

НЕОТЪЕМЛЕМОЕ ПРАВО СОВЕРШИТЬ ОШИБКУ (ОБ ИНФОРМИРОВАННОМ СОГЛАСИИ)

Н. А. Зорин ✉

Общество специалистов доказательной медицины (ОСДМ), г. Москва, Россия

Рассматривается процедура добровольного информированного согласия (ДИС), как правовая конструкция, продукт либеральной экономики. В этом качестве ДИС является инструментом перекалывания ответственности за выбор вмешательства с продавца медицинских услуг на потребителя и является контрактным договором, позволяющим избежать судебной ответственности и всевозможных потерь с обеих сторон. Комплекс проблем вокруг ДИС можно объяснить существенным различием ситуации эксперимента (для которой оно создавалось первоначально) и повседневной клинической практики. Закон о ДИС не имеет механизмов индивидуального применения, ибо не учитывает вопросов психологии принятия решений.

Ключевые слова: биоэтика, добровольное информированное согласие (ДИС), индустриальное развитие медицины, либеральная экономика, психология принятия решений

✉ **Для корреспонденции:** Зорин Никита Александрович
Дмитровское шоссе, д 46 к 2, оф 17, г Москва, 127238; nzorin@inbox.ru

Статья получена: 16.03.2021 **Статья принята к печати:** 26.03.2021 **Опубликована онлайн:** 29.03.2021

DOI: 10.24075/medet.2021.004

THE INHERENT RIGHT TO MAKE A MISTAKE (ON INFORMED CONSENT)

Zorin NA ✉

Russian Society for Evidence Based Medicine, Moscow, Russia

The Informed Consent (IC) procedure is considered as a legal construct, a product of liberal economics. As such, IC is a tool for shifting responsibility for the choice of intervention from the seller of health care services to the consumer and is a binding contract to avoid legal liability and all sorts of losses on both sides. The set of problems surrounding the IC can be explained by the significant difference between an experimental procedure (for which it was originally created) and everyday clinical practice. The application of the IC law has no mechanisms for its individual application because it fails to take into account the psychology of decision-making. Keywords: bioethics, informed consent, industrial development of medicine, liberal economics, psychology of decision-making.

Keywords: bioethics, voluntary informed consent (VIC), industrial development of medicine, liberal economics, decision-making psychology

✉ **Correspondence should be addressed:** Nikita A. Zorin
Dmitrovskoe highway, 46, b. 2, of. 17, Moscow, 127238; nzorin@inbox.ru

Received: 16.03.2021 **Accepted:** 26.03.2021 **Published online:** 29.03.2021

DOI: 10.24075/medet.2021.004

«Достичь согласия по общим утверждениям (например, «уважать людей») легко, но добиться согласия по значению этих требований — нет».

Xavier Symons [1]

Введение¹

Добровольное информированное согласие (ДИС) по праву считается достижением общественного развития, сформировавшимся на этапе перехода от «медицинской» к «социальной» модели медицины. П.Д.Тищенко пишет: «В пространстве, открытом общественному взгляду, начинает доминировать идея прав человека как уникального индивидуума и гражданина, реализация которой в биомедицине проявляется в том, что основным правилом, определяющим отношения врачей и пациентов, становится правило добровольного информированного согласия. Причем это касается и научных исследований, и каждодневной практики медицины» [2]. Однако, как показало дальнейшее развитие, ситуация эксперимента (в которой родилось и применялось ДИС для испытуемых)², и повседневной клинической практики существенно отличаются, а ДИС серьезных изменений не претерпело.

Важным различием «проблемы выбора» испытуемого против выбора больного, является то, что к выбору участия/неучастия (в эксперименте) добавился выбор лечения, причем чаще не из двух «опций», а из множества таковых. Кроме того, больной загнан болезнью в угол и отказ от выбора или страх сделать «неверный выбор», неизбежно

рождают чувство вины и исцелению не способствуют. Это различие и явилось причиной постоянных недоразумений, обоюдного раздражения врачей и больных (по крайней мере в России). Они стали жить в мире, где приписываемое З. Фрейду высказывание, узнавшего от своего врача, что у него рак: «Кто дал вам право говорить мне об этом?», теперь заменено на едва ли не принудительное знание о своей болезни. Ведь биовласть (М.Фуко) теперь «...приобрела форму заботы о качестве человеческой жизни — ее здоровье и эффективности» [2].

