

Е.П.Михайлова, А.Н. Бартко

**БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА:
ТЕОРИЯ, ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ.**

**Часть 1. ТЕОРИЯ И ПРИНЦИПЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ
ЭТИКИ.**

Москва

Издательство ММСИ

1995

Рецензенты:

академик РАМН и РАЕН
доктор медицинских наук
профессор И.Н.Денисов,
доктор философских наук профессор Б.Г.Юдин

Е.П.Михайлова, А.Н. Бартко.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: ТЕОРИЯ, ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ.
Часть 1: Теория и принципы биомедицинской этики. – М.: ММСИ, 1995. – 239.

Книга представляет собой первый опыт создания учебника по молодой и ещё малознакомой у нас дисциплине «биомедицинская этика». В первой части книга «Теория и принципы биомедицинской этики» рассмотрены основные этические традиции, в том числе моральные принципы иудейской, православной, католической, протестантской, мусульманской и буддийской религиозных моральных систем применительно к медицине; структура моральной аргументации и основные виды этических конфликтов; впервые в отечественной литературе систематически изложены наиболее известные этические теории, такие как утилитаризм (в его основных разновидностях), деонтологическая теория И.Канта, теория *prima facie* моральных обязательств У.Д.Росса, теория справедливости Дж. Ролза, этика добродетели и этическая теория естественного закона; систематически проанализированы основные этические принципы и правила биомедицинской этики.

Книга адресована студентам и аспирантам высших медицинских учебных заведений и научных центров, а также всем тем, кто интересуется применением современной философии к медицинской практике.

ЛР № 040369

от 3 марта 1992 г. Изд. код. Л(96(03)

©Российская академия естественных наук

©Московский медицинский стоматологический институт, 1995

©Бартко А.Н., 1995

©Михайлова Е.П., 1995

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ОГЛАВЛЕНИЕ.	3
ПРЕДИСЛОВИЕ.	5
ВВЕДЕНИЕ.	7
ЧАСТЬ I. ТЕОРИЯ И ПРИНЦИПЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.	9
ГЛАВА I. ИСТОРИЧЕСКИЕ КОРНИ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТРАДИЦИИ В МЕДИЦИНЕ.	11
1.1. <i>Восточные этические традиции в медицине.</i>	11
а) Аюрведа.	11
б) Мусульманская этическая традиция.	13
1) Источники закона ислама.	13
2) Принципы мусульманской морали применительно к биомедицине.	13
с) Буддизм.	16
1) Основы буддийской мысли.	16
2) Позиция буддизма по отношению к некоторым проблемам, связанным с биомедициной.	17
1.2. <i>ГИППОКРАТОВА ТРАДИЦИЯ В ЗАПАДНОЙ МЕДИЦИНЕ.</i>	19
а) Источники традиции.	19
б) Основное содержание.	20
в) Традиция в современности.	21
1.3. <i>ЗАПАДНЫЕ РЕЛИГИОЗНЫЕ ТРАДИЦИИ.</i>	21
а) Иудейская этическая традиция.	21
б) Православная этическая традиция.	24
1) Защита жизни.	25
2) Продолжение жизни .	27
в) Этика естественного закона римского католичества.	29
1) Цели, разум и моральный закон в интерпретации римского католичества.	29
(1) Принцип двойного эффекта.	32
(2) Принцип целостности [totality], или терапевтический принцип.	33
2) Приложение морально-теологических точек зрения римского католичества в медицинском контексте.	34
г) Протестантская этическая традиция.	37
1.4. <i>СВЕТСКИЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТРАДИЦИИ.</i>	38
а) Западный светский либерализм.	38
1) Наиболее значительные принципы.	38
2) Правовые традиции (в частности, англо-американская).	40
ГЛАВА II. МОРАЛЬ И ЭТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ. ПРИРОДА БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.	41
2.1. <i>МОРАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ МОРАЛИ.</i>	42
а) Мораль и этика.	43
б) Ценности.	44
в) Основания профессиональных обязательств.	45
2.2. <i>МОРАЛЬНАЯ АРГУМЕНТАЦИЯ И ХАРАКТЕР ЭТИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ.</i>	49
а) Содержание моральной аргументации.	49
б) Уровни моральной аргументации.	50
1) Схема морального оправдания.	50
2) Уровни моральной аргументации.	50
в) Характер и основные виды этических конфликтов.	52
2.3. <i>ЭТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА.</i>	53
а) Подходы в этике.	53
1) Нормативная этика.	53
2) Ненормативная этика.	54
б) Биомедицинская этика – раздел прикладной нормативной этики.	55
в) Факторы, обусловившие трансформацию традиционной профессиональной медицинской этики в современную биомедицинскую этику.	57
г) Основные аспекты биомедицинской этики как междисциплинарной области.	60
д) Институционализация биомедицинской этики.	61

ГЛАВА III. ОСНОВНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ	65
3. 1. УТИЛИТАРИЗМ	66
а) Принцип полезности	68
б) Утилитаризм действия и правила	71
1) Утилитаризм действия	72
2) Утилитаризм правила	76
в) Утилитаризм предпочтения	81
3. 2. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И. КАНТА	83
а) Общая характеристика деонтологической теории	83
б) Категорический императив	85
в) Другая формулировка категорического императива	87
г) Долг	88
д) Этика Канта в медицинском контексте	89
е) Трудности, с которыми встречается этика Канта	92
3. 3. ТЕОРИЯ МОРАЛЬНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ PRIMA FACIE У. Д. РОССА	94
а) Моральные свойства и правила	94
б) Фактические моральные обязательства и prima facie моральные обязательства	95
в) Теория prima facie моральных обязательств в биомедицинском контексте	99
г) Критика этической теории Россса	101
3. 4. ТЕОРИЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ ДЖ. РОЛЗА	102
а) Исходное положение и принципы справедливости	103
б) Теория справедливости Ролза в медицинском контексте	106
в) Споры вокруг теории Ролза	108
г) Либертарианская теория справедливости Р. Нозика	109
3. 5. ЭТИКА ДОБРОДЕТЕЛИ	110
а) Этика добродетели Аристотеля	110
б) Современные теории добродетели	112
ВОПРОСЫ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ.	113
ОТВЕТЫ И ПОЯСНЕНИЯ.	119
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	123
МЕДИЦИНСКИЕ КОДЕКСЫ В ЭТИКЕ	123
КЛЯТВА ГИППОКРАТА.....	123
ФАКУЛЬТЕТСКОЕ ОБЕЩАНИЕ.....	124
ПРИСЯГА ВРАЧА СОВЕТСКОГО СОЮЗА	125
О ПРИНЯТИИ ВЫПУСКНИКАМИ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ ОБЕЩАНИЯ ВРАЧА РОССИИ	125
ОБЕЩАНИЕ ВРАЧА РОССИИ	126
КЛЯТВА РОССИЙСКОГО ВРАЧА	127
КОДЕКС ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ	127
НЮРНБЕРГСКИЙ КОДЕКС.....	134
Женевская декларация	136
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ	136
12 ПРИНЦИПОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЮБОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	137
ЛИССАБОНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТА	139
ВЕНЕЦИАНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ	140
Хельсинкская декларация всемирной медицинской ассоциации. (1964 г.).....	140
Введение.....	140
1 Основные принципы	141
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	144
ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	144
I. КОНСТИТУЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (извлечения).....	144
II. ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН (ИЗВЛЕЧЕНИЯ)	145
ЛИТЕРАТУРА:.....	158

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Высшими ценностями человеческого общества принято считать моральные устои, соотнесённые с достижениями науки и практики. В медицине этические нормы и принципы всегда играли особую роль, ибо она имеет дело с жизнью человека, его здоровьем и смертью, а врач фактически сопровождает человека от его появления на свет до последних мгновений. Неслучайно специфической чертой медицины является приверженность идеям гуманизма. Проблемы этики, морали, взятые в контексте с религиозно-правовыми аспектами и названные в 70-х годах термином «биоэтика», приобретают в настоящее время особую актуальность.

