Информированное добровольное согласие в действии и во времени: ритуалы производства и маршрутизации бланков, сведений и подписей в родовспоможении

Т.Л. Кукса

Татьяна Леонидовна Кукса | https://orcid.org/0000-0002-8696-7284 | tkuksa@hse.ru | начальник отдела реформирования законодательства Института государственного и муниципального управления | Национальный исследовательский университет "Высшая школа экономики" (Покровский бульвар 11, Москва, 109028, Россия)

Ключевые слова
этнография документов, ИДС, подпись, автономия пациента, волеизъявление пациента, бланкетное согласие, план родов, медицинское вмешательство, врачебное усмотрение, медицинский патернализм

Аннотация
Мое исследование восполняет пробелы медицинской антропологии и антропологии бюрократии в отношении практик пациентского волеизъявления, врачебного усмотрения, производства и маршрутизации информированного добровольного согласия (ИДС) на территории современного медучреждения. Развивая этнографию документов в латурианско-халловской перспективе, я исследую бланки ИДС в качестве сети нечеловеческих акторов. Работа сфокусирована на подписях, формулярах, а также на функциях ИДС, оформленных в устной и письменной (бумажной/электронной) формах в бюджетном и коммерческом секторе родовспоможения. Из-за своей обыденности бумажное/электронное и хронологическое измерение бюрократии и собственно режимы разработки и маршрутизации документов остаются, как правило, невидимыми и непроблематичными. Между тем "биографии"/"карьеры" медицинских документов и, в частности, жизненный цикл ИДС в родовспоможении могут существенно отличаться в зависимости от медорганизации и степени знакомства роженицы со сценариями бюрократического "пинг-понга"; одним российским женщинам удается деконструировать иерархическую и информационную асимметрии в свою пользу при помощи бумажных бланков, подписей и устных переговоров, а другим – нет.

В конце февраля 2024 г. в медицинском кабинете московской школы моему ребенку (с моего письменного согласия) сделали невнесенную в национальный календарь прививку. После этого в течение недели у дочери держалась температура, она плохо себя чувствовала, из-за чего пришлось

Статья поступила 19.01.2026 | Окончательный вариант принят к публикации 02.04.2026.
Ссылки для цитирования на кириллице / латинице (Chicago Manual of Style, Author-Date):

Кукса Т.Л. Информированное добровольное согласие в действии и во времени: ритуалы производства и маршрутизации бланков, сведений и подписей в родовспоможении // Этнографическое обозрение. 2026. № 5. С. 142–163. https://doi.org/10.7868/S3034627426050088

Kuksa, T.L. 2026. Informirovannoe dobrovol'noe soglasie v deistvii i vo vremeni: ritualy proizvodstva i marshrutizatsii blankov, svedenii i podpisei v rodovspomozhenii [Informed Voluntary Consent in Action and Over Time: Rituals of Production and Routing of Forms, Data, and Signatures in Maternity Hospitals]. *Etnograficheskoe obozrenie* 5: 142–163. https://doi.org/10.7868/S3034627426050088

© Российская академия наук | © Институт этнологии и антропологии РАН

пропускать все школьные и музыкальные занятия и отлеживаться дома. Через три месяца, в мае, учительница передала с дочкой шаблонную форму "информированного добровольного согласия" (далее – ИДС) на повторную ревакцинацию. Я написала в соответствующей строчке бланка: "Отказ и позвоните, пожалуйста". Школьный врач отзвонилась спустя неделю и вежливо спросила: "В чем дело?" Я ответила: "Не могу дать добро в мае: у нас экзамены тут, экзамены там, давайте организуем ревакцинацию в начале июня? У ребенка была побочная реакция после первой дозы; кстати, почему и насколько это частотная ситуация?" Доктор, проигнорировав сюжет с негативными поствакцинальными реакциями, порылась в документах и выяснила, что, согласно инструкции ревакцинацию положено проводить через полгода, т.е. в нашем случае – в сентябре...

Если бы я не мобилизовала полученный из школы бланк ИДС в его диалогическом формате (чтобы пообщаться, обсудить негативную побочную реакцию и перенос времени), дочке сделали бы ревакцинацию раньше положенного срока, не так ли? И у меня возникла конспирологическая гипотеза: московский депздрав осваивал квартальный бюджет, поскольку школьников планировали привить раньше рекомендованного срока. К слову, в сентябре медики так и не сделали положенную по срокам ревакцинацию, а новый бланк ИДС мне на подпись был отправлен через ребенка в октябре...

Введение и теоретическая рамка

Бланки, подписи и печати имеют решающее индексальное значение для бюрократического документооборота ("пинг-понга"), и все же ими пренебрегают как объектами антропологического исследования. Между тем обученный пациент (или его законный представитель, как в моем примере), имея (не) формализованные рычаги при общении с медиками и знания об особенностях медицинского документооборота (бланках, печатях и классификаторах) и гарантированного законом волеизъявления (подписях), может выровнять иерархические разрывы и минимизировать дезинформацию и дискриминацию при получении своевременной, согласованной и качественной медпомощи[1]. Точно так же, как опытный получатель госуслуги может совладать с "бюрократической волокитой" и "демоном письма" и добиться нужного ему документа с печатью и подписью, в отличие от неопытного гражданина, не знающего правил функционирования "уличной бюрократии" и оказывающегося жертвой "структурного насилия" и "мертвых зон воображения"[2] (*Lipsky* 2010 [1980]; *Kafka* 2012; *Gupta* 2012). Однако для этого пациенту (его законному представителю) необходимо местами проявлять инициативу, поддерживать активный диалог (*Kuksa* 2022), а также опираться на сценарии бюрократического документооборота (или, как я его называю, "пинг-понга"), которые проиллюстрированы мной представленными в статье юридическими и этнографическими наблюдениями.

Развивая этнографию документов в латурианской оптике, М. Халл цитирует Б. Кафку и рекомендует "смотреть на документы, а не сквозь них" (*Hull* 2012a: 253), пытаясь через материальность самих форм, бланков, шрифтов, пунктов, печатей и подписей понять и измерить работу учреждений/бюрократов (как это делали до него и параллельно с ним другие исследователи документов,

но без ссылки на ANT и STS (*Hull* 2003, 2008, 2012a, 2012b; *Riles* 2006; *Kelly* 2006; *Jacob* 2007; *Kafka* 2009; *Street* 2011; *McKay* 2012, 2017). В теоретическом плане М. Халл опирается на графические и лингвистические идеологии, нелингвистическую и паралингвистическую материальность документов (*Hull* 2003, 2008, 2012a, 2012b). Исследуя работу пакистанских ведомств через маршрутизацию и "карьеры"/"биографии"[3] документов, этнограф сближается с латурианской перспективой, оригинальность которой позволяет ему рассматривать графические артефакты в качестве дополнительной сети нечеловеческих акторов (*nonhumans*).

В настоящем исследовании я следую за приведенными в действие документами в российском здравоохранении, которые, с точки зрения англоязычных антропологов бюрократии, изучаются как "аналитически невидимые" посредники/медиаторы (также как аналитически был невидим дискурс[4]), как бюрократические фетиши и/или репрезентанты событий, как классификаторы и/или производители субъектов (*Douglas* 1986; *Kelly* 2006; *Reed* 2006) и юридически значимых фактов (в терминологии М. Халла – субъектов, объектов и социальностей [*Hull* 2012a]), как "материальные/графические артефакты", как формальные двойники устных дискурсов и типов знаний, сопровождающие и/или конституирующие бюрократическую работу, в моем случае связанную с "информированным" и "добровольным" согласованием медвмешательств (*Hull* 2003, 2008, 2012a, 2012b; *Riles* 2006; *Jacob* 2007; *Cody* 2009; *Hoag* 2011; *Street* 2011; *McKay* 2012, 2017; *Hoeyer, Hogle* 2014).

В данной работе я фокусируюсь на бюрократических классификаторах, медицинском письме и бланках, подписываемых пациентами (беременными и роженицами) в ходе получения медпомощи, главным образом на ИДС, а также на функциях этого документа, оформленного в письменной и (не)стандартизированной формах. Я задаюсь вопросом: насколько неолиберальные принципы информирования и документального одобрения пациентом медвмешательств, рецепированные из международных пактов, англо-американской и континентальной доктрины и судебной практики, во-первых, имплементированы в действующее законодательство РФ (или они продолжают опираться на советскую устную культуру взаимодействия с пациентом), во-вторых, отражены в применяемых медорганизациями бланках ИДС, в-третьих, как именно стороны ими руководствуются при подписании ИДС и проявляют свои врачебное усмотрение и пациентское волеизъявление. В данном исследовании мне, как этнографу документов и юристу, прежде всего интересно понять, почему одним россиянкам удается минимизировать дискриминационные и дезинформационные разрывы в свою пользу при помощи бумажных бланков, подписей и устных переговоров, как в моем школьном примере с переносом прививки, а другим – нет.