Откуда этот конфликт? Это и будет предметом настоящей работы.

Этика и рыночная экономика

Как представляется, моральные и правовые нормы Нюрнбергского кодекса, как и последующая Хельсинская Декларация, из которых выросло современное ДИС повседневной клинической практики, *были благополучно захвачены Рынком* и ДИС растворилось в промышленной, рыночной, экономической среде, обслуживая ее интересы.

ДИС не имеет отношения к медицине. Это правовая конструкция. Продукт рыночной экономики, в которую медицина встроена как производство медицинских

услуг. Это — продукт *контрактных отношений* продавца и потребителя услуг и во многом следствие судебных прецедентов. Во времена сплошных манипуляций, тотального взаимного шантажа и выяснения претензий в судах, его существование оправдано и необходимо.

Цель ДИС — избежать судебной ответственности и всевозможных потерь с обеих сторон. Происхождение его — рыночное (экономическое). Форма — правовая. Косвенно это подтверждается тем, что идеи ДИС активно продвигают либо не врачи, либо те, кто уже давно больного ни о каком согласии не спрашивал... Механизм создания — конвенция (процедурное соглашение), договор, «освященный» действиями, придающими ему законность, например, «международностью», то есть глобальным разделением, «околективизированием» вины и ответственности.

Все остальное (разговоры о «праве», «свободе» и т. п.) превратилось в политический, идеологический «шум», который позволяет определенному кругу людей использовать эти механизмы для манипулирования поступками людей [3]. В статье «Как неолиберализм вредит вашему психическому здоровью» преподаватель права, Кентского университета Ruth Cain говорит об «экономике непрерывного отвлечения, в которой на ваше внимание постоянно покушаются, с целью им завладеть и использовать это в своих финансовых целях» [4].

Механизмы перекладывания вины и ответственности, как форма защиты от судебных преследований (последствий нелицеприятных поступков, случайностей и обстоятельств), как в медицине, так и в иных сферах контрактных отношений, разнообразны:

- ДИС
- Раскрытие конфликта интересов
- Ассистируемый суицид («разделение рисков»)
- Написание рецепта с указанием только международного, непатентованного названия (у больного есть «выбор лекарства «по карману»)
- «Ответственное самолечение»
- Предупреждения о потенциальном вреде/опасности вредных привычек (курения, потребления алкоголя, и т. п.)
- Предупреждения о недопустимости определенных действий (стирать собачку в машине, сушить кошку в микроволновке, что можно обжечься горячим кофе в картонном стаканчике и др. «инструкции для слабоумных»). Практически все они — следствие судебных прецедентов [5]

Эти механизмы работают даже в сфере откровенного обмана: С. П. Мавроди, после выхода из тюрьмы, стал «прогрессивно» предупреждать нас: «Осторожно! Это — пирамида!»... то есть честно предупредил публику что он — вор! А дальше? А дальше ты сам виноват, если после такого согласились участвовать в том, о чем тебя предупредили... [ibid.]

Самое близкое ДИС по смыслу — это решение потребителя приобрести или не приобретать тот или иной товар после того как продавец изложит ему без утайки все недостатки и достоинства этого товара.

Поэтому требования ДИС в России не пользуется у большинства врачей симпатией. Они *разрушают их самоидентификацию*. Врач утрачивает свою прежнюю «гиппократовскую природу», где он, прежде бравший на себя ответственность за принятие решений о вмешательстве, превратился в работника сферы услуг. Врачу, в конечном итоге, становится важна только подпись заинтересованных лиц под договором о ДИС.

