

## РЕДАКЦИОННЫЙ И ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

**АЛЕКСАНДРОВА О.Ю.** – д-р мед. наук, профессор, профессор ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

**АНДРЕЕВА О.В.** – д-р мед. наук, профессор, начальник инспекции по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение и за бюджетом Федерального фонда ОМС Счетной палаты РФ

**ВЕНЕДИКТОВ Д.Д.** – д-р мед. наук, профессор, чл.-корр. РАМН, зав. кафедрой медицинской информатики и управления при Президиуме РАМН

**ГАЙДАРОВ Г.М.** – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного медицинского университета

**ГЕРАСИМЕНКО Н.Ф.** – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, зав. кафедрой основ законодательства в здравоохранении ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, первый зам. председателя Комитета ГД ФС РФ по охране здоровья

**ГИРИХИДИ В.П.** – канд. мед. наук, директор Издательского дома МЦФЭР

**ГОЛУХОВ Г.Н.** – д-р мед. наук, профессор, министр правительства Москвы, руководитель департамента здравоохранения г. Москвы

**ГРИДАСОВ Г.Н.** – канд. мед. наук, зам. председателя правительства Самарской области – министр здравоохранения и социального развития Самарской области

**ГРИШИН В.В.** – д-р экон. наук, профессор, помощник Председателя Счетной палаты РФ

**ДОРОЩЕНКО В.Н.** – д-р мед. наук, профессор, директор департамента здравоохранения Брянской области

**ИВАНОВ А.В.** – главный редактор объединенной редакции «Здравоохранение»

**КАДЫРОВ Ф.Н.** – д-р экон. наук, профессор, заслуженный экономист РФ, зам. директора ЦНИИОИЗ Минздрава России

**КОБЯКОВА О.С.** – д-р мед. наук, профессор, начальник департамента здравоохранения Томской области

**КОЛЕСНИКОВ С.И.** – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, советник Президиума РАМН

**КУЗНЕЦОВ П.П.** – д-р мед. наук, профессор, начальник Управления информатизации и связи со СМИ аппарата Президиума РАМН

**НАТХО Р.Х.** – член Комитета ГД ФС РФ по охране здоровья

**ОНИЩЕНКО Г.Г.** – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, руководитель Роспотребнадзора

**ПАНОВ А.В.** – член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, управляющий ООО «Центр медицинского права», г. Омск

**РОЙТБЕРГ Г.Е.** – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, засл. врач РФ, зав. кафедрой терапии и семейной медицины ГБОУ ВПО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, президент ОАО «Медицина»

**САФОНОВ А.Л.** – д-р экон. наук, профессор, проректор РАНХ и ГС при Президенте РФ

**СТАДЧЕНКО Н.Н.** – канд. экон. наук, председатель Федерального фонда ОМС

**СТАРОДУБОВ В.И.** – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, вице-президент РАМН, директор ЦНИИОИЗ Минздрава России

**СТРЮЧКОВ В.В.** – зам. председателя правительства – министр здравоохранения и социального развития Пензенской области

**УЙБА В.В.** – д-р мед. наук, руководитель ФМБА России, засл. врач РФ

**ШАМШУРИНА Н.Г.** – д-р экон. наук, профессор ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

**ШЕБАЕВ Г.А.** – канд. мед. наук, министр здравоохранения Республики Башкортостан

**ШЕЙМАН И.М.** – канд. экон. наук, заслуженный экономист РФ, профессор НИУ «Высшая школа экономики»

**УЛИЧ В.В.** – министр здравоохранения и социального развития Республики Карелия

**ЯНИН В.Н.** – министр здравоохранения Красноярского края

# Содержание

## КОРОТКО

- 4 СОБЫТИЯ
- 10 НОРМАТИВНАЯ БАЗА

## РАБОЧАЯ СИТУАЦИЯ

### ЭКОНОМИКА ЛПУ

**Н.Г. Шамшурина**

- 18 Экономический анализ в учреждении здравоохранения: теория и практика (*окончание*)

### ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ

**М.В. Пирогов**

- 28 Новая методика планирования территориальных программ ОМС

### ГОСЗАКУПКИ ЛПУ

**И.А. Сургутскова**

- 44 Закупка лекарственных средств без проведения торгов

### КВАЛИФИКАЦИЯ КАДРОВ ЛПУ

**А.В. Иванов, В.И. Буланов**

- 50 Эффективный контракт: логика управленческих решений

### МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова**

- 58 Здравоохранение Вологодской области. Оценка главных врачей

### БУХГАЛТЕРСКИЙ УЧЕТ

**Н.Е. Фирсанова**

- 72 Учетная политика с медицинским уклоном

## КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ

**С.И. Блохина, Е.А. Дугина, И.А. Подоляк**

- 78 Детская неврология – вектор развития Свердловской области

**В.В. Власов**

- 86 Действия врача в отношении бесперспективного больного: проблемы законодательного регулирования

# Действия врача в отношении бесперспективного больного: проблемы законодательного регулирования

В.В. Власов,  
д-р мед. наук,  
проф. ГБОУ ВПО  
«Первый МГМУ  
им. И.М. Сеченова»  
Минздрава России,  
президент Обще-  
ства специалистов  
доказательной  
медицины



Написать автору  
[WWW.ZDRAV.RU](http://WWW.ZDRAV.RU)

ВОПРОСЫ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВСЕГДА ВЫЗЫВАЮТ ПОВЫШЕННЫЙ ИНТЕРЕС У НАСЕЛЕНИЯ И ЗАНИМАЮТ ВАЖНЕЙШЕЕ МЕСТО СРЕДИ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.

С ОДНОЙ СТОРОНЫ, ПОМИМО ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО СТРАХА ПЕРЕД СМЕРТЬЮ НА ОТНОШЕНИЕ ГРАЖДАН К ЭТОЙ ТЕМЕ ВЛИЯЕТ ТО, ЧТО ТЕРМИНОМ «ЭВТАНАЗИЯ» ОБОЗНАЧАЛОСЬ УНИЧТОЖЕНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ГРАЖДАН В НАЦИСТСКОЙ ГЕРМАНИИ. С ДРУГОЙ – НЕЗАВИСИМО ОТ УРОВНЯ ДОВЕРИЯ К ВРАЧАМ ОТ НИХ ОБЫЧНО ОЖИДАЮТ ДЕЙСТВИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО НА ИЗЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ И ПРОДЛЕНИЕ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА.

ЯВНО НЕДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЭТИХ ВОПРОСОВ В РОССИИ СОЗДАЕТ ВЫСОКИЕ РИСКИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ВЕДЕТ К УВЕЛИЧЕНИЮ СТРАДАНИЙ БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ И БЕСПОЛЕЗНОМУ РАСХОДОВАНИЮ ИМЕЮЩИХСЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

## Эвтаназия

Вероятно, именно публичный интерес стал причиной, по которой российские законодатели обратили свое внимание на проблему эвтаназии. Еще в 1993 г. была введена специальная норма закона – эвтаназия была прямо запрещена<sup>1</sup>. Вместе с тем отсутствие четкого определения этого термина делало запрет неэффективным и внесло путаницу в понятия, необходимые для всесторонней оценки действий медицинских работников.

Разработка новых «Основ охраны здоровья граждан в РФ»<sup>2</sup> (далее – Закон № 323-ФЗ) не имела своей целью уточнить нормативные положения о курации умирающих пациентов. Однако в законе появилась более конкретная, чем ранее, формулировка: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том

<sup>1</sup> Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, утв. ВС РФ 22.07.1993, № 5487-1.

<sup>2</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я СОВЕРШЕННО УБЕЖДЕН, ЧТО ДОЛГ ВРАЧА СОСТОИТ НЕ ТОЛЬКО В ТОМ, ЧТОБЫ ВОССТАНАВЛИВАТЬ ЗДОРОВЬЕ, НО И В ТОМ, ЧТОБЫ ОБЛЕГЧАТЬ СТРАДАНИЯ И МУЧЕНИЯ, ПРИЧИНЯЕМЫЕ БОЛЕЗНЯМИ, И ЭТО НЕ ТОЛЬКО ТОГДА, КОГДА ТАКОЕ ОБЛЕГЧЕНИЕ БОЛИ КАК ОПАСНОГО СИМПТОМА БОЛЕЗНИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ, НО ДАЖЕ И В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА УЖЕ НЕТ СОВЕРШЕННО НИКАКОЙ НАДЕЖДЫ НА СПАСЕНИЕ И МОЖНО ЛИШЬ СДЕЛАТЬ САМОЕ СМЕРТЬ БОЛЕЕ ЛЕГКОЙ И СПОКОЙНОЙ.