Роль ИДС как действующего актора мне показалась значимой еще в 2018 г. на этапе подготовки и защиты магистерской работы в ЦТСФ РГГУ, когда, работая над собранными полевыми материалами, я анализировала личные истории женщин посредством теорий коммуникации Р. Якобсона и речевых жанров М. Бахтина (*Якобсон* 1975; *Бахтин* 1986). Мои собеседницы акцентировали внимание на столкновениях с медсистемой по поводу недостаточной или, наоборот, избыточной медикализации (*Illich* 1976; *Kuksa* 2022) и выделяли значимых акторов, связанных с акушерскими манипуляциями: сотрудников, партнеров, диагнозы, лекарства, технологии, формуляры и пр. Вероятно, вследствие того,

что я не задавала наводящих вопросов, ИДС редко становилось героем нарратива или действующим актантом в семиотическом (греймасовском и латурианском) смысле (*Греймас* 2000; *Latour* 2004, 2005). Однако уже в процессе обучения в аспирантуре ИЭА РАН мной были собраны интервью о городских родах в рамках контрактов и ОМС, анализ которых позволяет получить ответы на поставленный в предыдущем абзаце вопрос. Кроме того, мне пришлось изучить советские и российские законодательные и подзаконные акты, трансформирующие бюджетную и неолиберальную модели здравоохранения (*Kuksa* 2022) и процессы устного и письменного одобрения пациентами медвмешательств.

Поскольку латурианско-халловская перспектива исследования бумажных бланков в качестве сети нечеловеческих акторов мне кажется продуктивной и перспективной, в этой статье, открывающей серию моих публикаций, я делаю "аналитически видимым" (вслед за упомянутыми выше этнографами документов) значение подписей и форм ИДС, как отдельных артефактов, в уязвимой и иерархически неравной ситуации согласования роженицами (не)инвазивных и (не)рутинных медпроцедур во время схваток и потуг.

Имплементация биоэтического принципа ИДС в российское законодательство и пробелы нормативно-правового регулирования

Появление англо-американской и континентальной доктрины "информированного" и "добровольного" согласия исследователи исторически связывают как с первыми исками в начале XX в. американских пациентов к госпиталям, так и с нюрнбергскими процессами середины XX в. над немецкими врачами (*Юдин и др.* 1998: 184; *Дегтярев* 2015: 15; *Сокольчик* 2020; *Гребенщикова, Чучалин* 2021; *Белялетдинов* 2021: 46–47, 2023). Хельсинская декларация 1964 г. закрепила обязательность фиксации и верификации пациентского согласия. Дальнейшее развитие концепт получил в Лиссабонской декларации о правах пациента 1981 г., в декларации ВОЗ 1994 г. о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, в конвенции Овьедо 1997 г. (неподписанной РФ) и в Европейской хартии прав пациентов 2002 г.

В российском философском и медицинско-бюрократическом дискурсах биоэтические требования ИДС связаны с неолиберальной доктриной автономии пациента и выступают документарным/формализованным продолжением принципа физической/личной неприкосновенности, закрепленного конституцией РФ и (приведенными выше) международными пактами (*Юдин и др.* 1998: 50, 64–69; *Сокольчик* 2020: 45–46; *Габай* 2018: 29–31). В общем случае ИДС может предполагать ситуацию, когда автономный пациент совершает *добровольный, информированный выбор и самостоятельное одобрение (не)инвазивных медвмешательств* в устной или письменной форме. Никто из разрабатывающих эту тему авторов не пишет явно о том, что (без верификации) личность формально замещается подписью, которая индексально подтверждает юридическую фиксацию воли пациента или его законного представителя.

Российский законодатель закрепил необходимость подписания формы ИДС в ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее – 323-ФЗ) для акцепта или отказа пациента от медпомощи или отдельных процедур в рамках программы ОМС или по контракту в бюджетных или частных медорганизациях. Медюристы

предупреждают о документарных последствиях философских и социологических категорий автономии воли и субъектности неолиберального пациента при взаимодействии с медиками, когда на юридическом языке объясняют клиентам индексальную связь и значение пациентской визы на бланке ИДС:

> Пациент обязан подписывать ИДС на основании ст. 20 закона 323-ФЗ, так как это является подтверждением того, что он согласен на получение медуслуг и ему разъяснены все последствия и риски. Без ИДС врач не имеет права не то что прикасаться, но и спрашивать пациента о его диагнозе (ПМА: адвокат, семинар от 20.03.2024).

Отдельно следует остановиться на том, что законодатель (323-ФЗ, ст. 20) не уточняет, какие манипуляции подлежат предварительному "информированному" и "добровольному" акцепту или отмене посредством скрепления подписью на формуляре:

– сложные или простые (такое разделение, когда для сложных процедур предполагается письменная форма, прописано, напр., в Индии [*Gera, Sood* 2023] и в законе Республики Беларусь № 2435-XII от 18.06.1993 "О здравоохранении", ст. 44 [*Дегтярев* 2015: 17–18; *Сокольчик* 2020]);

– инвазивные или неинвазивные (несколько видов неинвазивных медвмешательств, подлежащих согласованию с пациентом, закреплены приказом от 23.04.2012 № 390н и пришедшим ему на смену приказом от 12.11.2021 № 1051н), хотя очевидно, что надлежащее информирование и согласование особенно важны, например, для пренатального тестирования, поскольку амниоцентез может привести к серьезным последствиям (существует вероятность инфицирования или выкидыша [*Rapp* 1999]);

– рутинные или экстренные (есть прямые исключения в 323-ФЗ касательно права медиков не согласовывать последние);

– разовые или серийные/длящиеся (несмотря на ориентацию 323-ФЗ на одноразовые согласия на каждую процедуру, Минздрав России регламентировал возможность оформления единственного "первичного"/"длящегося" ИДС на 14 видов манипуляций, включая осмотр, термометрию, пальпацию, аускультацию, УЗИ, лечебный массаж, физкультуру, при выборе медучреждения для получения бесплатной первичной медпомощи, закрепив актуальным приказом от 12.11.2021 № 1051н как бумажные, так и электронные формы согласий).

Эти значимые на практике вопросы классификации медвмешательств по разным основаниям[5] конкретизируются в других статьях 323-ФЗ и/или принятых подзаконных актах регулятора. Как справедливо отметил М. Халл, "бюрократические дискурсы (нарративы, законы и схемы классификации), которые применяют агенты, могут существенно отличаться в ситуации воплощения (правоприменения) этих дискурсов на материальных носителях" (*Hull* 2012a: 258). Так, в конкретных ситуациях, касающихся срока действия согласия и запроса на "длящиеся" ИДС для серийной/систематической медпомощи, образуются правовые лакуны, которые способствуют возникновению множественных коллизий в регуляторной, медицинской и судебной практиках; некоторые такие пробелы будут раскрыты ниже. В следующем разделе представлена история трансформации устной формы пациентского согласия, которая бытовала в советское время, в письменную документарную форму на любые медпроцедуры.

Ритуалы производства пациентских акцептов и подписей в СССР и в России: от устных согласий и письменных отказов к бумажным бланкам ИДС на каждую манипуляцию

Требования к письменной форме пациентского согласия на медвмешательство "заработали" с 2012 г., когда вступил в силу 323-ФЗ. До этого пациентов не вовлекали в письменные ритуалы с обязательным подписанием бланков согласий перед каждой процедурой. Для иллюстрации озвученной мысли ознакомимся с особенностями законодательного регулирования одобрения медпомощи в СССР (с акцентом на акцепте хирургических вмешательств и новейшей диагностики в 1970–1993 гг.) и ранней Российской Федерации (с акцентом на письменных отказах в 1993–2012 гг.).

В СССР с 1970 г. действовал закон от 19.12.1969 № 4589-VII "Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении" (далее – ОЗ 1969), в ст. 34, 35 которого предполагалось согласие пациента (без уточнения в письменной или устной форме) только на хирургические вмешательства, применение сложных, в том числе "новых, научно обоснованных, но еще не допущенных к всеобщему применению методов диагностики, профилактики, лечения и лекарственных средств".

> В ранее действующем законе... было указано, что "врач может применять новые... методы... лечения... в интересах излечения больного и с его согласия". Как именно дает согласие пациент... установлено не было. Также, как и не было... нормы права, регламентирующей оказание всех видов медпомощи только при наличии ИДС пациента (ПМА: медюрист, семинар от 15.04.2022).

