент, указывая на невозможность распространения на него рыночных отношений в целом.

На это же указывает и то, что лечить выгоднее богатых и здоровых – у них нет осложнений и есть деньги!

Сейчас во всем мире начинают говорить о нарастающей агрессии медицины. Агрессия выражается в простом исполнении законов экономики в рыночной среде, включая наращивание капитала в условиях конкуренции. Если медицинский центр, следующий законам этики, не сделал пациенту некую пластическую операцию, поскольку посчитал, что такая операция не нужна, то всегда найдется врач или центр, который ее сделает и объявит целесообразной или необходимой. Стопроцентна вероятность того, что в условиях рынка победит тот медицинский центр, который берется делать все, за что платят, а не тот, который руководствуется этическими соображениями (интересами пациента) – ведь пациент не обладает специальными познаниями в медицине (асимметрия информации). Собственно, речь уже не идет о вероятности – именно так сегодня и происходит.

Агрессия медицины проявляется в необходимости продать товаров и услуг больше, чем может конкурент. Этим объясняется и навязывание врачами услуг в платной медицине.

В то же время государство и общество до сих пор не выработали адекватных защитных механизмов от медицинской агрессии, а они порой жизненно необходимы. Возможно, частный капитал вовсе не должен заниматься медициной, а если и может быть допущен к этой деятельности, то только через посредника, для которого задача извлечения прибыли не должна быть стимулом деятельности. Но тогда теряется смысл частных вложений, и они уйдут с рынка. Пока я не вижу решений этого конфликта, кроме запретов. Это не означает, что решения нет – их поиск затруднен в ситуации, когда мы имеем дело с растущей агрессией частного капитала.

Примером агрессии фармбизнеса служит информация и доводы экспертов, изложенные в следующем отрывке из статьи, написанной ведущими специалистами в области стандартизации и фармакоэкономического анализа П.А. Воробьевым и М.В. Авксентьевой:

«Рынок препаратов в Российской Федерации развивается с невиданной скоростью: в 90-е годы в стране зарегистрировано более 10 тысяч новых лекарственных средств, а с учетом лекарственных форм и различных производителей – более 50 тысяч. Одновременно появились легальные и нелегальные пищевые добавки, гомеопатические средства, растет

число подделок (фальсификатов). Разобраться в этом хаосе ни врачу, ни тем более пациенту не представляется возможным без применения специальных технологий.

Международные эксперты считают, что только 5-7% лекарственных средств обладают реальной (доказанной) эффективностью, и лишь 1% – уникальным действием. На российском рынке присутствует огромное количество генериков – копий оригинальных препаратов, обладающих отличной (чаще всего в худшую сторону) эффективностью по отношению к исходному препарату. Эти препараты стоят дешевле, поэтому многие больные предпочитают именно их, хотя соотношение «затраты/эффективность» может быть лучше у оригинальных дорогостоящих лекарств»[1].

«По данным Генерального секретаря ВОЗ в России д-ра М. Виенонена, представленным им на форуме «Фармацевтическая деятельность в России» состоявшемся в Москве в ноябре 2000 г., из 50% наиболее часто используемых в России препаратов 40% либо неэффективны, либо недостаточно безопасны»[2].

Дело доходит до того, что некоторые регионы, понимая эти тенденции, сами принимают меры к защите населения от этой агрессии. Например, «Минздрав Карелии рекомендовал лечебным учреждениям республики отказаться от выписки льготникам лекарств с "недоказанной эффективностью", несмотря на то, что они включены в федеральный реестр медицинских препаратов, которые бесплатно выдаются льготным категориям граждан по федеральному законодательству»[3].

Здесь видно, что принципы бизнеса (экономики) уже победили этические принципы, первый из которых – «Не навреди!».

Это требует от государства принять меры по защите пациентов.

При этом следует иметь в виду, что в медицине каждый делает капитал на своем месте. Чего, например, стоит вопрос провизора в аптеке: «А не хотите ли еще...?» Возникает вопрос: это аптека или продовольственный магазин? Не стоит, наверно, объяснять, что прием лекарства не должен быть вызван желанием – это может быть только необходимость, согласованная с лечащим врачом после соответствующего осмотра.