Важность их становится Понятной, если учесть значительный прогресс медицинской науки во второй половине XX века и особенно в последней его четверти, что особенно чётко прослеживается в хирургических специальностях. Достаточно привести в качестве примера микрохирургию, рентгенэндоваскулярную хирургию, эндоскопические методы, гипербарическую медицину, эффективные лечебно-диагностические технологии, основанные на использовании природных свойств тепла, холода, широкого спектра электромагнитных волн и т.д. Не обойти стороной современную анестезиологию и реаниматологию, а также вооруженные компьютерным мониторингом системы контроля и коррекции жизненно важных органов в различных экстремальных и иных случаях.

Развитие медицины сопровождается постоянным обновлением сложных аппаратов и приборов, созданием новых высокоэффективных лекарственных средств. Всё это позволяет успешно бороться с ранее не поддающимися лечению заболеваниями, добиваясь, если не полного излечения, то продолжения жизни и улучшения её качества. Одновременно наблюдается постоянно возрастающая стоимость медицины, а следовательно, ограничивается доступность её услуг, появляются сложные этические концепции, в понятийную систему медицинского тезауруса вводятся новые понятия: «право на жизнь», «право умереть», «права пациента», «права врача», «эвтаназия», «информированное согласие» и др. Эта новая для нашего общества ситуация создаёт многочисленные трудности у профессионалов здравоохранения в их практической деятельности, а новые этические понятия, органически вошедшие в новое медицинское законодательство, встречает непонимание со стороны значительной части врачей традиционной формации.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Понимание научной общественностью важности этих проблем приводит в последние годы к неформальному объединению учёных для их разработки. Расширяются контакты российских и зарубежных учёных по биоэтике на международных конференциях, российские учёные стажировались за рубежом. Всё это создаёт определённые предпосылки для развития биомедицинской этики в стране. Данному процессу способствует и расширяющееся движение за права человека. Сегодня практически нет представителей медицины, других наук и специальностей, которые возражали бы против того, что в настоящее время воспитание морально-этических принципов и привитие необходимых навыков этического анализа, особенно у молодых специалистов, является крайне актуальной задачей. Представляемая книга является первой попыткой создания учебника по биомедицинской этике. В ней освещаются основные светские и религиозные моральные и правовые традиции, этические теории и принципы, используются результаты исследований зарубежных и отечественных специалистов по биомедицинской этике проблем, затрагивающих многие области современного здравоохранения.

Профессор И.Н.Денисов.

ВВЕДЕНИЕ.

Книга «Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы», первая часть которой предлагается читателю, выросла из многолетнего опыта преподавания этой молодой ещё дисциплины студентам-медикам, аспирантам и слушателям ФПК и ФУВ. Эта книга представляет собой первый опыт создания учебника по ещё малознакомой у нас дисциплине «биомедицинская этика» и адресована студентам и аспирантам высших медицинских учебных заведений и научных центров, а также ко всем, кто желает войти в курс основных направлений этой новой отрасли современной моральной философии и её подходов к изучению моральных проблем современной биологической науки, медицины и здравоохранения.

В учебнике биомедицинская этика представлена как формальная дисциплина в качестве раздела практической философии. Таким же подходом мы руководствуемся и в преподавании предмета в студенческой аудитории. Для нашей страны это в новинку. Однако мы надеемся, что наши усилия не напрасны и он получит заслуженное признание. Такой подход предопределил структуру книги. Она делится на две части. В первой части «Теории и принципы биомедицинской этики» – теоретической – мы попытались развить ряд принципов, которые можно было бы применять к ряду проблем, сопутствующих современной биомедицинской науке и здравоохранению. Однако принципы сами по себе не разрешают проблем. Поэтому возникла необходимость во второй части (практической), где представлен ряд реальных проблем, которые показывают, каким образом принципы удовлетворяют реальности и делается попытка прийти к решениям, которые (хотя и не идеально) будут работать в реальном мире.

Своей целью авторы ставили: познакомить студентов с литературой по биомедицинской этике (на русском языке её мало и она рассредоточена по разным периодическим изданиям); повысить восприимчивость к этической проблематике; дать навыки этического анализа; помочь лучше понять моральные ценности (как свои собственные, так и своих пациентов), а также показать, как можно регулировать и разрешать этические конфликты. Поэтому в первой части рассматриваются основные этические традиции, в том числе моральные принципы иудейской, православной, католической, протестантской, мусульманской и буддийской религиозных моральных систем

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. применительно к медицине. Подробно разъясняется структура моральной аргументации и систематизированы виды этических конфликтов. Поскольку в отечественной литературе слабо представлены современные этические теории, впервые предпринимается попытка систематически изложить наиболее известные этические теории, такие как утилитаризм (в его основных разновидностях), деонтологическая теория И. Канта, теория *prima facie* моральных обязательств У.Д. Росса, теория справедливости Дж. Ролза, этика добродетели и этическая теория естественного закона римского католичества. Четвертая глава посвящена систематическому изложению основных этических принципов и правил биомедицинской этики, которые прочно вошли в практику современной медицины.

Материал располагается таким образом, чтобы книгу можно было использовать как справочник. Для лучшего понимания материала, основные положения объясняются на казусах, которые даются прямо в тексте. Для контроля и самоконтроля усвоения материала даются тесты, снабжённые ключами к правильным ответам. Тесты могут легко тиражироваться. В приложениях даются основные нормативные этические и правовые документы.

ЧАСТЬ I. ТЕОРИЯ И ПРИНЦИПЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.

Из самой природы медицинской профессии проистекает, что врачи и другие профессионалы в области здравоохранения в ходе оказания медицинской помощи должны выносить этические суждения. Несмотря на то, что сегодня пациента всё больше и больше играют активную роль в принятии медицинского решения, традиционно во враче продолжают видеть менеджера болезни (то есть лицо, которое осуществляет эффективный контроль и компетентно управляет течением болезни) и ему доверяют решать как технические, так и этические вопросы. Особые этические обязательства врачей к индивидуальным пациентам и к обществу дают необходимый контекст для принятия медицинского этического решения.

Заботы об этической стороне медицинской помощи стали неотъемлемой частью медицины с самого её зарождения, однако биомедицинская этика появилась в качестве самостоятельной области академического и профессионального интереса в конце 1960-х – начале 1970-х годов. Медицинская этика обладала необыкновенной степенью непрерывности и постоянства со времён Гиппократов до середины двадцатого столетия. Но современное научное, технологическое и социальное развитие вызвало быстрые изменения в биологических науках и в здравоохранении, среди которых следует отметить бурный рост новых технологий и процедур (например, трансплантация органов, технология рекомбинации ДНК), беспокойство общественности по поводу жестокого обращения с людьми (например, зверства нацистской медицины) и резкий рост с 1960-х годов процентной доли валового национального продукта (ВНП), выделяемой здравоохранению. Вопросы о надлежащих целях здравоохранения, моральном отношении, которое имеет врач к пациенту и к обществу, а также пределах, в которых врач может позволить соображениям качества жизни влиять на принятие медицинского решения, возникли вслед за этой растущей областью интереса.