ОЗ 1969 действовали до 1993 г., когда Верховный Совет РФ 22.07.1993 утвердил новые "Основы законодательства Российской Федерации о здоровье граждан" № 5487-1 (далее – ОЗ 1993). «Впервые статья о том, что "необходимым предварительным условием медвмешательства является ИДС гражданина" появляется в законодательном документе в 1993 г. в "Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан"» (ПМА: медюрист, семинар от 15.04.2022). ОЗ 1993 устанавливали обязательность ИДС (ст. 32), но, как и ОЗ 1969, не содержали прямого требования письменной формы. На практике врачи могли проговаривать суть большинства стандартных манипуляций, а согласие пациента истребовалось устным акцептом или даже вытекало из самого факта обращения за медпомощью. Только в случае отказа пациента от медвмешательства ОЗ 1993 требовали, чтобы этот факт удостоверяли подписи пациента и медработника в меддокументации (ОЗ 1993, ст. 33) (индексальное значение этого факта будет раскрыто ниже).

Поскольку ОЗ 1993 не требовали унифицированных бумажных бланков на каждую медпроцедуру, без принуждения регулятора коммерческие клиники для письменного акцепта платных медуслуг внедряли бумажную форму ИДС, прежде всего как составную и неотъемлемую часть договора[6] (а не медкарты), чтобы ознакомить клиента с прайсом (и чеком) на оказываемую медпомощь и чтобы соответствовать рыночной логике и принципам неолиберальной клиентоориентированности. Сервисная модель коммерческой медицины демонстрировала уважение к контрактному пациенту и его автономии, что помогало

формализовать процесс обсуждения ИДС, превратив лаконичную норму ОЗ 1993 в бюрократический ритуал подписания бумаг перед медвмешательствами, необходимый и для получения денежного вознаграждения, и для сокращения претензий от потребителей.

Приведенные исторические факты, связанные с законодательным регулированием пациентских согласий в СССР и ранней РФ, свидетельствуют о том, что до 01.01.2012 (до вступления в силу 323-ФЗ) биоэтические ритуалы производства и использования ИДС в медучреждениях были преимущественно устными: советские врачи ограничивались (вероятнее всего, устным) *одобрением хирургических вмешательств и новейшей диагностики* (1970–1993), российские медики требовали подписи пациентов *в меддокументации в случае отказа от медпомощи* (1993–2012). С 1993 и до 2012 г. обсуждение и согласование любых (сложных или простых, инвазивных или неинвазивных, рутинных или экстренных) медпроцедур считалось *привилегией контрактных пациентов*, которые могли себе позволить выбрать, обсудить и самостоятельно оплатить необходимые медуслуги (*Kuksa* 2022). С 2012 г. законодатель существенно расширил перечень манипуляций (до простых, неинвазивных и рутинных), подлежащих обсуждению, согласованию и визированию с любым пациентом, а также увеличил круг адресатов, адресантов, подписантов ИДС, многообразие сведений и специализированных унифицированных формуляров, о чем будет подробно изложено в следующем разделе.

Разработка бланков ИДС для разных медпрофилей и адресатов и зависимость контента от перспективы создателей

Российские медорганизации с разными профилями участвуют в производстве огромного количества бюрократических документов, в том числе: заявлений на прикрепление к медучреждению, медкарт (их электронных двойников и выписок), рецептов, больничных листов, согласий на обработку персональных данных, согласий на передачу медтайны, направлений по утвержденным формам. Кроме того, родильные дома, перинатальные центры, женские консультации ответственны за разработку индивидуальных карт беременных и родильниц (111/у-20), обменных карт (113/у-20), родовых сертификатов и других учетных форм[7].

Производимые для получения и оказания медпомощи бюрократические формуляры чаще всего предусмотрены законодателем и разработаны регулятором для конкретных видов меддеятельности и широкого круга адресантов, адресатов и подписантов:

– самих пациентов, их родственников и законных представителей;

– врачей разных специальностей, среднего медперсонала и иных сотрудников;

– федерального и территориальных фондов ОМС и страховых компаний, поскольку документы встроены в процессы бюджетирования медпомощи[8] в рамках госгарантий (программ ОМС);

– контролирующих и надзирающих инстанций – Росздравнадзора, СК, прокуратуры, так как заполненные бумажные формы являются основным предметом проверки;

– судмедэкспертов; в ситуации судебного разбирательства документация служит доказательством дефектов медпомощи и (не)виновности медиков.

От большинства бюрократических бланков, циркулирующих в здравоохранении, российское ИДС отличается тем, что документ *необходим достаточно широкому кругу адресантов и адресатов*, как минимум первым трем группам субъектов (если нет проверки, конфликта или судебного разбирательства). Особенность ИДС по некоторым профилям заключается также в том, что в разработке формуляра и в производстве контента, кроме медорганизаций, могут участвовать регулятор, аутсорсеры и даже пациенты/законные представители (ниже освещены подробности формирования беременными женщинами "планов родов" и "самостоятельных" ИДС).

Начнем описание со специализированных бланков ИДС, целенаправленно разработанных Минздравом России для некоторых профилей меддеятельности во исполнение норм 323-ФЗ, они утверждены и обязательны[9]:

– формы согласия и отказа при оформлении первичного прикрепления к поликлинике (приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н; приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н);

– форма на проведение искусственного прерывания беременности (приказ Минздрава России от 19.03.2025 № 136н);

– две формы для ВРТ (приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 803н), одна из которых парная;

– форма для трансплантации органов и(или) тканей (приказ Минздрава России от 27.07.2022 № 508н).

Однако в остальных сферах, включая стоматологию, косметологию, родовспоможение, не существует специальных ("собственных") и единообразных бланков, обязательных для применения (в силу утверждения Минздравом России). Уклонение регулятора от стандартизации (на уровне подзаконного акта) акцептов и отказов в отношении оставшихся видов меддеятельности обусловлено прежде всего отсутствием соответствующих указаний в 323-ФЗ (сравни с актором, призывающим унифицировать практику подписания согласий в иных странах: *Jacob* 2007 и *McKay* 2012, 2017). Как показывают мои наблюдения, в неурегулированных случаях медорганизации составляют формуляры самостоятельно, используя утвержденные регулятором формы как образцы для подгонки и описания реально оказываемых медуслуг, или привлекают юридические компании. М. Халл констатировал, что "производство и маршрутизация документов могут рождать посредников для разработки и передачи документов" (*Hull* 2012a: 258). В моем поле я также нашла аутсорсеров, помогающих разработать нужные файлы, так как, с точки зрения независимых/нештатных юристов и адвокатов, утвержденные регулятором формы для абортов, ВРТ, трансплантации органов и прививок не могут быть адаптированы к иным медпрофилям. "Если в вашей медорганизации есть правовое сопровождение – ваш юрист без врача не сможет правильно составить многочисленные бланки. Составление ИДС – это совместный труд врача и юриста" (ПМА: судмедэксперт, семинар от 14.09.2022).

Моя коллега, британский профессор права М.-А. Джейкоб, проводившая полевое исследование в американском и израильском госпиталях, специализирующихся на пересадке органов (и собиравшая ИДС у доноров и реципиентов, а также согласия на интервью у медиков), изучила бланки, эстетику и читабельность форм (шрифты, интервалы, цвета, порядок пунктов) (*Jacob* 2007). Исследовательница пришла к выводу, что на практике американские учреждения (как и наблюдаемые мной российские) просто механически копируют утвержденные

форматы (что воспринимается ими как “прозрачность”) и стандартизируют (универсализируют) документы, что, по ее справедливому замечанию, исключает уникальность ситуации. Хотя, очевидно, разработчики дизайна и формы ИДС (как и российские юристы-аутсорсеры) предполагают индивидуализацию субъекта и даже рассчитывают на думающего, самостоятельного, рефлексирующего человека, нуждающегося в критическом и вдумчивом прочтении (*Jacob* 2007).

Мое исследование показало, что российские медорганизации все чаще полагаются на независимую юридическую помощь при создании бланков, но некоторые врачи скептически или критически относятся к таким заказам и возмущаются, что в погоне за заработком аутсорсеры разрабатывают многостраничные формуляры, недоступные для понимания ни обывателя, ни медика (ср.: *McKay* 2012, 2017). Вместе с этим нештатные медюристы критикуют краткие низкокачественные ИДС и осуждают низкий уровень правовой грамотности организаторов здравоохранения и издательства, вводящие в заблуждение читателей: “Мало того, я встречаю рекомендации к оформлению ИДС от 1993 г. в современной медлитературе, изданной ведущими медиздательствами в 2021 г. Тут и улыбка, и грусть” (ПМА: медюрист, семинар от 15.04.2022).