В то же время в аптеках часто звучит просьба вопрос пациента: «Посоветуйте что-нибудь от (например) головной боли!» Будто бы провизор может знать, что происходит с пациентом: менингит у него, гипертония, травма или мигрень? Могут существовать и другие причины и диагнозы. Или еще пример – выступление молодой мамы: «Ребенку полгода, ему поставили ОРВИ, третий день температура, дайте антибиотик!» Самое ужасное, что дают – дают вопреки всем этическим принципам и правилам безопасности.

Впору предложить продажу лекарств в аптеках только по рецептам, разрешив при этом открытую рекламу всех препаратов, чтобы пациенты могли принимать участие в их выборе.

Рассуждения о конфликте рыночной экономики и врачебной этики привели нас к тому, что в действительности перед нами также и конфликт рыночной экономики и принципа безопасности здоровья граждан, и нужны государственные и общественные механизмы его урегулирования.

Конфликта рыночной экономики и этики была лишена модель здравоохранения, которая имела место в СССР, занимавшем в 1978 году 22-е место в мире по эффективности. Ее элементы широко используются в мире, хотя и непопулярны в современной России. Если задаться вопросом, за что должен получать деньги врач, выяснится, что именно указанная модель здравоохранения является верной.

Например, должен ли врач получать зарплату за процесс лечения? Нет. Потому что система здравоохранения тут же будет делать все, чтобы лечить, но не вылечивать. К слову в такой вот нынешней модели приписки составляют около 30% всей оказанной в России помощи.

А должен ли он получать за результат? Ну, мало того, что результат в медицине не всегда достижим, но и тут мы получим приписки уже другого рода: установление несуществующего диагноза, а потом гениальное его излечение.

Вот и получается, что врач должен получать деньги за время своей работы, за труд.

Еще одним камнем преткновения в отношениях между пациентом и врачом становится необходимость объяснять порой очень сложные научные понятия научные знания на доступном пациенту языке (парадокс специфичности и общедоступности понятий). Уровень сложности для врача здесь сравним, например, с гипотетической попыткой академика С.П. Королева объяснить человеку без специального образования, как летает космический спутник. Разница лишь в том, что если пациент не усвоит полученную информацию, это может стоить ему жизни.

Это можно так же сформулировать как проблему асимметрии информации, когда пациент, мало понимающий в медицине, должен выбрать вид медицинского вмешательства после объяснений врача, который владеет специальными познаниями.

В реальности информированность пациента в необходимом объеме достигается весьма редко. Это – обоюдная проблема пациентов и врачей. Пациент, не обладающий специальными познаниями, редко может понять объяснения врача. Врачу сложно «перевести» латынь и иные медицинские понятия на «простой» язык, хотя бы потому, что такая трансляция (перевод) занимает слишком много времени и требует особых навыков.

Этим и объясняется частая раздражительность врачей, когда пациент начинает задавать вопросы. Но учиться отвечать на эти вопросы и находить на это время необходимо (либо следует организовать специальную службу, разработать протоколы информирования и распределения рисков медицинского вмешательства). Если пациент в процессе лечения останется «биологическим модулем» (проще говоря, объектом для исследований), то он не сможет стать союзником врача в борьбе с болезнью, и эффективность лечения будет снижена до минимума и даже обернется прямым вредом – только лишь потому, что пациент чего-то недопонял и сделал неверно.

Еще одна проблема – корпоративность. Частое обвинение врачей в предвзятом проявлении профессиональной солидарности совершенно нелепо и даже вредно. Посмотрите на общие черты, присущие любым корпорациям:

- специфичность услуги (товара) – в нашем случае это охрана здоровья или медицинские услуги (работа, товар);
- создание правил пользования услугами (работой, товаром) и их защита;
- общий интерес участников корпорации, включая защиту своих прав и имущества;
- общее информационное и научное пространство (печатные и электронные СМИ, конференции, система обучения и т.п.);
- собственный язык, термины и понятия;
- стремление влиять на политику на всех уровнях;
- максимально возможная закрытость (информационная, включая статистику, и физическая, включая решетки на окнах).