Эти изменения в биологических науках, здравоохранении и в обществе подвергли сомнению многие традиционные концепции моральных обяза-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. тельств медиков и общества. В свете отмеченных обстоятельств перед нами встаёт неотложная задача очертить моральные рамки для определения наших обязательств по следам этих изменений. Учитывая историю моральных рефлексий в здравоохранении, мы будем придавать особое значение, тем не менее, развитию теории и ряда принципов для трактовки современных проблем, обсуждение которых едва ли обеспечивали даже наиболее величественные и древние виды медицинской этики.

ГЛАВА I. ИСТОРИЧЕСКИЕ КОРНИ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТРАДИЦИИ В МЕДИЦИНЕ.

Сохраняя историческую преемственность с традиционной профессиональной медицинской этикой, современная биомедицинская этика основывается на богатой традиции систематической моральной мысли и философской, и религиозной.

1.1. Восточные этические традиции в медицине.

Восточная медицинская этика имеет глубокие исторические корни.

а) Аюрведа.

Собрание индусских медицинских письменных источников, известное как Аюрведа [Ayur-veda], было создано, вероятно, в начале первого тысячелетия до н.э. и содержит кодекс этического поведения для врача.

Аюрведа – древнейшая система медицинских взглядов, зародившаяся в Индии. Слово Аюрведа состоит из двух санскритских корней: Аюр – означает жизнь или отрезок жизни, и Веда – знание, или наука. Таким образом, Аюрведа – это наука о жизни. В основных учебниках Аюрведы – Чарака Самгита и Сушруга Самгита – рассматриваются направления, имеющие в целом те же названия, что и в традиционной медицине. Кроме того, эти учебники содержат трактаты по медицинской этике и взаимоотношениям между врачом и больным.

Биологическая индивидуальность – центральный принцип в диагностике и лечении с позиций Аюрведы. Учение рассматривает дисбаланс, возникающий в организме из-за разрыва связей между гомеостатическими или иммунными механизмами, как основную причину болезни. Большое влияние на развитие дисбаланса оказывают эмоциональные и психические факторы. Со-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. гласно учению Аюрведы в основе регуляции различных функций разума и тела лежат 3 доши [doshas] (физиологические принципы). В Санскрите 3 доши называются Вата [vata], Питта [Pitta] и Капха [Kapha]. Каждый человек с рождения одарён всеми тремя дошами, но их точные пропорции у каждого индивидуума варьируются. Они и определяют психофизиологический тип организма. Существует 10 классических типов, состоящих из комбинации 3 дошей. Доши подразделяются на множество субдошей с различными локализацией и функциями в организме. Нестабильность в дошах и субдошах нарушает нормальное функционирование организма и приводят к возникновению заболеваний.

Главная цель терапии, с точки зрения Аюрведы, заключается в восстановлении физиологического баланса, что соответствует восстановлению баланса дошей. Баланс – это условие, при котором максимально усиливаются гомеостатические и саморегулирующие механизмы. Данная концепция распространяется на 4 главные области – сознание, тело, поведение и окружающую среду.

В трактатах по медицинской этике Чарака Самгиты (II в.н.э.) и Сушрута Самгиты (V в.н.э.) получили отражение этические нормы, которыми врач обязан руководствоваться в своей профессиональной деятельности. Они касаются компетентности врача, его моральных качеств и правил поведения врача с больным, коллегами и учениками.

В Чарака Самгите указывается, что «медицину поистине не так легко изучить, поэтому пусть каждый учится ей старательно и постоянно». Со всей душой врач «должен заботиться о лечении больного, и если бы даже он рисковал собственной жизнью, он не имеет права причинять больному какое-либо страдание и никогда не должен иметь в помыслении оскорбить жену другого, а также попирать ногами его имущество». Вступая в жилище больного в сопровождении человека знакомого и имеющего право на вход, «его слово, мысль и чувство должны быть обращены не на что другое, как только на лечение его положения». Уделяется место врачебной тайне: «О происшествиях в доме не следует болтать, непозволительно также сообщать что-либо относительно угрожающей преждевременной смерти больного, где это может повредить ему или кому-либо».¹

В Сушрута Самгите указывается на правила поведения врача и требуемые от него высокие моральные и физические качества. От Врача требовалось, чтобы он был сострадательным, доброжелательным, никогда не терял самообладания, был терпеливым, спокойным. Оказывая помощь больному, следует проявлять уважение к нему, быть добрым и человечным. Гуманность должна стать как бы религией врача. Врач предостерегается от высокомерия, повышенного самомнения. Отдельный раздел посвящён поведению врачающего с тяжёлым больным и умирающим: бороться до конца за жизнь человека, быть осторожным в своих суждениях в присутствии больного, уверять его в выздоровлении.

¹ Шепотьев Н. Учёные записки Казанского университета. В. III, кн.4. – Казань, 1890. – С. 57.

б) Мусульманская этическая традиция.

В мусульманской медицинской этике кодекс Хаммурапи [Hammurabi], датируемый восемнадцатым столетием до н.э. является самой ранней записанной попыткой ясно сформулировать кодекс, определяющий поведение, включая поведение медиков. Несмотря на то, что народы Месопотамии использовали для лечения преимущественно магию и религиозные обряды, медицина обязана им многим, так как они весьма подробно описали на своих клинописных табличках множество заболеваний. Они не только открыли некоторые медицинские методы, но и впервые стали изучать историю жизни пациента. Более того, вавилоняне достигли значительной высоты в развитии медицинской этики, так как в медицине необходима кодификация ответственности врача перед пациентом.²

Шестой век открыл замечательную главу в истории медицинской науки. Это было время расцвета Арабской империи. Пророк Мухаммед объединил арабский народ и поднял его к новой и процветающей культуре, которая распространилась по всему западному миру благодаря арабской экспансии. Мухаммед родился в 570 г., а в 632 г., когда он умер, весь арабский мир уже исповедовал ислам, религию, в которой Мухаммед почитаем как пророк. Поскольку в своих успешных завоевательных походах арабы в качестве добычи брали и манускрипты, они превратились в главных хранителей наук Древнего мира.

Мусульманская медицинская этика как в прошлом, так и сегодня полагается на традицию закона ислама. Поэтому, прежде чем рассмотреть главные принципы мусульманской морали, используемые в области биомедицинской этики, следует указать на различные источники закона ислама.

1) Источники закона ислама.

Шариат – это свод канонических законов ислама, охватывающих все стороны творения. В основе шариата лежат:

- Коран – священная книга мусульман;
- Хадисы – рассказы о деяниях, поступках и словах пророка Мухаммеда.

Кроме того, юристами используются следующие источники мусульманского права:

- «Истислах» – общие интересы;
- «Рай» – собственное мнение;
- «Кийас» – суждение по аналогии;
- «Иджтихад» – способность и право интерпретаций.

2) Принципы мусульманской морали применительно к биомедицине.

Биологическая революция последних десятилетий поставила перед человеком новые серьезные проблемы. Каково отношение мусульман к этим про-

² Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. – М.: Прогресс – Культура; Изд-во Агентства "Яхтсмен", 1995. – С. 35.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. блемам? Отсутствие в исламе института священнослужителей затрудняет нахождение ответа на этот вопрос: ответственность за принятое решение несёт сам верующий. «Иджтихад» разрешает верующему мусульманину осмысливать проблему и менять своё отношение к ней с учётом новых обстоятельств, возникающих в связи с огромными достижениями медицины, биологии и биотехнологии.

Ключевыми элементами биомедицинской этики являются Понятия человеческой личности и смерти. Представление о человеческой личности определяет отношение верующего к такому акту, как добровольное прерывание беременности или к деторождению при участии медицины. С определением смерти связана трансплантация органов, особенно в тех случаях, когда речь идет о жизненно важных органах скончавшегося донора. С этим же определением связан и выбор по отношению к интенсивной терапии и к эвтаназии.