Анализ содержимого ИДС и разнообразие разработчиков свидетельствуют о том (и это проиллюстрировано подзаконными актами регулятора и моими полевыми материалами), что последние по-разному *воображают* адресата документа, и не всегда очевидно, что им является именно неолиберальный и рефлексирующий пациент как ключевой подписант (ср.: *Reed* 2006 и *Jacob* 2007). В то же время разные перспективы и установки российских разработчиков (регулятора, аутсорсера, медорганизации, пациента) направлены не только на многообразие создаваемых ими формуляров и воображаемых подписантов, но и на *поляризацию способов маршрутизации ИДС* (от “монологических” до “диалогических” версий), а также на *вариативность тактик мобилизации* пациентского выбора и визирования бланков, которые мы рассмотрим на примере родовспоможения в следующем разделе.

Маршрутизация акцептов, отказов и подписей в роддомах: от монологически-бланкетного ИДС “на все” до диалогически-детализированных ИДС и пациентского “плана родов”

Поскольку законодатель и регулятор не предусмотрели единых требований к ИДС в родовспоможении и не разработали обязательных/рекомендательных форм согласия и отказа для всех допустимых акушерских процедур в родах, перинатальные центры и роддома решают эту задачу, как было сказано выше, самостоятельно или через аутсорсинг:

– используют единственный обобщенный бланк акцепта всех потенциально возможных манипуляций (предварительное согласие “на все сразу” или “бланкетное” ИДС [*blanket consent*]);

– адаптируют утвержденные регулятором формуляры, не относящиеся к акушерству (см. выше), например бланки для оперативных вмешательств;

– разрабатывают с юристами-аутсорсерами многостраничные файлы для контрактных и бюджетных пациенток (см. выше).

В отсутствие единых унифицированных бланков ИДС, разработанных регулятором именно для родовспоможения, и по причине широкого пула

производителей формуляров на местах, в российских медорганизациях встречаются непохожие формы ИДС, в которых, по моим полевым данным, разнится буквально все – от содержания и объема юридически значимых сведений до количества файлов, страниц, строчек/галочек для визирования и соотношения информации мелким и крупным шрифтом[10]. Из такой многообразной практики производства бланков ИДС следует, что на местах уделяется разное внимание пациентскому выбору и информированию роженицы, являющейся и основным адресатом, и подписантом документа.

Для наибольшей выразительности сравним две британские этнографии документов (тюремных форм и ИДС при трансплантации органов) как артефактов и технологии производства записей (ср.: *Reed* 2006 и *Jacob* 2007). Исследуя тюремные ордера и автобиографии папуа-новогвинейских заключенных, А. Рид подтверждает идею М. Фуко о том, что дискурс классифицирует, объективирует и иерархически измеряет людей (*Reed* 2006). Однако британский этнограф находит, что и надзиратели, и заключенные пропускают строчки, позволяя последним проявлять альтернативную субъектность, противоположную навязанной формой, и протестовать через маскировку, искажение сведений, переинтерпретацию аббревиатур и хранение воспоминаний посредством татуировок. Хотя, по мнению А. Рида, фактом своей подписи они все равно подтверждают объективацию и гегемонию документированной технологии. М.-А. Джейкоб, исследовавшая ИДС в американском госпитале, обнаружила другую логику разработчиков: несмотря на высокоидейные неолиберальные задумки, предложенные ими формы для трансплантации органов объективизируют пациента персоналом, а подписанты могут даже не читать документы, воспринимая их как бумажную волокиту (“просто подпись на галочке”), в которую по необходимости вовлечены администраторы и медики и которую нужно преодолеть, чтобы (минуя очереди) перейти к искомому лечению и пересадке органов. Как было показано выше, в российских медучреждениях обнаружены обе логики разработчиков (*объективизирующая* и *неолиберальная*) и встречаются оба варианта подписания согласий роженицами (*протестное* и *соглашательское*), я попробую проиллюстрировать это на этнографических примерах с пятью версиями “монологических” и “диалогических” ИДС.

1. С точки зрения самых разных профессиональных групп (перинатальных специалистов, медюристов) и рожавших матерей, самой худшей документарной практикой в родовспоможении является формальное *производство и маршрутизация бланков согласия сразу на все медманипуляции*, называемых юристами “бланкетными” ИДС (*Дегтярев* 2015: 18; *Сокольчик* 2020: 47–48; *Bhuvaneshwari et al.* 2022; *Белялетдинов* 2023)[11]. Если адаптировать концепцию диалога М. Бахтина к медицинской коммуникации и практикам производства ИДС в роддомах, как это сделал М. Халл применительно к документообороту пакистанских ведомств и “монологическим” удостоверениям нотариусов, можно заключить, что *blanket consent*, или предварительное согласие “на все сразу”, является ярким примером “монологического” документооборота (*Бахтин* 1986; *Юдин и др.,* 1998: 143; *Hull* 2003).

Как правило, такой “монологический” формуляр наряду с другими документами оформляется администратором в приемном покое, что не тождественно даже непродолжительной коммуникации лечащего врача с пациенткой по поводу содержания, рисков, альтернатив, противопоказаний и последствий конкретных

процедур (сведения, требуемые 323-ФЗ). Одна из моих информанток так отзывается об этой форме ИДС:

> В местных роддомах Перми принято подписывать один бланк согласия или отказа. Соответственно, политика “все или ничего”. Бланк не подразумевает фиксацию всех желаний роженицы в общем плане родов и в отдельных возникающих ситуациях в ходе родов. Это порождает огромный простор для манипуляций и подделки медицинских записей (ПМА: многодетная мать из Перми, интервью от 03.04.2020).

Практика использования “бланкетного”/“широкого” ИДС признается экспертами и пациентками худшей формой документации в родовспоможении, так как исключает индивидуализированный выбор роженицы и ее диалог с врачом, а также создает риски подделки медзаписей. Оформление “монологического” согласия администратором в приемном покое также нарушает требования 323-ФЗ об информировании о рисках и альтернативах, создавая ситуацию “все или ничего”.

2. Как показала в своем исследовании ИДС А.-М. Джейкоб, даже если разработчики индивидуализируют подписантов формы, практика и медики их все равно объективируют (*Jacob* 2007). Так, в более продвинутых столичных и региональных роддомах и перинатальных центрах предполагается, что после подписанного в приемном покое бланкетного согласия “на все сразу” к роженице, по мере развития схваток, отдельно обращаются для одобрения и визирования предстоящих медпроцедур, однако редко подобный сценарий содержит полноценное обсуждение альтернатив, рисков, противопоказаний и последствий медвмешательств.

> Не знаю, мне кажется, так везде: когда приезжаете в роддом, вам дают бумагу, где написано, что “я согласна” или “отказываюсь от всех вышеперечисленных манипуляций”. Можно написать: “я согласна”, можно написать: “я отказываюсь”. <...> Те, кто писал “я отказываюсь”, если в процессе нужно было что-то: поставить эпидуралку или что-то, то все равно в процессе приносят бумагу, анестезиолог рассказывает. Ну, это то, что я видела, да? Я, может, не со всеми анестезиологами знакома, но анестезиолог рассказывает, что вот эпидуральная анестезия – это то, то, то, то. Дает ей бумагу (ПМА: доула, Дальний Восток, интервью от 10.04.2020).

Даже несмотря на использование роддомами более современных подходов, индивидуализированные формы ИДС на практике часто приводят к объективации пациенток медиками, поскольку подписание детализированных согласий в процессе схваток нередко происходит формально, без должного информирования и диалога, без реального признания права женщины на отказ от части процедур или отзыв уже подписанных ИДС.

> Диалог диалогом, но тут еще в этом диалоге должно быть понимание, что женщина все равно может отказаться. То есть диалог – это не про “я ее проинформирую” и “она согласится”. А диалог – это “я проинформирую”, и “она согласится или не согласится”. Да, это болезненно. Переход из одной

> парадигмы в другую – это тяжело для всех. Поэтому я очень и очень понимаю. Да, и проблема в том, что врачей никто не учит, как с этим быть. Ну как люди должны понять, когда вдруг приезжает женщина с райдером, в котором написано “хочу то, и то”. И как с этим быть? Непонятно. Но опять же, я с уважением отношусь к тому, что не все женщины в родах способны на диалог. Не все женщины приезжают в тот момент, когда они способны на диалог – в том состоянии, когда они не способны на диалог. И что тогда? (ПМА: доула, Санкт-Петербург, интервью от 16.05.2021)

В итоге ИДС сводится к формальной подписи, когда врачи обращаются к роженице для визирования манипуляции лишь по факту необходимости (или даже “задним числом”), сохраняя доминирующую патерналистскую позицию над автономией пациентки (ср.: *Hollinghurst, McConnell* 2022 и *Rhoden* 1987).