Ф. Бэкон, английский философ

числе, прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента».

**Важно** ➤ Закон № 323-ФЗ расширительно трактует эвтаназию не только как активное умерщвление человека, но и как бездействие медицинского персонала или как прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента. Это представляет немалую опасность для медицинских работников ■

Попробуем разобраться в вопросе более детально.

### Пассивная эвтаназия

Сторонниками эвтаназии широко продвигается идея «пассивной эвтаназии», которая трактуется как неприменение лечения у бесперспективных больных. На самом деле очевидно, что неприменение лечебных или диагностических вмешательств возможно в нескольких вариантах.

**1.** Неоказание помощи – когда вмешательство было показано больному (в т. ч. в ситуациях, не угрожающих жизни), но не было выполнено. Причин может быть множество: нелегальность вмешательства, его экономическая или техническая недоступность, отказ врача его выполнять и т. д.

Ясно, что неоказание помощи не имеет отношения к эвтаназии (поскольку больной ищет помощи).

**2.** Научно обоснованное неприменение непоказанного вмешательства. Очевидно, что врач должен применять не любое вмешательство, а только то, которое показано такому пациенту.

**3.** Отказ от бесперспективного вмешательства – например, отказ от сердечно-легочной реанимации у пациента, умирающего от хронической печеночной недостаточности. Этот вариант прямо предусмотрен в ст. 66 Закона № 323-ФЗ.

Неприменение медицинского вмешательства имеет мало общего с активным умерщвлением больного по его просьбе.

### Оценка рисков



ИЗ-ЗА БОЯЗНИ БЫТЬ ОБВИНЕННЫМИ В ЭВТАНАЗИИ ВРАЧИ ПРОВОДЯТ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДАЖЕ У БЕСПЕРСПЕКТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ



В ЗАКОНЕ № 323-ФЗ НЕ УПОМЯНУТО ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ЗАБЛАГОВРЕМЕННЫЙ ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ



ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ РАСХОДЫ РЕСУРСОВ НА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ

Вместе с тем расширительное толкование эвтаназии приводит к тому, что врачи избегают ограничений в объеме лечения и применяют все доступные средства, лишь бы не быть обвиненными в ее проведении. Это, в свою очередь, становится причиной излишних страданий больных и избыточной нагрузки на систему здравоохранения.

**Важно** ➤ Ключевым признаком эвтаназии (в том виде, в каком она обсуждается в последние 50 лет в отношении пациентов, которым нельзя эффективно помочь средствами медицины), является действие второго человека (обычно, врача) по просьбе больного ■

Если же речь идет о бездействии, то такая трактовка эвтаназии вступает в противоречие с конституционными принципами и с положениями самого Закона № 323-ФЗ. Закон утверждает право гражданина на отказ от медицинского вмешательства – и в этом случае врач не имеет права проводить такое вмешательство.

В ситуации нетяжелого заболевания, отказ от определенного вмешательства является всего лишь формой выбора способа лечения. Однако законодатель и органы исполнительной власти уделяют отказу от лечения избыточное внимание. Объяснение этому лежит в представлении о медицинских вмешательствах как «жизнеспасающих», «гарантирующих результат». Соответственно считается, что пациент, отказывающийся от переливания крови, отказывается от спасения жизни. В действительности же переливание крови не только снижает вероятность одних рисков, но и повышает вероятность других.

В большинстве развитых стран принято, что пациент, основываясь на достаточной и понятной ему информации, взвешивает пользу и вред от вмешательства, и дает или не дает на него свое согласие. В России к

принципу информированного добровольного согласия добавляется предположение о спасительности вмешательств, гарантировании ими исхода лечения.

Этим и объясняется, что «прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» приравнивается к эвтаназии. А также то, что трансплантация применяется в случае, «если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья» (ранее в законопроекте фигурировала даже фраза «если другие методы лечения не могут гарантировать»).

Не лучшим образом выглядит и положение п. 7. ст. 66 Закона № 323-ФЗ: «реанимационные мероприятия не проводятся... при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью». Переведем: сердечно-легочная реанимация не проводится, если она показана пациенту, чье лечение бесперспективно в связи с другим состоянием.