Понятие человеческой личности в исламе. С какой стадии своего развития зародыш человека может и должен считаться человеческой личностью? В аяте 228 второй суры Корана сказано, что разведённая женщина не может снова выйти замуж раньше чем через 90 дней, что позволяет избежать сомнений относительно отцовства. Овдовевшей женщине следует по той же причине ждать 130 дней, или 4 месяца и 10 дней, прежде чем снова выходить замуж. Устанавливая сроки от 90 до 130 дней (от 3 месяцев до 4 месяцев и 10 дней), Коран косвенным образом определяет период, в течение которого зародыш приобретает форму человека. Исходя из этих положений Корана и основываясь на предании о пророке Мухаммеде, согласно которому Бог вдохнул душу в зародыш в 3 месяца и одну неделю, мусульмане делают вывод, что «о зародыше как о человеческой личности можно реально говорить начиная с первой недели четвертого месяца, т.е. на сотый день беременности».³

Понятие церебральной смерти. В мусульманских странах к определению церебральной смерти подходят строго. Церебральная смерть означает окончательную и необратимую остановку деятельности мозга (полушарий и мозгового ствола) с полным разрушением его клеток. При церебральной смерти с помощью искусственной вентиляции можно поддерживать жизнедеятельность других органов.

Деторождение при участии медицины. Существуют различные способы искусственного деторождения.

– **Искусственное осеменение.** Этот способ состоит во введении спермы непосредственно в полость матки. К нему прибегают при стерильности одного из супругов. По мусульманским законам использование этого метода разрешается только в том случае, если донором спермы является законный супруг.

– **Оплодотворение in vitro и пересадка зародыша** (для женщин, страдающих непроходимостью маточных труб). Оплодотворение производят вне организма, а через 48 часов после оплодотворения образуется яйцо и этот за-

³ Бен Хамида в. Мусульманская мораль, медицина и биотехнология// Медицина и права человека. - М.: А/О ИГ "Прогресс", "Прогресс-Интер", 1992. - С.50

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. чаток эмбриона имплантируют в матку матери. Далее беременность протекает обычным порядком. Согласно исламу, оплодотворение *in vitro* считается законным только в том случае, если для него использован сперматозоид мужа женщины.

– **Вынашивание чужого ребенка.** Здесь может быть два случая:

- 1) Если яичники у женщины функционируют нормально, но она не может вынашивать ребёнка, у неё можно взять одну или несколько яйцеклеток для оплодотворения их *in vitro* спермой её мужа. Полученный таким образом зародыш через 48 часов помещают в матку другой женщины, которая рождает ребёнка через 9 месяцев. Поскольку ислам признает полигамию, то вынашивающей матерью может быть вторая жена мужа, который даст свою сперму для оплодотворения яйцеклетки первой жены.
- 2) Ислам запрещает такой способ деторождения в случае, если яйцеклетка не принадлежит жене своего мужа или если ребёнок вынашивается посторонней женщиной.

Итак, мусульманская религия разрешает прибегать к искусственному деторождению при вмешательстве медицины только законным супругам и при соблюдении следующих условий:

– необходимо знать донора половых клеток с тем, чтобы исключить кровосмешение и обеспечить законную родственную связь в соответствии с мусульманским правом;

– требуется взаимное добровольное и сознательное согласие законных супругов.

Пренатальная диагностика. В этой области достигнуты большие успехи, порождающие целый ряд вопросов юридического, экономического этического характера. Возникает ещё одна проблема: следует ли проводить такую диагностику перед оплодотворением *in vitro* для того, чтобы убедиться в хорошем качестве эмбриона. В этом случае легко соскользнуть к евгенике, которая осуждается моралью всех религий. Традиционный приём пренатальной диагностики – это **цитогенетический анализ** с установлением кариотипа зародыша, осуществляемого по клеткам, взятым при амниоцентозе (может быть проведён на 14 или 15 неделе). Новый метод (1980 г.) – **биопсия 'трофобласта и молекулярная гибридизация** – заключается в отборе через влагалище частицы хориальной ворсинки, имеющей одинаковый с зародышем генетический материал. Он позволяет проводить пренатальную диагностику на 5 или 6 неделе. Если у плода обнаруживается генетическая аномалия, то можно рассматривать вопрос о добровольном прерывании беременности на 9 или 10 неделе, то есть в более благоприятных условиях.

Трансплантация органов человека. 1) *Живые доноры.* У живого донора можно пересаживать органы, способные к регенерации (почка, костный мозг, печень). В этих случаях ислам не вводит никаких ограничений. 2) *Мёртвые доноры.* У мертвых зародышей признается законным единственный случай, когда органы используются в терапевтических целях. У мёртвых взрослых особей - основным условием прекращения искусственного поддержания дыхания и кровообращения и последующего забора органа для пересадки явля-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ется констатация церебральной смерти. Совет министров здравоохранения арабско-исламских стран принял состоящий из 11 статей проект закона о трансплантации органов человека. Содержание (в сокращенном виде):

– Трансплантация органов умершего человека допускается с согласия близких покойного и при условии, что:

а) смерть установлена тремя врачами-специалистами, в том числе невропатологом, а хирург, который будет производить операцию, не должен входить в состав этой группы;

в) покойный при жизни не возражал против забора какого-либо органа своего тела.

– Запрещается продавать и покупать любой орган или делать его предметом дарения за какое-либо вознаграждение.

– Трансплантация органов производится в медицинских центрах, официально признанных министерством здравоохранения.⁴

с) Буддизм.

Буддизм, конфуцианство и даосизм внесли свой вклад в развитие других восточных медицинских этических традиций. Буддизм наиболее интересен.

1) Основы буддийской мысли.

Со времени своего Просветления и вплоть до смерти (около 480 г. до н. э.) Будда проповедовал единственную мысль: избавление от страдания через его признание. Духовный путь, составляющий содержание его учения, получил название буддизма.

Согласно буддийскому учению, страдание и избавление от него определяются состоянием духа, от которого зависит и продолжение бытия существ в одном из шести планов сансары. Освобождение от состояния неудовлетворённости и страдания предполагает прежде всего познание истинной природы феноменального мира. Для него характерны непостоянство и исчезновение всего того, что возникает из причин и условий, и именно он лежит в основе всеобщего страдания. Сам человек связан с остальным окружением, с природой и другими живыми существами, людьми и животными. Будда зовёт к просветлению и личной ответственности. Страсти обуславливают поступки, сумма которых определяет судьбы людей в соответствии с законом Кармы, который охватывает не только данный отрезок жизни, но и её продолжение в потоке последовательных перерождений.

Отрицательные поступки порождены незнанием истинной природы явлений. Из незнания проистекают зависть и ненависть, которые неизбежно влекут за собой тяжёлые последствия, мешающие тому, кто ими охвачен, избавиться от страданий. Положительные же поступки, связанные с высшим знанием – пониманием непостоянства и несубстанциональности явлений, – создают счастливые условия жизни и ведут к освобождению от уз сансары. Что

⁴ Бен ХамидаФ. Мусульманская мораль, медицина и биотехнология// Медицина и права человека. - М.: А/О ИГ "Прогресс", "Прогресс-Интер", 1992. - С. 53.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. касается собственно практики, то просветление идёт по описанному Буддой духовному пути, пути справедливости и равновесия. Духовное развитие достигается через практику концентрации и созерцания, находящихся в центре буддийской традиции.

Освободившись от страстей и духовной скверны, человек выходит из круговорота бытия, перестаёт перерождаться и избавляется от страданий.