3. Однако, несмотря на то что некоторые вмешательства удается открыто обсудить с врачами перед акцептом (если только не используется акушерское принуждение или угрозы), мои собеседницы возмущаются несогласованием рутинных процедур, таких как вагинальный осмотр, эпизиотомия, амниотомия, окситоцин в третьем периоде. В перинатальных дискуссиях часто поднимается вопрос, что считать неотложным и “конвейерным” медвмешательством и нужно ли его одобрять, если речь идет об экстренной помощи испытывающей боль пациентке или если такая манипуляция предусмотрена клиническими рекомендациями (*Габай* 2018: 29). Во-первых, медикам легче репрезентовать любую помощь как экстренную или неотложную, чтобы не тратить время и ресурсы на надлежащую коммуникацию с пациентками. Во-вторых, ими считается, что регламентация рутинного вмешательства протоколом по умолчанию исключает необходимость врачебного информирования и акцепта пациентки[12]:

> Потому что при поступлении в роддом подписывают [согласие] на все, а дальше, да, должны на каждое новое вмешательство отдельное согласие, но... Окситоцин в третьем периоде вообще по протоколу идет. А с эпизиотомией: ее обычно делают все-таки быстро, когда там спрашивать, объяснять зачем, почему. Сложно представить в моменте. А вот если обсудить это до, что, если потребуется (да/нет), то возможно (ПМА: доула, Санкт-Петербург, интервью от 20.08.2024).

И, наконец, в-третьих, даже среди востребованных (московских) акушеров-гинекологов я встречала недовольство запретом устаревших на сегодня практик заботы: “в то время как ребенок страдает в потугах, как же было удобно раньше применять рутинную эпизио, а сейчас пациентки умные стали, отказываются”. Между тем регулятор требует от медиков периодическую (каждые пять лет) аккредитацию и подтверждение знаний, следовательно они обязаны перечитывать и соблюдать актуальные клинические рекомендации. Но доктор, вероятно, им не доверяет или не считает нужным, принимая роды, ориентироваться на новые данные и просьбы пациенток. Возможно даже, что она уже не может по-другому: ей сложно воспринимать привычные, укорененные в телесных практиках модели поведения как запретные, поскольку в габитусе и профессиональной идентичности прописаны предыдущие (устаревшие) учебники по акушерству.

4. Переход от “монологичных” ИДС в пользу “диалогических” состоялся в 2006 г. в московских программах “мягких” родов, ставших возможными благодаря контрактным родам и инициативам продвинутых врачей-чиновников и перинатальных специалистов первой волны (*Kuksa* 2022).

> В проекте “Мягкие роды” как раз акушерка чаще всего дает полную информацию о плюсах-минусах, альтернативах, последствиях вмешательств. Доктора акушеры-гинекологи тоже всегда говорят о вариантах, реже о последствиях. Согласия подписываются на разных этапах: рутинные могут подписываться заранее (чтоб не подписывать в схватках); что-то подписывается в приемном. В родах согласие подписывается при возникновении необходимости во вмешательстве. После родов – согласия в отношении ребенка. Постфактум тоже бывают подписи – чаще всего это отказ от ЭА, редко – согласие на эпизиотомию, сделанную по согласию со слов (в критичной по состоянию ребенка ситуации) (ПМА: акушерка, Москва, интервью от 22.08.2023).

В таких дружественных матери и ребенку роддомах врачи могут практиковать пациенториентированные диалоги и масштабировать документарные практики даже на обыкновенных пациентках в рамках ОМС. Приведу отрывок интервью, взятого мной у доулы из Подмосковья:

> – Она дает согласие на медманипуляции в целом? Или она пишет отказ на частности?
> – Нет, эта бумага, ее подписывают в приемном покое. Или заранее, или при поступлении в роддом с сайта скачивают и подписывают. Эта бумага говорит о том, что женщина согласна с планом ведения родов, который ей предлагает врач. И как бы все это, типа, на усмотрение врача. Вот так вот.
> – Но потом, в процессе все равно врачи считают необходимым (вмешиваться), так? А эта практика появилась <...> когда?
> – В последний год точно. В последний год точно я ее наблюдаю. В частности, в 24 роддоме, те основные моменты, о которых я сейчас рассказываю, это все касается 24 перинатального центра, я там больше всего сопровождаю. И там вот так.
> – То есть женщина подписывает согласие на все? Но в процессе у нее спрашивают?
> – Там нет все, там нет никакого все – там не перечислены все манипуляции. То есть это просто согласие именно с тем, что врач вообще что-то может сделать в ее родах.
> – А, согласие, что врач что-то... а дальше ее уже спрашивают, так? Это обязательный порядок? Никогда не забывают?
> – Нет, никогда не забывают. Даже если женщине требуется экстренная операция кесарево сечение, ей приносят бланк, на котором она пишет, что она согласна (ПМА: доула и психолог, Подмосковье, интервью от 05.04.2020).

В этом и следующем кейсах продемонстрированы сценарии отказа от бланкетных согласий в пользу поэтапного подтверждения действий врача в рамках ОМС в передовых московских роддомах, что обеспечивает непрерывный диалог с роженицей и сохранение ее автономии даже в экстренных ситуациях.

> Значит, вам обязательно нужно будет подписывать документ или на отказ от прививки, или на прививку, если вы хотите ее сделать. Да, поэтому вы сразу можете. Что значит, не подписывать? Подпишите, что вы отказываетесь от прививок. Знаете, мы ничего без вашего согласия и без вашего письменного заявления никакую прививку, никакой препарат вводить не будем. На любой препарат, на любую манипуляцию у вас будут брать согласие. Обязательно. Если вы подписываете, значит, мы делаем. Если вы не подписываете, мы делать не будем. Так же и прививку. Как вы думаете, нам проще делать прививки или проще не делать? Нам проще вообще ничего не делать, правильно? Поэтому никто вас заставлять, шантажировать, как вы многие считаете, никто не будет. Это в ваших интересах привить ребенка. Не хотите, ну, опять же, это ваше дело (ПМА: зав. роддомом, акушер-гинеколог, Москва, День открытых дверей, 11.03.2021).

Преимуществом “диалогических” форм ИДС является подробное информирование пациентки о рисках, альтернативах, последствиях; вместо формального одобрения “всего сразу” в передовых медучреждениях внедряются гибкие скрипты, когда рутинные и экстренные манипуляции могут проговариваться заранее, а специфические вмешательства – непосредственно в процессе родов.

5. Мои наблюдения показали, что, в пику навязываемому безликим формуляром образу дисциплинированного пациента, современные женщины проявляют альтернативную субъектность посредством разработки собственных бланков. Наряду с сотрудниками медучреждений и юристами-аутсорсерами обученные беременные женщины могут быть одновременно и заказчиками, и изготовителями формы ИДС, кроме того, в этом случае о них можно говорить как о “сознательных” подписантах. Такая практика предполагает формирование максимально “диалогичного” по своей сути ИДС, когда медики вынуждены обсуждать представления, пожелания, ограничения, списки, чек-листы и планы неолиберальных пациенток, информировать их о рисках и последствиях выбора, согласовывать не только экстренные, но и рутинные манипуляции (если они обозначены планом как значимые).

Информантки из регионов все чаще рассказывают истории, когда беременные женщины готовят устный, рукописный или печатный план допустимых медвмешательств, который предварительно (задолго до родов) обсуждают на курсах подготовки, с доулой или индивидуальной акушеркой: “Да, [клиентки] планировали [перечень приемлемых медпроцедур]. Опираясь на изучение литературы, интернета, доверенных лиц (курсы подготовки к родам)” (ПМА: акушерка, Новосибирск, интервью от 10.07.2024).

Беременные пациентки разбирают свои пожелания с контрактным врачом или приносят печатный чек-лист с собой в родблок, чтобы озвучить дежурной или контрактной бригаде запретные и допустимые манипуляции: “Мои клиентки чаще планировали [список медвмешательств]. Обсуждали с врачом, с которым планировали рожать. Опирались на информацию, предоставляемую мной и коллегами. Реже это был письменный план. Чаще на словах” (ПМА: перинатальный и клинический психолог, доула, Владикавказ, интервью от 21.08.2023).