Понятие Права на информирование поставлено здесь выше понятий пользы/вреда. *Больной имеет право сделать ошибку* в выборе (выбрав, как теперь принято выражаться, не самое оптимальное), а врач, вопреки своему первоначальному предназначению («не навреди» и пр. «антикварным» добротделателям классической медицины), должен перед этим правом склониться... Если только больной не выберет «опцию» отказа быть информированным, то запретом подталкивать больного к тому или иному решению, врач парадоксальным образом лишен *своего, врачебного права* даже дать квалифицированный совет и, как бы вынужден играть с больным в игру, похожую на «да» и «нет» не говорить, черного и белого не надевать...».

Вот что пишет либеральный коллега по цеху: «Нужно в информировании пациентов исходить из того, что не мы принимаем решение о лечении, решение о лечении принимает пациент. Более того, очень важно иметь в виду, что решение лечиться или не лечиться, и *выбор способа лечения* — это вообще не медицинское решение [6].

С точки зрения классической медицины это кощунственное заявление. Хорошо, выбор лечиться / не лечиться, это действительно не медицинское решение больного⁵. Однако почему мы, перекладывая на него выбор *способа лечения*, называем его немедицинским? Потому, что передача *медицинского* решения человеку, некомпетентному, нуждается в «правовой очистке» от ответственности за эту передачу. И вот уже способ лечения (!) становится «немедицинской» проблемой.

В рамках «старой» классической «гиппократовской медицины», принципы которой, все еще по инерции преподаются в медицинских ВУЗах вместе с принципами ДИС, перекладывание ответственности на больного — аморально. Происходит «когнитивный диссонанс». Поэтому идет встречный процесс устранения этого противоречия. «Скрепки» классической медицины (клятва Гиппократа и пр.) логичным образом теперь *пересматриваются, переосмысливаются и уничтожаются как «устаревшие»*. [7], [8].

Пересматривается и само понятие морали, которое в зависимости от экономической целесообразности может превращаться в свою противоположность. Нечто вроде документа «Десять заповедей X-го пересмотра» [3].

Сицилийская декларация, непонятно почему, но прочно привязавшая «круглое к кислому», а именно ДИС к доказательной медицине (ДМ), гласит: «Решение о медицинской помощи⁶ должно приниматься больным, исходя из информации, предоставляемой ему врачом, на основании эксплицитных и не явно выраженных (имплицитных) знаний, которыми он владеет, с учетом

¹ Все выделения в этом тексте, если не указано специально, сделаны мною, НЗ.

² «Прежде всего, необходимо добровольное согласие испытуемого, которое означает, что лицо, вовлеченное в эксперимент, имеет законное право дать такое согласие и обладает свободой выбора без какого-либо элемента насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм принуждения; обладает достаточными знаниями, чтобы понять сущность эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до предоставления согласия испытуемый был информирован о его характере, продолжительности и цели; методе и способах, с помощью которых он будет проводиться; обо всех возможных неудобствах и рисках; о последствиях для его здоровья и морального благополучия, которые могут возникнуть в результате участия в экспериментах». [ibid.]

³ Еще одним вариантом такого несоответствия является применение ДИС при эвтаназии, но подробности этого вопроса лежат за рамками нашего исследования.

⁴ Как выразилась одна больная: «Мне предложили подписать ДИС, и после беседы было чувство, что меня изнасиловали» (личное сообщение НЗ). Да у больного есть право от информирования и выбора отказаться, но оно обычно реализуется уже после беседы с врачом....

имеющихся ресурсов» [9]. Эта связка (ДИС = ДМ) — обескураживающая политическая уловка, подобная связке «гомофобии» с фашизмом. Она парализует любую критику. Кто же захочет прослыть ретроградом или мерзавцем?