Главные элементы буддийской мысли. Человеческая личность покоится на пяти психофизических опорах, называемых скандхами: форма (рупа), ощущения-эмоции (ведана), восприятия-представления (санджия), кармические волевые импульсы (санкхара) и сознание (виджняна). Совокупность этих феноменов составляет непостоянный и иллюзорный мир (поток) индивида, бытие которого относительно и условно. Все живые и неживые феномены, кроме того, несубстанциональны. Рождённые из причин и условий, они не имеют никакого собственного существования, что приводит к пустотности. Однако относительным образом они существуют. Буддизм постулирует закон причинности, из которого вытекает процесс рождения и смерти.

Перерождениям даётся такое объяснение: человеческое существо – это непрерывный поток, последовательное возникновение и исчезновение особых состояний пяти психофизических феноменов. Это позволяет говорить о континууме. Поскольку нет никакой постоянной сущности, пребывающей какой-то отрезок времени, то и от одного существования к другому не может переходить что-либо постоянное. Умиращее, а затем возрождающееся существо не является ни тем же самым, ни иным существом – это непрерывный поток, влекомый моральной силой поступков. Таким образом, существа, привязанные к своим поступкам, потенциально несут в самих себе свое бытие. Следовательно, закон Кармы (или поступков) и закон нового рождения тесно связаны между собой: Карма (волевые импульсы) – это своего рода энергия, питающая поток психофизических феноменов, или континуум.

Буддийская этика основывается на альтруизме и сострадании и покоится на воздержании от плохих поступков:

- не отнимай ничьей жизни, будь то человек или животное;
- не кради;
- не пьянствуй;
- не произноси ошибочных, пустых или лживых речей;
- не прелюбодействуй.

2) Позиция буддизма по отношению к некоторым проблемам, связанным с биомедициной.

Суждения относительно риска, связанного с применением новейших достижений биомедицины, вытекает из основного принципа высшей святости человеческой жизни и любой формы существования вообще.

— Высшая святость человеческой жизни имеет приоритет перед всеми другими соображениями, т. к., согласно буддийскому учению, только исклю-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. чительно трудно приобретаемая человеческая жизнь позволяет реализовать избавление от уз сансары.

— Биологически зародыш возникает в результате слияния сперматозоида с яйцеклеткой, но буддизм утверждает, что для жизни необходим ещё и третий элемент - континуум сознания.

— В момент смерти происходит растворение физических элементов: твёрдый элемент растворяется в жидком, жидкий вбирается теплотой; а теплота рассеивается в воздухе. На каждой из этих стадий у умирающего создается ощущение тяжести, потери опоры, погружения в жидкость. Предполагается, что континуум сознания присутствует в физической оболочке в течение трёх дней с момента клинической смерти.

— Согласно буддийскому учению, человек – это больше чем биологическое существо и результат соединения двух особей. Он существует в своей психофизической цельности и наследует предшествующие поступки. Человек, хотя и детерминирован своими прошлыми поступками, имеет возможность выбирать и изменять своё становление. Буддизм всегда подчёркивает силу предшествующих поступков как главного объяснения разнообразия существ и их положений.

— Из этих основных принципов относительно нового рождения, закона причинности и сострадания вытекает **буддийская медицинская этика**.

Эвтаназия. Уничтожение жизни (своей или другого) стоит на первом месте среди отрицательных поступков. Эвтаназия – это сложная и деликатная проблема, и отношение к ней зависит от того, идёт ли речь о "пассивной" или "активной" эвтаназии. Недопустимо активное вмешательство, ускоряющее приближение смерти, равно как и интенсивное лечение для поддержания жизни, которое считается формой насилия, поскольку приближение смерти носит сущностный характер и по возможности должно быть тихим и безмятежным.

Зародыш. Зародыш священен и несёт весь потенциал человеческого существа.

Аборт. Соответствует уничтожению жизни независимо от стадии.

Контрацепция. Предпочтительным способом считается использование презервативов.

Стерилизация. Следует избегать в связи с проблемой обратимости.

Оплодотворение in vitro. Согласно буддизму, процесс рождения может осуществляться различными способами. Эмбрион in vitro - это зародыш жизни, и он должен пользоваться такой же защитой, как и человек. Лица, появившиеся на свет в результате использования методов искусственного воспроизводства, и дети, рождённые естественным путём, должны на всех уровнях пользоваться статусом равенства. Однако имеются осложнения. Дело в том, что такой метод становится неприемлемым сам по себе, потому что в этом случае производится оплодотворение нескольких яйцеклеток, затем их селекция и, наконец, разрушение или хранение в криогене, а согласно буддийскому учению, континуум сознания возникает с первого мгновения оплодотворения.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Вынашивание чужого ребёнка. Если подобная практика предполагает искусственное оплодотворение, то она становится неприемлемой по вышеуказанной причине, но допускается сам институт вынашивающей матери. Если же все же такая операция производится, следует принимать меры предосторожности: необходимо исходить из альтруистских намерений и получить согласие всех заинтересованных лиц.

Трансплантация органов. Проблема пересадки органов требует этического осмысления. Речь идёт об акте сострадания, о даре для помощи ближнему. Понятие смерти воспринимается различно буддизмом и западной научной традицией. Согласно буддизму, при признаках клинической смерти не может быть абсолютной уверенности в том, что сознание покинуло физическую оболочку. Хотя наука не обнаруживает этот континуум, традиционная буддийская мысль полагает, что его можно определить по некоторым признакам. Сенсорное и психическое сознание исчезают в момент наступления физической смерти, но сознание может оставаться в телесной оболочке до трёх дней.

При мгновенной, неожиданной смерти континуум сознания моментально покидает тело, но, помимо данного случая, есть опасность вмешательства в естественный процесс психофизической смерти, если производить какие-либо манипуляции с телом в течение трёх дней после наступления клинической смерти. Но, с другой стороны, передача органа может помочь ближнему, как, например, в случае с пересадкой роговицы.

1. 2. ГИППОКРАТОВА ТРАДИЦИЯ В ЗАПАДНОЙ МЕДИЦИНЕ.

Западная медицинская этика также имеет глубокие исторические корни. **Традиция, восходящая к Гиппократу**, дала современной западной медицине несколько основополагающих этических принципов. **Иудео-христианская традиция** также оказала большое влияние. Наконец, возможно, наиболее выдающимся источником систематического размышления в современной биомедицинской этике явились этические теории, разработанные западными светскими философами.

а) Источники традиции.

Гиппократова традиция начинается с группы медицинских сочинений, известных как **Корпус Гиппократа [Hippocratic corpus]**, которые возникли, вероятно, в четвёртом столетии до н. э. Немного известно о жизни Гиппократа, древнегреческого врача и учёного, родившегося на греческом острове Кос около 460 года до н. э. и умершего в городе Ларисса (область Фессалия, Гре-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. (ция) около 377 года до н. э. За свой научно-практический вклад и пионерские исследования позднее был назван **Отцом медицины**.

Изобилуют предположения относительно источника сочинений, составляющих Корпус Гиппократов, и краеугольного документа, «**Клятвы Гиппократов**». Некоторые трактаты в этом сборнике приписываются Гиппократу. Тот факт, что Клятва отражает образ мыслей **Пифагора**, наводит на предположение, что, скорее, он её написал, а не подразумеваемый её автор, Гиппократ⁵ (или авторство принадлежит, по крайней мере, представителю пифагорейской философской школы⁶). Существует мнение, что Клятва основана на древней клятве Асклепия⁷.

б) Основное содержание.

Клятва Гиппократов – это наиболее часто цитируемое резюме собственного понимания врачом того, что в моральном отношении требуется от медицинских докторов. Клятва предписывает врачам, как необходимо поступать в их врачебной деятельности. Примечательно, что она обходит молчанием значение **автономии** пациента или регулирование морального обязательства врача к пациенту **моральными обязательствами к остальному обществу**.