Между тем еще в 2018 г. в московском передовом роддоме письменный и подписанный “план родов”, принесенный неконтрактной пациенткой, вызывал возмущение:

В Москве (2018 г.) женщина, планировавшая рожать по ОМС, в одном из роддомов, заранее принесла свой план родов на подпись главному врачу роддома. Заведующая родблоком несколько возмущенно рассказала об этом и показала сам план, при этом отметив, что большинство пунктов они все-таки выполнили (ПМА: индивидуальная акушерка, Москва, интервью от 06.04.2020).

Несмотря на то что в прошлом подобные инициативы (особенно в рамках ОМС) могли вызывать сопротивление со стороны персонала, сегодня практика предварительного согласования индивидуальных сценариев родов с врачами становится важным инструментом реализации пациентской автономии. В 2023–2024 гг., когда писалась настоящая статья, московские медики (на открытых мероприятиях для беременных) с наигранным спокойствием реагировали на вопросы о планировании и обсуждении беременными возможных манипуляций в родах, напоминая, однако, о непредсказуемости родового процесса и устойчивом спросе на экстренную помощь высококвалифицированных врачей.

Сейчас в Москве все чаще встречаются истории, когда даже на роды по ОМС обученные беременные женщины приносят подробный, рукописный “план родов” или подготовленные и заполненные с помощью юристов бланки ИДС. Кейсы “прокачанных” неолиберальных пациенток демонстрируют, на мой взгляд, максимальные диалогичность и персонализацию формуляров, разработанных по их собственному плану (ср.: *Reed* 2006 и *Jacob* 2007). Мои полевые данные, представленные в этом разделе, подтверждают выводы М.-А. Джейкоб в отношении индивидуализации бланков и слома привычных иерархий, особенно в случае, если специализированные формы разрабатывают аутсорсеры или сами неолиберальные пациенты.

Благодаря обязательности процедур подписания, индивидуализирующим бланкам и “диалогическому” согласованию обученная пациентка может устно проговорить с врачом подготовленный “план родов” и при определенных стараниях письменно закрепить собственные намерения и решения в больничном формуляре ИДС, чтобы они были обязательным и задокументированным ориентиром для дежурной бригады, даже в родах по ОМС. Мои наблюдения показывают, что современные женщины все чаще отказываются от роли пассивного пациента, проявляя субъектность через создание собственных “планов родов” и чек-листов допустимых вмешательств. Выступая одновременно заказчиками и изготовителями “диалогичных” форм ИДС, беременные принуждают медсистему к детальному обсуждению не только экстренных, но и рутинных манипуляций.

* * *

Из-за своей обыденности бумажное/электронное и хронологическое измерения бюрократии и собственно режимы разработки и маршрутизации документов остаются, как правило, невидимыми и непроблематичными. Между тем “биографии”/“карьеры” медицинских документов и, в частности, жизненный цикл ИДС в родовспоможении могут существенно отличаться в зависимости от медорганизации и степени знакомства роженицы со сценариями бюрократического “пинг-понга”. Кроме жизненного цикла ИДС, в статье продемонстрированы юридическая значимость сведений о подписантах, их статусах, диагнозах,

тактиках лечения, а также функции бюрократических классификаторов, медицинского письма и автографов, сопровождающих ситуации согласования роженицами (не)инвазивных и (не)рутинных медпроцедур во время схваток и потуг.

Анализ международных пактов, англо-американской и континентальной доктрины и российских нормативно-правовых источников, регулирующих врачебное усмотрение, автономию и неприкосновенность пациента, а также моих этнографических наблюдений женского волеизъявления посредством ИДС подтверждаеют многоголосие (полифонию) внутри разных сообществ (законодателей, биоэтиков, международников, регуляторов, разработчиков форм, пациентов, медиков, (не)штатных перинатальных специалистов, судмедэкспертов, правоохранителей, судей) и, как следствие, столкновение множества типов профессиональных и вернакулярных знаний и представлений о бланках, подписях и самом процессе ИДС в действии.

Практики производства ИДС в России созвучны зарубежным, где исследователи выявляют конфликт между стремлением к универсализации и стандартизации бланков ради "прозрачности" и аудита, а также необходимостью их индивидуализации ради пациентоцентричности (*Jacob* 2007; *McKay* 2012, 2017). В то время как организаторы здравоохранения зачастую механически копируют форматы ИДС, медики и юристы спорят об их качестве: врачи критикуют аутсорсеров за избыточную сложность многостраничных форм, а нештатные юристы – врачей за использование юридически неграмотных и устаревших образцов. Из-за отсутствия специализированных формуляров ИДС, утвержденных регулятором для всех допустимых манипуляций в родовспоможении, роддома самостоятельно разрабатывают формы, используя либо предназначенные для других процедур общие бланки, либо многостраничные, составленные юристами. Анализ собранной этнографии показывает критический разброс в содержании и объеме таких документов, что свидетельствует о вариативности тактик взаимодействия с пациентками, а также о разном уровне внимания к правам и автономии рожениц и реальному информированному выбору.

Сравнивая британские исследования тюремных форм и согласий на трансплантацию, я показываю, что бюрократические и медицинские документы не только объективируют человека, но и становятся пространством для проявления его субъектности через протест и коммуникацию (ср.: *Reed* 2006 и *Jacob* 2007). Эта двойственность – сочетание дисциплинарного контроля и индивидуальной реакции – характерна и для российских роддомов, где пациентки, визируя различные версии ИДС, демонстрируют как формальное подчинение медсистеме, так и попытки сохранить свою автономию в процессе схваток и потуг.

Почему же бланки ИДС, подписи и печати зачастую игнорируются медиками и пациентами, хотя они обладают решающим значением при обращении за медпомощью и в конфликтных ситуациях? Знание сценариев бюрократического "пинг-понга" и умение их использовать позволяют обывателю преодолевать иерархические разрывы, деконструировать "демонов письма" и "мертвые зоны воображения", в том числе для получения качественной медпомощи, в противном случае он обречен на бесправие и невидимость (*Gupta* 2012), как уязвимые роженицы в моих примерах. Поэтому успешными оказываются те женщины, которые отказываются от роли пассивного пациента, проявляют субъектность самыми разными диалогическими способами, принуждая медиков разбирать и согласовывать с ними рутинные и экстренные манипуляции. Как говорил

М. Халл, “необученные люди, не готовые овладеть конвенциями бюрократического документооборота... или завербовать себе знающего посредника, остаются исключенными даже из программ, направленных им на помощь...” (*Hull* 2012a: 258–259). А в нашем случае необученные пациентскому волеизъявлению женщины, не знающие правил согласования ИДС, значения подписей, сведений и особенностей бланков, в отсутствие партнеров-свидетелей, рискуют остаться бесправными и безмолвными участницами родов.

Декларации

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов, который мог бы повлиять на объективность проведенного исследования, аргументацию и научные выводы в статье. Автор подтверждает, что все процедуры, выполненные в исследовании, соответствуют современным стандартам научной этики, текст не содержит сфальсифицированной информации. От информантов и других участников исследования было получено устное информированное добровольное согласие, персональные данные информантов защищены путем анонимизации.

Примечания

[1] В тексте статьи применяются жаргонные сокращения эпитета “медицинский” в словах: медпомощь, медорганизация, медучреждение, медюрист, медработник, медперсонал, судмедэксперт, медвмешательства, медпроцедуры, медуслуги, меддеятельность, медтайна, меддокументация, медкарта, медпрофиль, медлитература, медсистема.

[2] Термин антрополога-анархиста Д. Гребера *dead zones of imagination* был применен им к ситуациям абсурдного и некритического принятия нами бюрократической волокиты и категорирования в качестве должного, непроблематичного и установленного системой порядка (*Graeber* 2012).

[3] На обсуждении варианта моей статьи в антропологическом кружке в 2024 г. Н. Ссорин-Чайков предложил термин “биографии” документов. Я всецело признательна ему – без его доброжелательных рекомендаций, идейной поддержки и организации камерных обсуждений с коллегами настоящее исследование могло бы не дойти до читателей антропологических журналов.

[4] Как аналитически были невидимы: до М. Бахтина – высказывание, его пределы, полифония и гетероглоссия; до М. Фуко – дискурс.

[5] Представленные классификации медвмешательств сопоставимы с описанным М. Дуглас классификационным давлением институтов и ярлыков, “изготавливающих” людей, криминальные, телесные, сексуальные, моральные категории и табу (*Douglas* 1986).

[6] Указанная практика была скомпрометирована, когда после 2012 г. суды стали признавать ее порочной.