В современной либеральной экономике медицины ответственность под лозунгами Свободы (Доброй воли), делегирована больному не только за выбор вмешательств, но и за свое здоровье вообще. «Неолиберализированное здравоохранение требует от каждого больного <...> *взять на себя ответственность за свое собственное состояние или поведение.* <...> Неолиберальные государства избавляют себя от затрат на оказание помощи через ее индивидуализацию и приватизацию. Людей с вызывающими беспокойство симптомами делят на "опасных", к которым могут быть применены меры наказания или авторитарного сдерживания, и остальных, которым остается справиться со своими проблемами, полагаясь на собственные или семейные ресурсы» [4].

Вообще-то, если кто-то еще не знает, в реальности больные (если их жизни ничего всерьез не угрожает) и так болеют, чем хотят и лечатся тем, чем считают нужным [10].

А теперь вообразим, невероятное. Есть некий умный, добросовестный и честный врач, который «обладает всеми знаниями о предлагаемых вмешательствах», и даже знаниями, которых ни у кого другого еще нет (например, о вакцинах от ковида), у которого нет бессознательного, а только сознание, который обладает еще, вероятно, врожденными способностями говорить с другими людьми так, что все его понимают (несмотря на то, что жизнь ему ежедневно преподносит уроки о том, что люди только и делают, что друг друга *не понимают*...). А также есть несказанно умный, честный и «мотивированный» больной, конечно же, так же как и врач, свободный от бессознательных процессов, от лукавства, и всяких задних мыслей... болезнь которого, почему-то не повредила его способности внимать добрым и участливым словам. И оба они, движимые взаимной симпатией и желанием «информировать и быть информированным», встречаются в необыкновенном пространстве, где у них более чем в достатке времени, чтобы поговорить обо всем этом. И спросим себя: «А возможен ли в принципе тот самый свободный (добровольный) выбор?»

И тут впрямую вспомнить слова, вынесенные в эпиграф: «... *Достичь согласия по общим утверждениям (например, «уважать людей») легко, но добиться согласия по значению этих требований — нет*». То есть, общее утверждение: «больной имеет право быть информированным», не имеет (и не может иметь) удовлетворительного частного воплощения.

Мы снова обнаружим, что в существующем сегодня виде ДИС, явно, а чаще неявно, предполагает, что *все люди одинаковы*⁷. Иначе говоря, психология принятия решения о согласии/несогласии не рассматривается, не входит и не может входить в закон. Поэтому все разнообразие и сложность того, что называется «внутренней картиной болезни», или понимания того зачем больной приходит к врачу [10], заменяется на процедурное соглашение. А все технологические уточнения того, как должно осуществляться взаимодействие сторон («деликатно»,

«постепенно», «исчерпывающе» «в доступной форме» и пр. и т.п.) — кокетливая улыбка Рынка в адрес гуманизма и благих намерений.

«Врачу достаточно однажды стать клиентом медицинской практики, чтобы на своей шкуре ощутить иллюзорность декларируемого «нравственного прогресса» медицины, фарисейскую, лицемерную сущность требований, предъявляемых к клиенту в рамках упомянутых деклараций — «*обладать достаточными (?НЗ) знаниями*», чтобы «*принять осознанное свободное решение*». «Достаточность», «Осознанность» и т.п. — принципиально *неоперационализируемые* понятия (они либо непроверяемы, либо проверяемы теоретически, путем специальных, конвенциональных длительных психологических исследований). А раз так, то будучи произнесенными, они тотчас превращаются в лозунги. Ни один врач в современной системе организации медицинского образования не обладает «достаточными знаниями», чтобы в качестве пациента «принимать осознанные решения», если вопрос выходит за рамки его всегда узкой специальности, не говоря уже о не врачах и о том, что в эпоху четвертой власти ни одно решение нельзя назвать свободным. Свобода была успешно заменена лозунгами о наличии Свободы» [12].

Спрашивается, и что, никто об этом не догадывается? Многие врачи прекрасно понимают, что никакого «свободного выбора» просто быть не может. Например, по определению, ибо «стесненная в своей свободе жизнь» (К.Маркс) никак не может быть свободной и в выборе. Врачу и больному, в лучшем случае, остается полагаться на интуицию, в худшем — имитировать некое взаимное согласие.