На протяжении Средних веков и более поздних столетий Клятва Гиппократов воплощала самые высшие устремления врача. Клятва начинает долгую традицию медицинской этики, сущностным принципом которой является принцип, согласно которому *врач морально обязан приносить пользу пациенту и предохранять пациента от вреда в соответствии с собственным наилучшим мнением врача*, каким образом осуществить это. Она формулирует две основные группы моральных обязательств. Это, во-первых, **моральные обязательства к пациентам**. Они представляют собой ряд абсолютных запретов (например, против аборта и эвтаназии, сексуальных отношений с пациентами), а также формулировку обязательства врача помогать и не вредить пациенту.

Во-вторых, формулируются **моральные обязательства к другим членам медицинской гильдии (профессии)**. Здесь Клятва объявляет пространственные обязательства ученика к своему учителю и в передаче медицинского знания и затрагивает другие темы.

Некоторые специалисты утверждают, что Клятва отдаёт приоритет моральному обязательству избегать нанесения вреда пациенту перед моральным обязательством приносить пользу и содержит моральное обязательство продлевать жизнь. Эти исторические притязания представляются ошибочными.⁸

⁵ DeGrazia David. Ethics in Medicine. In: Behavioral science. 2nd ed. – Media, Pennsylvania, 1990. – P. 219.

⁶ Biomedical ethics/Ed, by Mappes Th. A., Zembaty J. S. – 2d ed. – N. Y. etc., 1986. – P. 54.

⁷ Англо-русский медицинский энциклопедический словарь/адаптиров. пер. с англ.. 26-го издания Стедмана. – М.: Мед. изд-во "ГЭОТАР", 1995. – С. 297.

⁸ DeGrazia David. Ethics in Medicine. In: Behavioral science, 2nd ed, - Media, Pennsylvania, 1990. - P. 219.

в) Традиция в современности.

Гиппократова традиция значительно обогатилась в современности. Первые этические кодексы появились в Англии и США при возникновении медицинских ассоциаций. Первоначально медицинский этический кодекс был составлен в 1803 году английским врачом из Манчестера **Томасом** Персивалом (Thomas Percival). В 1847 году его взяли за основу создатели Американской Медицинской Ассоциации [American Medical **Association** (АМА)]. Традицию совершенствовали последующими этическими кодексами АМА, которая в 1912 году предложила свою редакцию текста и наиболее значительно пересмотрела в 1957 и 1980 годах. Основное направление Англо-Американской медицины отошло от традиции Гиппократовых ревизий 1980 года.

С возникновением в 1881 году Общества русских врачей начинается совершенствование традиции в отечественной медицине. «Факультетское обещание русских врачей» (1871), которое давали оканчивающие медицинские факультеты в дореволюционной России, «Торжественное обещание врача Советского Союза» (1961), «Присяга врача Советского Союза» (1971) и ныне действующее «Обещание врача России» (1992) обогатили традицию. Однако кардинальным изменениям традиция подверглась в новом «Этическом кодексе российского врача» и Клятве, принятых в 1994 году Ассоциацией врачей России (АВР).

Таким образом, современная медицина отошла от Гиппократовой традиции и

— **Признала права пациента и ответственность врача перед обществом**, а не только исключительно перед пациентом.

— **Приняла во внимание мнение пациентов и других**, кроме врача.

1. 3. ЗАПАДНЫЕ РЕЛИГИОЗНЫЕ ТРАДИЦИИ.

а) Иудейская этическая традиция.

(1) Источник авторитета. В то время как стандарты этики Гиппократовы есть дело самого врача или профессии в целом, иудейская медицинская этика полагается на традицию иудейского закона [Jewish law], который толкуется и формулируется раввином. Закон получил полное своё выражение в Торе [Torah], тогда как продолжающаяся в настоящее время раввинская традиция – Галаха [Halahah] – основывается на античном тексте, Талмуде [Talmud].

Основное содержание. Разногласия по этическим вопросам разделяют ведущих раввинов. Тогда как все сходятся во мнениях, активно осуждая убийство, взгляды расходятся относительно того, могут ли когда-либо отменяться лечение или приостанавливаться реанимационные усилия. Ортодоксальные иудеи видят долг в том, чтобы поддерживать жизнь едва ли не любой ценой, что находится в поразительном контрасте с другими традициями

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. (и с мнениями многих неортодоксальных иудеев), которые допускают случаи, когда можно дать возможность умереть.

(2) Сущностные принципы, которые обычно разделяются всеми, включают моральный долг поддерживать здоровье, неприятие суеверия и неразумного лечения (т. е. знахарство при помощи молитв) и строгие ограничения относительно лечения только что скончавшихся.

Одним из базовых принципов древнееврейской медицины является **принцип единства человеческого существа**, дух и тело которого образуют единое целое. Согласно иудаизму, душа и тело едины, и к ним в равной степени относятся и десять божественных заповедей. Гигиена и мораль дополняют друг друга. Такая взаимозависимость души и тела ведёт к тому, что причины телесных недугов надо искать в душевной области, и наоборот. Из данного принципа непосредственно вытекают представления иудаизма о жизни и смерти. Уважение к человеческой жизни дополняется в иудаизме уважительным отношением к телу покойного, так как, являясь физической оболочкой души, тело человека требует уважения даже после смерти. Данное обстоятельство объясняет нам строгие ограничения, которые налагает иудейская медицинская этика на аутопсию и трансплантацию органов.

Согласно иудаизму, **человеческая жизнь абсолютна, священна и неприкосновенна**. Её ценность бесконечна, ибо она – дар Божий. Поэтому по правилам древнееврейской медицины врач должен бороться за жизнь до последнего дыхания. В основе такого поведения лежит мысль, что человек знает не всё и его вердикт – это ещё не Божий приговор. А когда неумолимая и неизлечимая болезнь подавляет человеческое слово, врач имеет долг сделать всё возможное, чтобы облегчить острую, нечеловеческую боль.

Понятие смерти и дискуссии среди иудеев по поводу определения момента её наступления. Точка зрения иудейского Закона строгая и очень конкретна. Определение момента наступления смерти, принятое всеми ортодоксальными иудеями, соответствует тому, которое было дано раввином Моше Шрейбером. Он полагает, что **смерть характеризуется неподвижностью, остановкой сердца и отсутствием дыхания** (т.е. соответствует традиционному понятию «биологической смерти»). Смерть может быть констатирована только при наличии этих трёх признаков. Приведённое определение смерти было, например, взято Генеральной ассамблеей французских раввинов, принявшей 18 мая 1978 года следующий документ:

«В условиях существования различных законов и законопроектов, касающихся забора и пересадки органов и тканей, Генеральная ассамблея французских раввинов считает своим долгом напомнить о следующих принципах иудаизма:

- глубоко священный характер жизни обязывает, чтобы как обществом, так и отдельными людьми всё было сделано для спасения человеческого существования;
- согласно иудаизму, признаками смерти являются полное прекращение функций дыхания, кровообращения и нервной системы;

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. – при отсутствии этих трёх признаков не разрешается выполнять ни одну из многочисленных процедур, совершаемых обычно сразу же после смерти. Любое действие над умирающим считается вызвавшим его смерть».⁹

Неортодоксальные иудеи склонны признавать церебральную смерть.

Недавно, принимая во внимание достижения технического прогресса, Верховный совет раввинов Израиля согласился принять за критерий смерти умирание мозга, включая смерть мозгового ствола. Однако большинство представителей еврейских руководящих кругов не принимают критерий церебральной смерти.