[7] Приведенные формы установлены утратившим силу приказом Минздрава России от 20.10.2020 №1130н в связи с принятием нового приказа Минздрава России от 19.12.2025 №747н «О порядке оказания медпомощи по профилю “акушерство и гинекология”».

[8] Для сравнения укажу, что в качестве причины стандартизации документооборота и, в частности, ИДС, американский антрополог-африканист Р. Маккей описывает необходимость аудита транснациональными корпорациями спонсорских расходов на лечение ВИЧ-инфекции в мозамбикской больнице (*McKay* 2012, 2017).

[9] Кроме того, еще в 2009 г. был утвержден рекомендуемый образец ИДС для проведения прививок (приказ Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 №19н).

[10] В 323-ФЗ не предусмотрено графических требований к оформлению ИДС, к размерам и цвету шрифта, к полям и пр. Но уже существует любопытная судебная практика, защищающая пациента как минимум в случае использования нечитаемых ИДС.

[11] Слово “бланкетный” происходит от нем. *blankett* или франц. *blanc* – “белый лист” или “бланк”. Каждый из этих авторов по-разному именует такие “бланкетные” ИДС:

Ю.Г. Дегтярев как «“неограниченную лицензию” для проведения врачом любого лечения или операции по его усмотрению»; Р.Р. Белялетдинов как “слепое расширенное согласие” (*broad informed consent*); Н.Г. Бхуванешвари как “защитное одеяло” (*safety blanket*). В литературе я также встречала термины “генеральные” или “широкие” согласия.

[12] Многие юристы и некоторые медики оспаривают данную точку зрения – как не соответствующую требованиям 323-ФЗ.

Источники и материалы

323-ФЗ – Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” // http://publication.pravo.gov.ru/document/0001201111220007

ОЗ 1969 – Недействующий Закон СССР от 19.12.1969 №4589-VII “Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении” (недействующий) // КонсультантПлюс. https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=21343#ReamnOVMy6uF33Fq

ОЗ 1993 – “Основы законодательства Российской Федерации о здоровье граждан”, утв. ВС РФ 22.07.1993 №5487-1 (недействующие) // КонсультантПлюс. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/

ПМА – полевые материалы автора, 2017–2026 гг., Москва, Санкт-Петербург и иные российские регионы.

Научная литература

Бахтин М. Проблема речевых жанров // *Бахтин М.* Эстетика словесного творчества. М.: Искусство, 1986. С. 250–296.

Белялетдинов Р.Р. Отложенные риски: как меняется идея информированного согласия под влиянием биобанков // Праксема. Проблемы визуальной семиотики. 2021. № 3. С. 39–54.

Белялетдинов Р.Р. Концепция самодетерминации и проблема смыслополагания в информированном согласии // Науковедческие исследования. 2023. № 3. С. 29–49.

Габай П. Кесарево сечение на лезвии закона // Вестник акушерской анестезиологии. 2018. № 6 (8). С. 18–31.

Гребенщикова Е.Г., Чучалин А.Г. Уважая автономию пациента: добровольное информированное согласие в современной медицине // Медицинская этика. 2021. № 1. С. 12–16.

Греймас А.-Ж. Размышления об актантных моделях // *Косиков Г. и др.* Французская семиотика: от структурализма к постструктурализму. М.: ИГ Прогресс, 2000. С. 153–170.

Дегтярев Ю.Г. Информированное согласие на медицинское вмешательство: история вопроса, перспективы // Медицинский журнал. 2015. № 4. С. 14–21.

Сокольчик В.Н. Взаимоотношения врача и пациента: на перекрестках этики и прав человека // Здравоохранение (Минск). 2020. № 11. С. 44–49.

Юдин Б.Г. и др. Введение в биоэтику. М.: Прогресс-Традиция, 1998.

Якобсон Р. Лингвистика и поэтика // Структурализм: “за” и “против” / Под ред. Е.Я. Басина, М.Я. Полякова. М.: Прогресс, 1975. С. 193–230.

Bhuvaneshwari N.G, Savithramma R.B, Nagesh L. Blanket Consent – "The Safety Blanket for Research" // Journal Global Oral Health. 2022. No. 5. P. 107–109.

Cody F. Inscribing Subjects to Citizenship: Petitions, Literacy Activism, and the Performativity of Signature in Rural Tamil India // Cultural Anthropology. 2009. No. 24 (3). P. 347–380.

Douglas M. How Institutions Think. Syracuse: Syracuse University Press, 1986.

Gera A., Sood J. Informed Consent – Ethical Doctrine and a Legal Mandate // Current Medicine Research and Practice. 2023. № 13 (6). P. 286–291.

Graeber D. 2012. Dead Zones of the Imagination: On Violence, Bureaucracy, and Interpretive Labor: The Malinowski Memorial Lecture, 2006 // HAU: Journal of Ethnographic Theory 2.2. 2012. P. 105–128.

Gupta A. Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India. Durham: Duke University Press, 2012.

Hoag C. Assembling Partial Perspectives: Thoughts on the Anthropology of Bureaucracy // PoLAR: Political and Legal Anthropology Review. 2011. No. 34 (1). P. 81–94.

Hoeyer K., Hogle L.F. Informed Consent: The Politics of Intent and Practice in Medical Research Ethics // Annual Review of Anthropology. 2014. No. 43 (1). P. 347–362.

Hollinghurst J., McConnell P. Consent in Obstetrics // Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2022. Vol. 23 (8). P. 477–480.

Hull M.S. The File: Agency, Authority, and Autography in a Pakistan Bureaucracy // Language and Communication. 2003. No. 23 (3–4). P. 287–314.

Hull M.S. Ruled by Records: The Expropriation of Land and the Misappropriation of Lists in Islamabad // American Ethnologist. 2008. No. 35 (4). P. 501–518.

Hull M.S. Documents and Bureaucracy // Annual Review of Anthropology. 2012a. No. 41 (1). P. 251–267.

Hull M.S. Government of Paper: The Materiality of Bureaucracy in Urban Pakistan. Berkeley: University of California Press, 2012b.

Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. N.Y.: Pantheon Books, 1976.

Jacob M-A. Form-Made Persons: Consent Forms as Consent's Blind Spot // PoLAR: Political and Legal Anthropology Review. 2007. No. 30 (2). P. 249–268.

Kafka B. Paperwork: The State of the Discipline // Book History. 2009. No. 12 (1). P. 340–353.

Kafka B. 2012. The Demon of Writing: Powers and Failures of Paperwork. N.Y.: Zone Books.

Kelly T. Documented Lives: Fear and The Uncertainties of Law During the Second Palestinian Intifada // Journal of the Royal Anthropological Institute. 2006. No. 12 (1). P. 89–107.

Kuksa T. Activism and Patient Vulnerability: Resistance to Medical Authority and Regulation in Russia // Folklorica, Journal of the Slavic, East European, and Eurasian Folklore Association. 2022. No. 26. P. 1–33. https://doi.org/10.17161/folklorica.v26i.18369

Latour B. Scientific Objects and Legal Objectivity // Law, Anthropology, and the Constitution of the Social: Making Persons and Things / Eds. A. Pottage, M. Mundy, N.Y.: Cambridge University Press, 2004. P. 73–113.

Latour B. Reassembling the Social. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Lipsky M. Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service. N.Y.: Russell Sage Foundation, 2010 [1980].

McKay R. Documentary Disorders: Managing Medical Multiplicity in Maputo, Mozambique // American Ethnologist. 2012. No. 39 (3). P. 545–561.

McKay R. Medicine in the Meantime: The Work of Care in Mozambique. Durham: Duke University Press, 2017.
Rapp R. Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America. N.Y.: Routledge, 1999.
Reed A. Documents Unfolding // Documents: Artifacts of Modern Knowledge / Ed. A. Riles. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2006. P. 158–177.
Riles A. Documents: Artifacts of Modern Knowledge. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2006.
Rhoden N.K. Informed Consent in Obstetrics: Some Special Problems // Western New England Law Review. 1987. No. 9. P. 67–88.
Street A. Artefacts of Not-Knowing: The Medical Record, The Diagnosis and The Production of Uncertainty in Papua New Guinean Biomedicine // Social Studies of Science. 2011. No. 41. P. 815–834.