Разве мы не считаем естественным, что нефтяники, юристы, журналисты – вы сами – защищают свои интересы? Почему же врачи не должны этого делать? Такое поведение – норма. Более того, я все чаще говорю о том, что врачи в России недостаточно корпоративны. Они не создали объединений, которые действительно вырабатывали и защищали бы правила, единые для всех представителей профессии. За рубежом такими корпорациями являются вполне уважаемые ассоциации врачей, которые не только создают правила, включая и стандарты медпомощи, для членов корпорации, но и могут лишить права (лицензии) заниматься врачебной деятельностью, если врач нарушает установленные правила. Я не утверждаю, что этот путь приемлем для России, но усиление позитивной составляющей корпоративности необходимо.

Общественное обвинение в корпоративности на самом деле – это обвинение врачебного сообщества в негативной составляющей корпоративности, когда врачи «прикрывают»

своих коллег даже в случаях нарушения правил. Этого, конечно, не должно быть. Пока это так, я не могу верить корпорации, прикрывающей дефекты своей работы (в частности, и дефекты медицинской помощи) и часто делающей вид, что их просто не существует. Не анализируя ошибок, отрасль не может правильно развиваться!

Еще одна проблема: психологический стресс, в котором врачу приходится работать. Нормальный человек иногда падает в обморок от одного вида крови, а хирург каждый день работает в крови, нарушая естественное человеческое табу – физиологический протест против нарушения телесной целостности, запрет на проникновение внутрь другого человека. Очевидно, что это делается во благо пациента, и цена, которую платит врач, высока: преступая табу, он в чем-то нарушает и юридические законы общества (причиняет вред, хотя и во избежание большего вреда), и психологические нормы восприятия обычных людей. Если первое приводит порой к ощущению безнаказанности не только в разрешенной, но и в неразрешенной части права (что делает подобные действия преступлениями), то второе приводит к выработке адреналина и стимулированию иных защитных реакций. Достаточно представить себе акушерку, которая целыми днями слышит крики рожениц, – нормальный человек либо убежал бы, либо сошел с ума, либо адаптировался бы, то есть реагировал бы на крики не так, как обычные люди. Здесь и возникает целый ряд проблем, связанных с тем, что врачи и пациенты по-разному оценивают те или иные обстоятельства: болевые пороги, значение крика, возникновение тех или иных симптомов и т.п. В нашей практике имеется не один случай, когда женщине с разрывом матки, которая, конечно, кричит, выговаривали: «Что ж ты кричишь? Всем больно! Терпи!»

Однако все вышесказанное не оправдывает врачей, а лишь подчеркивает необходимость учитывать этот фактор, в частности, создавая школы психологической адаптации для медицинских работников.

Кроме описанных парадоксов и сложностей следует отметить, что в здравоохранении имеется ряд устойчивых мифов, которые мешают врачам и системе быть более эффективными. Один из этих мифов состоит в том, что «медицина – это искусство».

В словаре Даля даны следующие определения:

«Искусство – творческое отражение, воспроизведение действительности в художественных образах или мастерство, умение...»

Технология – совокупность производственных методов и процессов в определённой отрасли производства, а также научное описание способов производства».

Представляется, что со времен Парацельса и Гиппократов, которые создавали медицину из ничего и вправе были относиться к ней, как к искусству, прошло довольно много времени. И сегодня, после миллиардов экспериментов, основанных на боли и крови животных и

людей, медицина стала технологией, а именно: известной, научно и статистически обоснованной последовательностью действий, методов и процессов, приводящих, как правило, к одинаковым результатам.

Бурно развивающийся сегодня процесс стандартизации в медицине полноценно подтверждает эту мысль. Кроме того, действия врача должны быть обоснованы научно, врач должен руководствоваться следующими требованиями (ст. 309 ГК РФ – критерии гражданской невинности медицинской организации и врача):

- требованиями норм законодательства и иных правовых актов; обычаев делового оборота;
- обычно предъявляемыми требованиями;
- условиями обязательства (договора).

Отклонение врача от этих условий с точки зрения права уже представляется противоправным. И напротив, если действия врача соответствовали перечисленному, то это снимает с него всю ответственность за последствия.