Трансплантация органов и аутопсия. Иудаизм положительно относится ко всему, что позволяет спасти жизнь любого человека, без каких-либо преимуществ одних перед другими. Потому и жизнь реципиента не может считаться более ценной по сравнению с жизнью донора, пусть даже обречённого. Уважительное отношение к умирающему человеку требует, чтобы ничто не предпринималось для ускорения его кончины, ибо такие действия, независимо от состояния умирающего, считаются убийством. Следовательно, категорически запрещается брать сердце у умирающего раньше наступления смерти, даже при отсутствии каких-либо шансов на спасение его жизни. И наоборот, уважение к умирающему проявляется в том, чтобы не продлевать искусственно его жизнь с единственной целью получения времени для подготовки к операции будущего реципиента. С другой стороны, в случае с пересадкой почки, например, вопрос уже ставится не о разрешении, а в плане обязанности. Человек обязан помочь находящемуся в опасности и предоставить в распоряжение больного один из своих органов. Таким образом, разрешается приходить на помощь смертельно больному, пересаживая орган, взятый у живого человека, при условии, что не ставится под угрозу жизнь донора.

Забор органов у умершего с целью последующей пересадки наталкивается на три запрета:

- тело усопшего не может быть предметом наживы;
- оно не должно быть тем или иным образом изуродовано;
- тело покойного должно быть предано земле.

Аутопсию разрешается производить:

- когда речь идет о спасении человеческой жизни;
- при наличии согласия, данного покойным при жизни;
- при невозможности определить иным способом причину смерти (с участием трёх врачей-специалистов);
- в интересах правосудия;
- для спасения жизни других людей;
- в целях определения наследственных заболеваний для защиты здоровья близких родственников или детей.

Однако аутопсия может выполняться только при обязательном соблюдении следующих условий: осуществляющие вскрытие врачи должны проявлять

⁹ Медицина и права человека. – М.: А/О ИГ "Прогресс", 1992. – С. 126.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. уважение к покойному (не курить, не вести не относящиеся к делу разговоры); по просьбе семьи операция может выполняться в присутствии раввина; по окончании вскрытия тело и его части передаются похоронной службе для предания земле.

Аборт. Иудаизм рассматривает искусственное прерывание беременности как противоестественное и утверждает, что аборт и нежелание иметь детей противоречат самой истории и мессианскому предназначению еврейского народа.

Стерилизация. Иудаизм допускает стерилизацию (например, перевязывание маточных труб) в связи с тем, что женщина не обязана участвовать в деторождении наравне с мужчиной. Однако отрицательно относится к мужской стерилизации. Поскольку обязанность продолжения рода лежит главным образом на мужчине, ему запрещается предпринимать какие-либо шаги по лишению себя этой возможности.

Отношение к новой репродуктивной технологии. В Талмуде в трактате Хагига 15«а» сказано, что если девственная женщина будет купаться в воде, содержащей сперму, то она может забеременеть. Эти слова, написанные 1700 лет назад, были взяты за основу при рассмотрении возможности искусственного оплодотворения. Они составляют основу легализации проблемы искусственного осеменения. Подавляющее большинство раввинов категорически осуждает любое оплодотворение донорской спермой. Однако если окончательно доказано, что никакая иная терапия невозможна, то в качестве крайнего средства допускается оплодотворение спермой мужа. На сегодняшний день любая форма «одалживания своего чрева» бесплодной супруге полностью запрещена. Запрещение мотивировано важностью отношений между матерью и плодом.

Эвтаназия. Согласно иудаизму, отсутствие надёжных диагностических средств не даёт врачу права решать, носит ли болезнь излечимый или неизлечимый характер. В равной степени он не имеет права прислушиваться к желаниям больного, поскольку человек не вправе распоряжаться своей жизнью и смертью. Укол, сделанный с намерением прекратить жизнь пациента, согласно иудаизму, относится к числу деяний, запрещённых законом: «Во всём, что его касается, с умирающим должны считаться как с живым человеком...» (Иома 85 б).

б) Православная этическая традиция.

Источник авторитета. На протяжении веков православная медицинская этика передавалась и толковалась, как правило, Церковью, а не медицинской профессией. Основу православной медицинской этики составляет учение Православной Церкви, которому приписывается богооткровенный характер. Моральный авторитет распространяется лишь на религиозные авторитеты, среди которых более консервативные православные учёные склонны видеть свидетельства Святого Писания и отцов церкви, а более либерально настроенные авторы – и современных православных авторитетов.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Основное содержание. Подход Восточного Православия к проблемам биомедицинской этики разворачивается в двух важнейших направлениях: 1) защита жизни и 2) продолжение жизни.

1) Защита жизни.

Православная этика повсеместно утверждает, что *жизнь есть дар Божий*, и, как таковая, является необходимой предпосылкой всех других физических, духовных и моральных ценностей. Как дар Божий, она – моральное благо. Общество и индивидуум морально ответственны за сохранение, продление и повышение ценности человеческой жизни. *Ответственность отдельного человека за сохранение жизни означает, что людям не дано право обрывать жизнь человека.* «Даже исключения из этого правила проистекают из ситуации, когда конфликтующие притязания на жизнь взаимонесовместимы, и необходимо сделать выбор».¹⁰ Следовательно, в православной медицинской этике именно *защита и продолжение жизни является ключевым аргументом в принятии правильного в моральном отношении решения.*

Аборт. Противостояние Восточного Христианства аборту имеет долгую историю. Её этические воззрения, содержащиеся в каноническом праве, церковных книгах и во множестве этических инструкций, *осуждают аборт как вид убийства.* Так как православные христиане рассматривают человеческую природу как психосоматическое единство, а жизнь как непрерывное и нескончаемое развитие человека как образа и подобия к божественности, то *достижение плодом определённых ступеней развития этически безотносительно к вопросу об абортах.* Таким образом, любой аборт рассматривается православными христианами как грех, так как он является злом. Православные этики отвергают те контраргументы, которые обращаются к экономическим и социальным соображениям, поскольку жизнь в таком случае рассматривается как нечто менее ценное, чем деньги или комфорт. Они не согласны с оправданием абортов на основании наличия у женщин права контролировать своё собственное тело; не отрицая сам принцип самоопределения, этики Восточного Православия отвергают его использование в качестве довода о том, что плод есть лишь часть материнского тела. Мнения православных этиков по вопросу о моральности рассмотрения возможности аборта разделились. Консервативно настроенные этики Восточного Православия отвергают такую возможность (это касается, в первую очередь, представителей Русской Православной Церкви).¹¹ Либерально настроенные православные этики допускают моральную приемлемость рассмотрения возможности аборта, но лишь в том случае, когда развитие плода подвергает опасности жизнь матери. В этом случае, по их мнению, наивысшей ценностью выступает сохранение жизни матери. Однако подобное решение оценивается ими подпадаю-

¹⁰ Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. – №2 – 1994. – С. 91.

¹¹ Мелетий Митрополит Никопольский. Аборты. – 3-е изд. - М., 1993. Такую позицию занимает представитель Русской Православной Церкви протоиерей Дмитрий Смирнов. См.: *Спаси и сохрани.* – 3-е изд. – Москва: Православный медико-просветительский центр "Жизнь", 1995. – С. 30-39, особенно сс. 34-35.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. щим в разряд «невольных грехов», когда «признаётся вред содеянного, но вина личности смягчена».¹²

Пересадка органов. Этики Восточного православия считают, что в случае пересадки органов следует учитывать два решающих момента этического порядка: во-первых, *вред, который может быть причинён донору* и, во-вторых, *нужды реципиента*. Исторически, Православная Церковь не возражала против проведения подобных процедур, таких как переливание крови и пересадка кожных тканей, поскольку в обоих случаях жизнь донора не подвергается значительной опасности, а благо приносится реципиенту значительное. Аналогичные соображения учитываются Православным Христианством и в случае пересадки органов. «Предоставление некоего органа, утрата которого может нанести вред или угрожать жизни потенциального донора, не является обязанностью или моральным долгом личности».¹³ Не следует возражать против проведения тех видов пересадок органов, если физическое благополучие и состояние здоровья не вызывает опасения (например, в случае пересадки почки). С другой стороны, реципиент должен быть в хорошем состоянии, чтобы риск донора был оправдан. Особый случай представляет пересадка сердца, так как имеется вероятность смерти донора. Несмотря на то, что многие иерархи Православия отвергают пересадку сердца, поскольку в церковной литературе оно рассматривается как вместилище души, в большинстве своём они не отрицают принципиальную возможность проведения подобных операций. Однако, пока степень успешности подобных операций не очень велика и недостаточно изучен феномен отторжения тканей, моральный вопрос относительно операций по трансплантации сердца остается без ответа.