Поскольку в законе не указано, что порядок отказа от сердечно-легочной реанимации должен быть дополнительно определен правительством, это норма прямого действия. То есть каждый врач перед началом реанимации должен проверить, нет ли у пациента противопоказаний к ее проведению. Но это нонсенс – при наличии признаков клинической смерти медицинские работники (даже случайные свидетели) должны начинать реанимацию немедленно.

В то же время понятно, что реанимация больного, например с тяжелой дыхательной недостаточностью, лишь травмирует его и заставляет умирать еще раз,

некоторой отсрочкой. Если невозможно изменить течение болезни, предоставление человеку возможности умереть естественной смертью становится благом.

В мировой практике эта коллизия решается путем заблаговременного выявления таких пациентов и назначения «не реанимировать» (do not resuscitate order). Принятие такого решения не возлагается на отдельного врача, а выносится коллегиально и с учетом согласия пациента (ввиду особой важности решения и зависимости не только от медицинских технологий, но и от многих других причин). Разработаны даже методы идентификации таких пациентов для того, чтобы «случайно» не начать реанимацию.

Итак, «пассивная эвтаназия» не существует, а отказ от медицинского вмешательства по просьбе пациента является единственно возможным и законодательно закрепленным способом действий врача.

## Смерть мозга

В начале XX в. законодательство в сфере здравоохранения не упоминало о формальном согласии пациента на вмешательство. Нужно отметить, что в странах с патерналистской моделью медицины (в том числе, в СССР) значительная часть населения хотела, чтобы врач сам принимал решение и нес ответственность за результат, если он не удовлетворяет больного. Законодательство новой России усвоило принцип информированного согласия, но пока еще достаточно далеко от норм, принятых в экономически развитых странах.

В 1970–1980 гг. развитие техники привело к тому, что стало возможным поддерживать отдельные функции тела годами – без всякой перспективы возвращения к человеку сознания. Между тем именно наличие сознания делает человека человеком.

Судебное решение о том, что смерть головного мозга, установленная квалифи-

цированными специалистами с использованием современных приборов, означает биологическую смерть человека, впервые было принято в США. Это дало мощный толчок развитию трансплантации. В СССР диагноз смерти мозга воспринимался с большим трудом, и стал вполне легитимным лишь в послесоветской России. Ныне в ст. 66 Закона № 323-ФЗ говорится, что констатация смерти человека основывается на смерти головного мозга. Примечательно, что даже сейчас в законе не используется слово «диагноз», а понятие «смерть мозга» и «биологическая смерть» разделены.

Между тем смерть мозга – не единственное состояние, которое характеризуется безвозвратным отсутствием сознания.

**Важно** > В случае активного проведения сердечно-легочной реанимации и правильной поддерживающей терапии у некоторых больных может восстанавливаться деятельность ствола головного мозга – но не его коры ■

В результате возникает так называемое стойкое вегетативное состояние (далее – СВС), при котором организм способен регулировать сердечно-сосудистую деятельность и дыхание. Такой больной не нуждается в лекарствах и аппаратах для поддержания жизненно важных функций, но существует только потому, что получает искусственное питание и интенсивный уход.

В большинстве развитых стран оба состояния считаются эквивалентом биологической смерти; различаются лишь детали юридического оформления решения о прекращении искусственной поддержки функций. Нужно понимать, что обывателю трудно понять, что вегетативное состояние – это эквивалент смерти: человек дышит, морщится, мигает... Поэтому периодически возникают проблемы с несогласием родствен-

ников с решением о прекращении искусственного поддержания функций организма. Такие ситуации решаются в суде.

**Важно** ➤ К сожалению, из-за юридической неурегулированности положения больных в СВС в России они считаются «выздоровливающими» после травмы или иного события, приведшего к повреждению мозга ■

Поддержание вегетативного состояния не только жестоко по отношению к пациентам и к их родственникам, но и ведет к огромным затратам как в семье, так и в общественной системе здравоохранения. Напомним, что в России в здравоохранении нет излишних средств, а бесперспективная курация одного больного с СВС требует ресурсов, которых было бы достаточно на лечение десятков других пациентов.

### Заблаговременное согласие на прекращение лечения

В связи с появлением проблемы СВС во многих развитых странах начали активно обсуждать проблему личного отказа от лечения в бесперспективной ситуации. Это называется «заблаговременное согласие» (advance directive).

В обычных обстоятельствах пациент сам дает согласие на медицинское вмешательство на основе предоставленной ему информации. В случае, когда пациент из-за тяжести состояния не может выразить согласия или несогласия, закон, в том числе в России, предоставляет такое право законному представителю пациента.