Сегодня мы говорим врачам: «Законность – основа врачебной этики». Ведь если не исполняется закон, говорить о какой-либо этике невозможно!

В то же время, по нашим данным, 90% конфликтов между пациентами и врачами возникает из-за нежелания или неумения врача разговаривать с пациентом, объяснять ему что-либо.

Пациент, который чего-то не понял, отнимет позже у врача в несколько раз больше времени и нервов. Я и мои коллеги считаем, что новая этика – это партнерство, идущее на смену патернализму и включающее в себя не только диалог между пациентом и врачом, но и новые качества врача, которые предъявляет время. Это не только специалист определенного профиля, но и:

- врач-юрист;
- врач-организатор;
- врач-экономист;
- врач-партнер.

Профессионализм – необходимое качество любого специалиста. Но врач должен быть знаком хотя бы с необходимым минимумом законодательных и иных правовых норм,

которые касаются его работы и прав пациентов. Он должен иметь представление о соотношении «цена-качество» в отношении своих и смежных услуг (экономика), быть способным рекомендовать пациенту, где лучше проводить то или иное вмешательство (организатор), какое лекарство даст необходимый эффект при минимальных затратах. Кроме того, в отношениях с пациентом для профилактики конфликтов и увеличения эффективности лечебного процесса врач должен стать для пациента партнером.

Тогда вероятность того, что он окажется в суде, будет близка к нулю, и уж точно в его отношении не будет признана уголовная вина.

И последнее: в России в два раза больше койко-мест, чем в среднем по Европе, и лежат на них пациенты в два раза дольше. 60% (в Европе – 40%) всех средств здравоохранения тратится на стационарную помощь: получается, что пациента доводят до состояния, когда его нужно уже спасать, он попадает в стационар, после чего нередко становится инвалидом, и государство начинает его содержать. Все это безумно дорого. Не проще ли было своевременно сделать профилактический укол в поликлинике? Здесь речь о том, что профилактическое и амбулаторно-поликлиническое звено должно быть усилено, а стационарное выполнять свои функции, когда человек не может передвигаться и ему нужна операция. Наше население и врачи нередко относятся к пребыванию в больнице как к отдыху в пансионате, но это серьезная ошибка во многих отношениях. Впрочем, у стационарного лобби серьезный экономический интерес к сохранению этой системы: не один министр сломал об это лобби зубы, – попробуй ликвидируй учреждения, где лечат руководство страны или судей, или прокуроров... или их родных...

Этот обзор был необходим для формирования общих представлений о проблемах, в атмосфере которых приходится защищать права граждан на охрану здоровья, врачам работать, а пациентам лечиться.

Список литературы

1. П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева. «Экономическое бремя осложнений лекарственной терапии». [МОО «Общество фармакоэкономических исследований»] // «Проблемы стандартизации». http://www.rspor.ru/mods/kea/Burden_of_adverse_effects.doc
2. А. К. Хаджидис, главный специалист Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга по клинической фармакологии, Председатель правления ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. «Актуальные проблемы безопасности лекарственной терапии», http://terramedica.spb.ru/4_2008/xadgis.htm
3. РИА Новости по Северо-Западному федеральному округу, 11.04.2007., <http://nw.rian.ru/society/20070411/81539381.html>

Doctor and patient relationship: an unwritten law, conflicts and paradoxes

A.V. Saversky

President, "League of patients", Member of the Expert Council under the Government of the Russian Federation

The article considers common problems that arise in the course of protection of citizens' rights to health care, formulates the contradictions characterizing the doctor-patient relationship, the issues of communication between the subject and the object of the treatment process.

Key words: medical service, medical ethics, pay medicine, asymmetry of information, professionalism

References

1. Vorobyov P.A, Avksentjeva M.V. "Economic burden of drug therapy complications." Problemy Standartizatsii http://www.rspor.ru/mods/kea/Burden_of_adverse_effects.doc
2. Hajidis A.C. "Problems of drug therapy safety." http://terramedica.spb.ru/4_2008/xadgis.htm
3. Novosty News Agency, North-West Regional Service, 11.04.2007., <http://nw.rian.ru/society/20070411/81539381.html>