Особенно цинично и выпукло это выглядит при получении ДИС на умерщвление (эвтаназию). Например, предполагается, что ребенок 12 лет (Нидерланды) может сознавать смысл и последствия происходящего, а некий врач, обычно это психиатр, будто бы способен это удостоверить. Не лучше обстоит дело с ДИС у душевнобольных [ibid.].

В реформаторской деятельности России, издревле страдающей национальными комплексами неполноценности, просматривается ряд имплицитных самоуничижительных предположений: что общество, а вместе с ним этика, развиваются всегда только прогрессивно; что Западная медицина очевидно во всех отношениях лучше других; что страшно прослыть ретроградами и сторонниками «недемократических решений», поборниками патернализма и т.д. При таком отношении к происходящему мы рискуем утратить автономию.

ВЫВОДЫ

Во-первых, ситуация эксперимента (для которой первоначально разрабатывалась процедура ДИС) существенно отличается от ситуации лечебной практики, тогда как ДИС не претерпела существенных изменений. Это является одной из причин неприятия ДИС значительным числом врачей. Вероятно, для разных

⁵ Кстати В. В. Власову не нравится такой выбор... несмотря на «свободу»: «*К сожалению, дрянное российское законодательство предусматривает «согласие на вмешательство» и «отказ от вмешательства». Пациент, таким образом, искусственно помещается в позицию выбора между лечением и не лечением. Маскируется (?НЗ) тот факт, что дача согласия есть форма выбора способа лечения, что, одновременно, предусмотрено в законе указанием на необходимость информировать о «других способах лечения». (?Н.З) [ibid.]*

⁶ В русскоязычных текстах мы встречаем неверный перевод, «клиническое решение». В оригинале сказано: decisions about health care и нет слова «клиническое».

⁷ «При психологическом понимании <...> интересы не всегда совпадают, то есть имеют один и тот же объект. Поэтому те, кто доказывает совпадение интересов людей при помощи ссылок на единство человеческой природы, не достигают желаемой цели» [11] (с. 466).

⁸ К сожалению, можно быть уверенным, что вопрос о легализации эвтаназии в России будет поднят....

ситуаций: (при клинических испытаниях (КИ), при болезни (о вмешательствах), при эвтаназии⁸ и др.) должны быть разработаны принципиально разные формы ДИС.

Во-вторых, в российской лечебной практике существует Закон о ДИС «для всех», т.е. в рамках стратегии сохранения Вида; и не существует (и, вероятно, в таком виде, не может существовать) удовлетворительного механизма его реализации в рамках стратегии Сохранения Индивида, то есть применения этого закона к конкретному лицу.

В-третьих, есть основания считать, что сегодня проблема ДИС у конкретного больного решения не

имеет, кроме как остаться правовой конструкцией, обслуживающей рыночную экономику. В этом качестве оно оправдано и необходимо. Соответственно этому, нужно относиться к декларациям о свободе и желаемой добровольности и признать, что действительно свободным решением больного сегодня будет только отказ от информирования и передача ответственности врачу.

В-четвертых, возможно, что будущие попытки совершенствования Закона о ДИС потребуют вернуться к «обветшавшим» ценностям классической медицины.