Беда в том, что ни одним нормативным документом не разъясняется, на чем должно основываться согласие (или несогласие) даваемое за другого человека. Большинство людей рассматривают ситуацию соответственно своему пониманию.

В ст. 47 Закона № 323-ФЗ прямо говорится, что на трансплантацию дают согласие родственники умершего, но при этом

не спрашивается, что им известно о его мнении («в случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга)»). Между тем согласия спрашивают именно у близкого человека, поскольку предполагается, что только такой человек может знать, что бы предпочел сам пациент. Именно поэтому некоторые эксперты предлагали спрашивать согласия не у родственника, а у человека, который ухаживает за больным.

Закон № 323-ФЗ не только игнорирует это важное обстоятельство, но и вообще не упоминает о праве пациента заблаговременно высказать свое мнение о возможных медицинских вмешательствах.

Исключение – право заблаговременно отказаться от посмертного донорства. Однако формулировка закона позволяет легко проигнорировать такой отказ: «Изъятие органов и тканей... не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством РФ порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица в случаях... заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти...». То есть, если медицинская организация не будет очень активно искать такую информацию о несогласии, то, вполне возможно, что она не будет ею обладать (не будет «поставлена в известность»).

### Ассистированное самоубийство

Люди нередко заканчивают жизнь самоубийством – особенно, если узнают, что они неизлечимо больны. Это может быть показано на примере больных СПИД (хотя продолжительность жизни при СПИД достаточно велика).

Вероятно, истинная частота самоубийств при тяжелых заболеваниях недооценивается: во многих случаях в каче-

стве причины смерти указывается само заболевание. Поэтому надо подходить с осторожностью к статистике, говорящей, что частота самоубийств больных раком несущественно превышает такую в популяции в целом.

Если считать, что существуют ситуации, когда самоубийство является оправданным, то самоубийство при тяжелых страданиях, связанных с неизлечимой болезнью, будет первым примером такой ситуации.

Надо иметь в виду, что признание этого факта совсем не означает готовности каждого человека к самоубийству и наличия у него необходимых для этого знаний. В результате неудавшейся попытки самоубийства пациент может оказаться в худшем состоянии, чем до нее. Ассистированное самоубийство облегчает решение этой проблемы.

**Важно** ➤ Под ассистированным самоубийством понимают предоставление врачом или иным человеком знаний или средств больному для того, чтобы он мог совершить самоубийство ■

Можно полагать, что такие действия врачей являются хотя и несчастными, но достаточно традиционными.

Внимание общества к ассистированному самоубийству было привлечено, прежде всего, из-за активности американского патолога Дж. Кеворкяна, который помогал совершить самоубийство одному больному за другим в течение многих лет. Несмотря на многочисленный публичные протесты медиков и действия, предпринимавшиеся законодателями, попытки прекратить его деятельность были безуспешны. Дело в том, что при помощи в самоубийстве врач не предпринимает действий, приводящих к смерти, и не может быть в ней обвинен. Впоследствии Дж. Кеворкян был все-таки осужден – за то, что сделал смертельную инъекцию больному, который не мог сделать ничего сам.

В начале девяностых годов во многих штатах США были приняты законы, запрещающие ассистированное самоубийство. Однако, в 1996 г. Верховный суд США признал, что было бы несправедливым разрешать компетентному безнадежному пациенту отказаться от лечения, продлевающего жизнь, и запрещать ассистированное самоубийство такому же пациенту, который не может приблизить смерть отказом от лечения. Сегодня в ряде штатов США и в некоторых европейских странах ассистированное самоубийство легально, лишь введено условие выжидания определенного срока после обращения пациента за помощью в самоубийстве.

Существуют опасения, что больной может просить о помощи в самоубийстве в результате депрессии, а не по причине объективной тяжести состояния. Эти опасения справедливы лишь отчасти: по опыту стран, легализовавших эвтаназию или ассистированное самоубийство, вполне возможна предварительная оценка обоснованности просьбы больного.

Ситуация выглядит несколько иначе с точки зрения профессиональной медицинской морали. Всемирная медицинская ассоциация считает недопустимым для врача содействие самоубийству, и этот моральный запрет находится в полном соответствии с гиппократовскими принципами.