Research Article

Kuksa, T.L. Informed Voluntary Consent in Action and Over Time: Rituals of Production and Routing of Forms, Data, and Signatures in Maternity Hospitals [Informirovannoe dobrovol'noe soglasie v deistvii i vo vremeni: ritualy proizvodstva i marshrutizatsii blankov, svedenii i podpisei v rodovspomozhenii]. *Etnograficheskoe obozrenie*, 2026, no. 5, pp. 142–163. https://doi.org/10.7868/S3034627426050088 ISSN 0869-5415 © Russian Academy of Sciences © Institute of Ethnology and Anthropology RAS]

Tatiana Kuksa | https://orcid.org/0000-0002-8696-7284 | tkuksa@hse.ru | National Research University Higher School of Economics (11 Pokrovsky Bulvar, Moscow, 109028, Russia)

Keywords
ethnography of documents, informed voluntary consent, signature, patient autonomy, patient will, blanket consent, birth plan, medical intervention, medical discretion, medical paternalism

Abstract
My research fills gaps in medical anthropology and the anthropology of bureaucracy regarding practices of patient agency, medical discretion, and the production and routing of informed consent within the contemporary medical setting. Developing an ethnography of documents from a Latour-Hull perspective, I examine informed consent forms as a network of non-human actors. My work focuses on signatures, forms, and the functions of informed consent, whether oral or written (paper or electronic), in public and commercial maternity care. Due to their mundanity, the paper/electronic and chronological dimensions of bureaucracy and the actual modes of development and routing of documents remain, as a rule, invisible and unproblematic. Meanwhile, the "biographies"/"careers" of medical documents used in maternity hospitals, and, in particular, the life cycle of the informed consent in obstetrics, can vary significantly depending on the medical facility and the woman in labor's familiarity with the scripts of bureaucratic "ping-pong"; some Russian women manage to deconstruct hierarchical and informational asymmetries to their advantage using paper forms, signatures, and verbal negotiations, while others do not.

Disclosures
The author has no conflicts of interest to declare or personal relationships that could potentially compromise the objectivity of research. The article presents the outcome of research conducted in accordance with the current principles of academic ethics and does not contain any information that is intentionally misleading or inaccurate. The author confirms that oral informed consent has been obtained from the involved participants and measures have been taken to protect their personal information.

References

Bakhtin, M. 1986. Problema rechevykh zhanrov [The Problem of Speech Genres]. In *Estetika slovesnogo tvorchestva* [The Aesthetics of Verbal Creativity], by M. Bakhtin, 250–296. Moscow: Iskusstvo.

Belialetdinov, R.R. 2021. Otlozhennye riski: kak meniaetsia ideia informirovannogo soglasiia pod vliianiem biobankov [Deferred Risks: How the Idea of Informed Consent is Changing Under the Influence of Biobanks]. *Praksema: problemy vizual'noi semiotiki* 3: 39–54.

Belialetdinov, R.R. 2023. Kontseptsiia samodeterminatsii i problema smyslopolaganiia v informirovannom soglasii [The Concept of Self-Determination and the Problem of Meaning in Informed Consent]. *Naukovedcheskie issledovaniia* 3: 29–49.

Bhuvaneshwari, N.G, R.B. Savithramma, and L. Nagesh. 2022. Blanket Consent – "The Safety Blanket for Research". *Journal Global Oral Health* 5: 107–109.

Cody, F. 2009. Inscribing Subjects to Citizenship: Petitions, Literacy Activism, and the Performativity of Signature in Rural Tamil India. *Cultural Anthropology* 24 (3): 347–380.

Degtiarev, Y.G. 2015. Informirovannoe soglasie na meditsinskoe vmeshatel'stvo: istoriia voprosa, perspektivy [Informed Consent for Medical Interventions: History and Prospects]. *Meditsinskii zhurnal* 4: 14–21.

Douglas, M. 1986. *How Institutions Think*. Syracuse: Syracuse University Press.

Gabai, P. 2018. Kesarevo sechenie na lezvii zakona [Caesarean Section on the Edge of the Law]. *Vestnik akusherskoi anesteziologii* 6 (8): 18–31.

Gera, A., and J. Sood. 2023. Informed Consent – Ethical Doctrine and a Legal Mandate. *Current Medicine Research and Practice* 13 (6):286–291.

Graeber, D. 2012. Dead Zones of the Imagination: On Violence, Bureaucracy, and Interpretive Labor: The Malinowski Memorial Lecture, 2006. *HAU: Journal of Ethnographic Theory* 2.2: 105–128.

Grebenshchikova, E.G., and A.G. Chuchalin. 2021. Uvazhaia avtonomiiu patsienta: dobrovol'noe informirovannoe soglasie v sovremennoi meditsine [Respecting Patient Autonomy: Voluntary Informed Consent in Modern Medicine]. *Meditsinskaia etika* 1: 12–16.

Greimas, A.-J. 2000. Razmyshleniia ob aktantnykh modeliakh [Reflections on Actantial Models]. In *Frantsuzskaia semiotika: ot strukturalizma k poststrukturalizmu* [French Semiotics: From Structuralism to Post-Structuralism], by G. Kosikov et al., 153–170. Moscow: Progress.

Gupta, A. 2012. *Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*. Durham: Duke University Press.

Hoag, C. 2011. Assembling Partial Perspectives: Thoughts on the Anthropology of Bureaucracy. *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review* 34 (1): 81–94.

Hoeyer, K., and L.F. Hogle. 2014. Informed Consent: The Politics of Intent and Practice in Medical Research Ethics. *Annual Review of Anthropology* 43 (1): 347–362.

Hollinghurst, J., and P. McConnell. 2022. Consent in Obstetrics. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 23 (8): 477–480.

Hull, M.S. 2003. The File: Agency, Authority, and Autography in a Pakistan Bureaucracy. *Language and Communication* 23 (3–4): 287–314.

Hull, M.S. 2008. Ruled By Records: The Expropriation of Land and the Misappropriation of Lists in Islamabad. *American Ethnologist* 35 (4): 501–518.

Hull, M.S. 2012. Documents and Bureaucracy. *Annual Review of Anthropology* 41 (1): 251–267.

Hull, M.S. 2012. *Government of Paper: The Materiality of Bureaucracy in Urban Pakistan*. Berkeley: University of California Press.

Illich, I. 1976. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health.*, New York: Pantheon Books.

Jacob, M-A. 2007. Form-Made Persons: Consent Forms as Consent's Blind Spot. *PoLAR: Political and Legal Anthropology Review* 30 (2): 249–268.

Kafka, B. 2009. Paperwork: The State of the Discipline. *Book History* 12 (1):340–353.

Kafka, B. 2012. *The Demon of Writing: Powers and Failures of Paperwork*. New York: Zone Books.

Kelly, T. 2006. Documented Lives: Fear and the Uncertainties of Law During the Second Palestinian Intifada. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 12 (1): 89–107.

Kuksa, T. 2022. Activism and Patient Vulnerability: Resistance to Medical Authority and Regulation in Russia. *Folklorica, Journal of the Slavic, East European, and Eurasian Folklore Association* 26: 1–33. https://doi.org/10.17161/folklorica.v26i.18369

Latour, B. 2004. Scientific Objects and Legal Objectivity. In *Law, Anthropology, and the Constitution of the Social: Making Persons and Things*, edited by A. Pottage and M. Mundy, 73–113. New York: Cambridge University Press.

Latour, B. 2005. *Reassembling the Social*. Oxford: Oxford University Press.

Lipsky, M. (1980) 2010. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russell Sage Foundation.

McKay, R. 2012. Documentary Disorders: Managing Medical Multiplicity in Maputo, Mozambique. *American Ethnologist* 39 (3): 545–561.

McKay, R. 2017. *Medicine in the Meantime: The Work of Care in Mozambique*. Durham: Duke University Press.

Rapp, R. 1999. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.

Reed, A. 2006. Documents Unfolding. In *Documents: Artifacts of Modern Knowledge*, edited by A. Riles, 158–177. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Rhoden, N.K. 1987. Informed Consent in Obstetrics: Some Special Problems. *Western New England Law Review* 9: 67–88.

Riles, A. 2006. *Documents: Artifacts of Modern Knowledge*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Sokolchik, V.N. 2020. Vzaimootnosheniia vracha i patsienta: na perekrestkakh etiki i prav cheloveka [Doctor-Patient Relationships: At the Intersection of Ethics and Human Rights]. *Zdravookhranenie (Minsk)* 11: 44–49.

Street, A. 2011. Artefacts of Not-Knowing: The Medical Record, The Diagnosis and The Production of Uncertainty in Papua New Guinean Biomedicine. *Social Studies of Science* 41: 815–834.

Yakobson, R. 1975. *Lingvistika i poetika* [Linguistics and Poetics]. In *Strukturalizm: "za" i "protiv"* [Structuralism: "pro" and "contra"], edited by E.Y. Basin and M.Y. Poliakov, 193–230. Moscow: Progress.

Yudin, B.G., et al. 1998. *Vvedenie v bioetiku* [Introduction to Bioethics]. Moscow: Progress-Traditsiia.