Литература

1. Symons X. Can we synthesise Christianity moral theology with secular bioethics? BioEdge, 2020. <https://www.bioedge.org/bioethics/can-we-synthesise-christianity-moral-theology-with-secular-bioethics/13629/>.
2. Тищенко П. Д. Жизнь и власть: био-власть в современных структурах врачевания, Журнальный клуб «Интелрос» Биоэтика и гуманитарная экспертиза» 2010;4. URL: <http://www.intelros.ru/pdf/Bioetika/4/03.pdf>.
3. Зорин Н. А. Круговорот пороков, болезней и добродетелей, Альманах Центра исследований экономической культуры. Специальный выпуск "Экономика пороков и добродетелей". М., СПб.: Из-во Института Гайдара., 2016; 150–170 с. <https://www.academia.edu/37962771/>.
4. Cain R. How neoliberalism is damaging your mental health. 2018. <https://theconversation.com/how-neoliberalism-is-damaging-your-mental-health-90565>.
5. Зорин Н. А. Безгрешные ретрансляторы лжи или механизмы перекладывания вины в медицине, как форма легитимизации обмана. <https://www.academia.edu/42222674/>.
6. Власов В. В. Информирование пациента и его согласие на лечение. <http://osdm.org/blog/2020/08/22/informirovanie-pacienta-i-ego-soglasie-na-lechenie/#more-16568/>.
7. Форум Врачи РФ. Подборка статей о клятве Гиппократ. <https://vrachirf.ru/search?query/>.
8. King H. Hippocrates didn't write the oath, so why is he the father of medicine? The Conversation 2014. <https://theconversation.com/hippocrates-didnt-write-the-oath-so-why-is-he-the-father-of-medicine-32334>.
9. Dawes M., Summerskill W., Glasziou P. et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ 2005;5: 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1> <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-5-1/>.
10. Зорин Н.А. Зачем больной приходит к врачу? Главный врач, 2002; (2): 62–65. <https://www.academia.edu/41037041/>.
11. Оссовская М. Рыцарь и буржуа: Исслед. по истории морали. Гусейнов А. А. редактор. М.: Прогресс, 1987; 528 с.
12. Зорин Н. А. Убей меня нежно или лечение смертью (об эвтаназии) Часть I. Журнал им. П.Б.Ганнушкина. 2021; (23): 34–44.

References

1. Symons X. Can we synthesise Christianity moral theology with secular bioethics? BioEdge, 2020. <https://www.bioedge.org/bioethics/can-we-synthesise-christianity-moral-theology-with-secular-bioethics/13629/>.
2. Tishhenko PD. Zhizn' i vlast': bio-vlast' v sovremennyh strukturah vrachevaniya, Zhurnal'nyj klub «Intelros» Bioetika i gumanitarnaja jekspertiza» №4, 2010. URL: <http://www.intelros.ru/pdf/Bioetika/4/03.pdf/> Russian.
3. Zorin NA. Krugovorot porokov, boleznej i dobrodetelej, Al'manah Centra issledovaniy jekonomicheskoy kul'tury. Special'nyj vypusk "Jekonomika porokov i dobrodetelej". M., SPb.: Iz-vo Instituta Gajdara., 2016; 150-170 p. <https://www.academia.edu/37962771/> Russian.
4. Cain R. How neoliberalism is damaging your mental health. 2018. <https://theconversation.com/how-neoliberalism-is-damaging-your-mental-health-90565>.
5. Zorin NA. Bezgreshnye retranslyatory lzhi ili mehanizmy perekладыvaniya viny v medicine, kak forma legitimizacii obmana. <https://www.academia.edu/42222674/> Russian.
6. Vlasov VV. Informirovanie pacienta i ego soglasie na lechenie. <http://osdm.org/blog/2020/08/22/informirovanie-pacienta-i-ego-soglasie-na-lechenie/#more-16568/> Russian.
7. Forum Vrachy RF. Podborka statej o klyatve Gippokrata. <https://vrachirf.ru/search?query/> Russian.
8. King H. Hippocrates didn't write the oath, so why is he the father of medicine? The Conversation 2014. <https://theconversation.com/hippocrates-didnt-write-the-oath-so-why-is-he-the-father-of-medicine-32334>.
9. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P. et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Med Educ 2005;5: 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1> <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-5-1/>.
10. Zorin NA. Zachem bol'noj prihodit k vrachu? Glavnyj vrach, 2002; (2): 62-65. <https://www.academia.edu/41037041/> Russian.
11. Ossovskaja M. Rycar' i burzhua: Issled. po istorii morali. Gusejnov AA. redaktor. M.: Progress, 1987; 528 p. Russian.
12. Zorin NA. Ubej menja nezhno ili lechenie smert'ju (ob jevtanazii) Chast' I. Zhurnal im. P.B.Gannushkina. 2021; (23): 34–44. Russian.