**Важно** ➤ В отношении как эвтаназии, так и ассистированного самоубийства существует озабоченность возможными злоупотреблениями – прежде всего по отношению к старикам, психически больным, беднякам ■

Можно предположить, что в условиях дефицита высокотехнологичной медицинской помощи будет возникать давление на людей, которые являются неизлечимыми больными (или кажутся такими). Чем беднее и тоталитарнее общество, тем страшнее может быть такое давление.

Однако вопрос об экономических стимулах к ограничению лечения стал предметом национального обсуждения именно в США, где расходы на здравоохранение огромны. Парадоксальным образом в России, где медицина серьезно недофинансируется, закон даже не упоминает ассистированное самоубийство (даже в виде запрета).

### Добровольная смерть

В медицинской практике встречается такой способ самоубийства пациентов, как добровольный отказ от воды и пищи, приводящий к смерти из-за дегидратации. Особенности этой ситуации таковы:

- смерть наступает в результате реализации пациентом своего законного права отказаться от лечения и еды;
- смерть наступает относительно медленно через несколько дней, поэтому пациент имеет возможность передумать;
- от врача не требуется предпринимать никаких действий, а от общества изменять законодательство;
- любой компетентный пациент может предпринять самоубийство через добровольную дегидратацию независимо от своего физического состояния.

В то же время человек, решившийся на самоубийство, ищет быстрого способа, не сопряженного с дополнительными страданиями. «Сухая голодовка» связана с мучительным чувством жажды, которое может уменьшать эффективность обезболивания. Если же пациент будет хотя бы полоскать рот, то и этих малых количеств воды достаточно, чтобы продлить процесс умирания на несколько недель.

Голодающие перед смертью теряют сознание на относительно длительный срок, и эта перспектива не может не волновать пациента и членов его семьи. Человек может просто бояться длительного срока умирания, в течение которого нет (и не может быть) уверенности в поддержке и понимании врача и семьи.

**Важно** ➤ Формально для врача, не дающего больному ни орудия самоубийства, ни соответствующих рекомендаций, смерть от добровольной дегидратации является делом пациента ■

Врачу остается лишь выполнять свои обязанности по облегчению страданий умирающего пациента – то есть делать то, что он обязан делать в отношении пациента, отказавшегося от активного лечения.

Даже при оказании паллиативной помощи и подавлении седативными препаратами психических функций, дегидратация связана со страданиями вследствие жажды. Существует широко признанная точка зрения на необходимость адекватной гидратации пациентов, получающих паллиативную терапию, даже когда они находятся в состоянии наркотического сна.

Считается, что проведение или отказ от гидратации не влияют существенно на протекание терминального отрезка жизни и не увеличивают существенно продолжительность жизни. Признается и то, что компетентный пациент может отказаться от искусственной гидратации в будущем, а заранее сформулированный отказ должен действовать и после потери сознания.

Если врач погружает пациента в глубокий непрерывный сон, дегидратация возникает как естественное следствие бессознательного состояния. Это принципиально отличная ситуация. Совершенно здоровый человек, получающий соответствующую дозу транквилизаторов и непрерывно находящийся без сознания, в течение нескольких дней погибнет от обезвоживания. Развитие дегидратации рассматривается проponentами этого способа самоубийства как приемлемый вариант: пациент, находящийся в терминальном состоянии, может быть погружен в сон и умрет от дегидратации во сне. Этот способ уменьшения страданий и сокращения продолжительности терминального от-

резка жизни получает все большее распространение.

Однако подход к самоубийству через дегидратацию не столь прост, каким кажется на первый взгляд.

У врачебной профессии есть ясные взгляды на действия в случаях, когда человек совершает, но не завершил самоубийство (или объявляет голодовку). От врача требуется спасти жизнь, даже если есть свидетельства добровольности совершенного акта (например, в виде предсмертной записки).

Отличие добровольной смерти через дегидратацию от «обычного» самоубийства сухой голодовкой заключается только в том, что в этом последнем случае пациент неизлечимо болен, находится в терминальной стадии болезни. Значит, по-прежнему, как и в прочих случаях, пациент решает, что делать, но одновременно врач не избавлен от выбора действия в отношении пациента.

**Важно** ➤ Мальтийская Декларация Всемирной медицинской ассоциации недвусмысленно требует от врача при добровольной голодовке начинать лечение, как только пациент потеряет сознание. Следовательно, в случае добровольной дегидратации пациента врач не избавлен от принятия решений, и эти решения могут входить в противоречие с этическими требованиями к медицинской практике ■

К сожалению, российский законодатель проигнорировал и этот аспект проблемы умирания. Это не только затруднило работу врачей и возложило на них тяжкую ответственность за принимаемые на свой страх и риск решения, но и умножило страдания умирающих.

### «Убийство из сочувствия»

«Убийство из сочувствия» отличается от эвтаназии тем, что врач умерщвляет пациента, желая прервать его страдания,

### ЗАКОН № 323-ФЗ РАСШИРИТЕЛЬНО ТРАКТУЕТ ЭВТАНАЗИЮ НЕ ТОЛЬКО КАК АКТИВНОЕ УМЕРЩВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА, НО И КАК БЕЗДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ИЛИ КАК ПРЕКРАЩЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА.

но без просьбы самого пациента. Иными словами, умерщвление столь же обоснованно, как при эвтаназии, но отсутствует просьба пациента, или он некомпетентен (например, есть психическое заболевание или тяжелое состояние вследствие соматического заболевания). Моральная оправданность действий присутствует, но нет внешних признаков того, что пациент желает смерти или они неубедительны (не имеют силы).

**Важно** ➤ У «убийства из сочувствия» есть важный моральный дефект: при нем игнорируется воля человека (в том числе, выраженная в отказе от обсуждения возможностей облегчения или ускорения смерти) ■

У врача нет никаких оснований предполагать, что ценностная ориентация пациента не заслуживает уважения. Именно позиция законодательства всех стран по отношению к «убийству из сочувствия» негативная.

В то же время, в реальной жизни никакие правила не могут исключить убийство из сочувствия, если эвтаназия разрешена. Голландский опыт показывает, что одновременно с учащением применения эвтаназии становится больше случаев умерщвления пациентов без их просьбы и согласия.

В России убийство из сочувствия преследуется в уголовном порядке.

### Правило двойного эффекта

Это правило гласит, что в случае, если некоторое действие имеет как полезный, так и вредный результат, то моральная

оценка этого действия зависит от намерений человека. Применительно к терапии терминального периода болезни это правило обычно упоминается при обсуждении дозировки анальгетических средств.

Все анальгетики в больших дозах приводят к нежелательным явлениям и могут вызвать смерть. Назначение все возрастающих доз может быть неприемлемым для врача, поскольку они выходят за пределы безопасных разовых и суточных доз, установленных законодателем. Это – одна из самых больших проблем при проведении терапии боли в терминальном периоде болезни.

Комитет по медицинской этике Палаты Лордов Великобритании сформулировал такую позицию: «двойной эффект не является основанием для воздержания от лечения, которое может дать облегчение до тех пор, пока доктор действует в соответствии с ответственной медицинской практикой с целью облегчения боли или страданий и без намерения убивать». Аналогичным образом формулирует свои рекомендации и Всемирная организация здравоохранения.

В России предельные суточные дозы лекарств устанавливаются исходя из сведений о токсичности препаратов – таким образом, чтобы минимизировать вероятность интоксикации. В результате значительная часть пациентов в терминальной стадии болезни оказываются неадекватно обезболенными.

### Необходимость новых законодательных норм

При обсуждении возможностей активного вмешательства врачей в умирание бесперспективных пациентов нередко исходят из того, что врачи столь благородны и умны, что будут принимать правильные решения и всегда защитят своих пациентов от возможной несправедливости. В нашем отечестве, когда вопреки действующему законодательству предоставление

пациентам правдивой информации об их заболевании и возможных путях лечения не является общепринятым, рассуждения о действиях врача на основе добровольного информированного согласия пациента совершенно оторваны от реалий.

Когда терапевтическая привилегия (принятие решения за пациента) рассматривается не как последняя возможность, а как основной способ действий врача, пациенты не могут быть субъектами, самостоятельно принимающими решения. Они полностью зависят от квалификации и этичности врача и могут быть объектами манипуляций.

**Важно** ➤ Необходимы публичный контроль и признание всем врачебным сообществом права пациентов распоряжаться своим здоровьем и жизнью ■

Общество сможет принять обоснованные решения только в том случае, если будет информировано. Разнообразные аспекты проблемы умирания при хронических заболеваниях остаются плохо исследованными во всем мире. Неизвестно, как часто люди перед смертью теряют способность критически оценивать свое состояние и принимать решения относительно себя, как рано они теряют такую способность, как можно предсказать наступление этого момента.

В то же время, по данным одних авторов, 70% умирающих в больницах заканчивают свою жизнь в тяжелых страданиях, а по данным других – в хосписах тяжелая боль является редкостью.

Трудность проблемы очевидна, но без доброкачественных эпидемиологических исследований невозможно ни представить реальную ситуацию, ни выработать приемлемые решения. Отсутствие данных таких исследований приводит к тому, что российское законодательство устанавливает нормы, которые или противоречат научным данным и потребностям общества, или отражают представления прошлого века.

Вопросы умирания больных людей настолько важны для страны и врачебного сообщества, что должны быть широко обсуждены обществом и четко отрегулированы законом. Нужно чтобы закон и подзаконные акты не возлагали на врача обязанности принимать такие решения в одиночку,

без поддержки разумными и простыми процедурами. Принципиально важно, чтобы эта дискуссия не свелась к разговору о высокотехнологичных вмешательствах и дорогостоящих программах, а дала законные основания для действий врачей, определила их роль и ответственность.

## Список литературы

1. Власов В.В. Обновленные Основы: Обсуждение проекта закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». // Заместитель главного врача. 2010. № 11.
2. Ардашева Н.А. Эвтаназия как метод искусственного прерывания жизни: правовые условия ее применения. // Вестник РАМН. 1996. № 12.
3. Власов В.В. Оценка медицинских технологий – барьер на пути нерациональных расходов в здравоохранении. // Заместитель главного врача. 2012. № 1.
4. Власов В.В., Реброва О.Ю. Оценка популяционной эффективности медицинских технологий. // Медицинские технологии: оценка и выбор. 2012. № 3.
5. EBM Guidelines: Evidence-Based Medicine. / John Wiley & Sons Ltd, 2012.
6. Meier D.E., Morrison R.S., Cassel C.K. Improving palliative care. // Ann.Intern.Med. 1997 127:225-30.
7. Jonsson P.V., McNamee M., Campion E.W. The «do not resuscitate» order: A profile of its changing use. // Archives of Internal Medicine. 1988.
8. Meisel A., Snyder L., Quill T.E. Seven legal barriers to end-of-life care: Myths, realities, and grains of truth. // Journal of the American Medical Association. 2000.
9. Venneman S.S., Narnor-Harris P., Perish M., Hamilton M. «Allow natural death» versus «do not resuscitate»: three words that can change a life. // Journal of Medical Ethics. 2008.
10. Quill T.E. Terri Schiavo. A Tragedy Compound-ed. // The New England Journal of Medicine. 2005.
11. Teno J.M., Licks S., Lynn J., Wenger N., Connors A.F., Jr. Phillips R.S. et al. Do advance directives provide instructions that direct care? SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. / J. Am GeriatrSoc. 1997 № 4.
12. Robertson G.S. Making an advance directive. // British Medical Journal. 1995.
13. Fang F., Fall K., Mittleman M.A., Sparr P., Ye W., Adami H.O. et al. Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis. // New England Journal of Medicine. 2012. № 4.
14. Annas G.J. Physician-assisted suicide – Michigan’s temporary solution. // New England Journal of Medicine. 1993.
15. Meier D.E., Emmons C.-A., Wallenstein S., Quill T.E., Morrison R.S., Cassel C.K. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. // New England Journal of Medicine. 1998.
16. Miller F.G., Meier D.E. Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. // AnnInternMed. 1998.
17. Brody H. Assisted death – a compassionate response to a medical failure. New England Journal of Medicine. // 1992.
18. Craig G.M. On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? // Journal of Medical Ethics. 1994.
19. Van der Heide A., Onwuteaka-Philipsen B.D., Rurup M.L., Buiting H.M., van Delden J.J.M., Hanssen-de Wolf J.E. et al. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. // The New England Journal of Medicine. 2007. № 5.
20. Report of the Select Committee on Medical Ethics (1993-1994); Vol. 1. / London: House of Lords. 1994.
21. Quill T.E., Cassel C.K., Meier D.E. Care of the hopelessly ill – proposed clinical criteria for physician-assisted suicide. // New England Journal of Medicine. 1992.
22. Mor V., Greer D.S., Kastenbaum R. The hospice experiment. / Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1988.