Смерть и эвтаназия. Согласно традиционному определению смерть есть «отдаление души от тела». В таком понимании смерть не может быть предметом объективного исследования, а значит, определение медицинских критериев смерти и начала процесса умирания не является компетенцией теологии. И всё же можно некоторым образом различать отношение к смертельно больному человеку. Физическую жизнь традиционно понимают как способность человека поддерживать свою жизнедеятельность. Отсюда вытекает, что физическая смерть начинается с момента выхода из строя взаимозависимых систем человеческого тела. Следовательно, смерть наступает, когда процесс разрушения этих систем становится необратимым. При всей трудности определения, когда именно начинается процесс умирания, стремлением Церкви и врачей всегда было сделать всё возможное для поддержания жизни и всячески препятствовать наступлению смерти. Поэтому хирургическое вмешательство, медицинское использование наркотиков и даже искусственных органов считается целесообразным при условии, что вероятность своевременной помощи и возможности возврата к нормальной жизнедеятельности достаточно велика. Иной представляется ситуация, когда современная медицина в состоянии поддерживать «жизнь» человеческого организма при

¹² Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. – М., 1994. – №2. – С. 94.

¹³ Там же.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. помощи комплексного использования искусственных органов, медикаментозного лечения, переливания и других средств. В таких случаях (в особенности, когда отсутствие проявлений деятельности мозга сопряжено с соматическими нарушениями) вряд ли можно ожидать восстановления жизненных функций организма и мы можем с уверенностью утверждать, что пациент не живёт более в любом религиозно значимом смысле. В этих ситуациях нет никаких моральных обязательств для продолжения использования искусственных медицинских средств.

Восточная Православная Церковь практикует целую службу, посвященную умирающим. Когда смерть задерживается и тщетны попытки умереть, ключевым моментом службы является призывы к Богу отделить душу от тела и дать отдохновение умирающему. Однако это вовсе не означает, что вышеизложенные соображения можно использовать для оправдания практики эвтаназии. Дело в том, что «одно дело позволить умирающему умереть, когда нет несомненной надежды, что жизнь может быть сохранена, и даже молиться Создателю Жизни забрать жизнь «страждущего умереть», и совсем другое – эвтаназия, которая представляет собой активное вмешательство, с целью прервать жизнь другого человека».¹⁴ Самые серьёзные возражения этики Православного Христианства основываются, во-первых, на исключительной сложности проведения черты между «переносимыми» и «невыносимыми страданиями», учитывая большое значение, которое Восточное Православие придаёт возможности духовного роста через страдания¹⁵; во-вторых, возведение эвтаназии в ранг права или обязанности, приведёт к прямому противоречию основному этическому положению, что человеческие существа являются лишь хранителями жизни, которая проистекает из источника, отличного от нас.

2) Продолжение жизни.

В этической мысли Православного Христианства продолжение жизни является не менее фундаментальной обязанностью человечества, чем её защита. Не являясь единственной целью брака, продолжение жизни оказывается реализацией выполнения долга и моральной ответственности.

Человеческая сексуальность. Церковь учит, что человеческая сексуальность есть божественно данное измерение человеческой жизни, которое находит своё воплощение в браке. Цели брака не ограничены лишь репродуктивной функцией. Следует подчеркнуть, что цели супружества и их классификация по важности являются для православных авторитетов (как для отцов церкви, так и для современных) вопросом, по которому их мнения разделились, однако свидетельства Священного Писания и отцов церкви говорят о четырёх из этих целей, не классифицируя их по степени значимости: (1) рождение и забота о детях; (2) взаимопомощь четы; (3) удовлетворение полового влечения; (4) духовный рост в единстве и взаимности, то есть в любви. Пол-

¹⁴ Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. - М., 1994. - №2. - С. 96.

¹⁵ Римл. 8: 17-39. // Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. - М.: Изд. Моск. Патриархии, 1976. - С. 1234-1235.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ностью предназначение человеческой сексуальности, таким образом, воплощается во взаимодействии этих целей этически и гуманно.¹⁶

Контрацепция. «Контролем за рождаемостью или контрацепцией является применение механических, химических и иных средств как до, так и после полового акта, с целью предотвратить оплодотворение сперматозоидом яйцеклетки, избегая, таким образом, последствий полового акта – зачатия и последующего рождения ребёнка».¹⁷ Между православными этиками существует общее согласие по двум пунктам: 1) так как одной из целей супружества является рождение ребёнка, чета поступает аморально, если постоянно прибегает к контрацепции как средству избежать рождения ребёнка и нет смягчающих обстоятельств; 2) контрацепция аморальна и тогда, когда способствует блуду и прелюбодеянию. Единогласие отсутствует в вопросе контрацепции в браке с целью отсрочки рождения детей или ограничения их количества. Некоторые авторы Восточного Православия относятся к этому отрицательно и считают любое применение контрацепции, в браке или вне его, аморальным.¹⁸ Эти авторы склонны придавать цели брака по рождению и воспитанию детей доминирующее значение, а любые другие проявления сексуальной активности считать слястолюбием. Для них аборт и контрацепция тесно связаны между собой и между ними не проводится никакой разницы. Другие православные этики ставят под сомнение исключительную направленность брака на деторождение.¹⁹ Они указывают на несовместимость пропаганды воздержания в супружестве с библейским учением о предназначении брака, в том числе, в возможности этической реализации полового влечения, во избежание блуда и прелюбодеяния. «Такая точка зрения безусловно поддерживает применение контрацептивов с целью отсрочки рождения детей и ограничения их числа, дабы предоставить большую свободу чете для проявления их взаимной любви».²⁰

Искусственное осеменение. Искусственное осеменение незамужней или замужней женщины, но без согласия и содействия мужа, отвергается Православной Церковью, во-первых, как форма блуда, а во-вторых, как форма прелюбодеяния. В ситуациях, когда используется донорская сперма и муж даёт разрешение, православные этики придерживаются мнения, что это означает вторжение третьего лица в священные брачные узы, и отрицают его как форму прелюбодеяния. Если супружеская пара не может иметь собственных детей, другие цели брака всё же остаются и такая пара может решиться на приёмного ребёнка. В случаях искусственного осеменения спермой мужа, мнения расходятся. Часть православных этиков придерживаются мнения, что осеменение спермой мужа (ОСМ) неестественно, так как ребёнок не зачат в

¹⁶ См.: Constantelos D. J. Marriage, Sexuality and Celibacy: A Greek Orthodox Perspective. – Minneapolis, 1975.

¹⁷ Харакас С. Православие и биоэтика // Человек. – М., 1994. – С. 98.

¹⁸ См.: Papacostas S. Question of the Procreation of Children: The Demographic Problem from a Christian Viewpoint. – Athens, 1947; Gabriel D. The Crime of Genocide. Volos, 1957; Сохрани и спаси. – 3-е изд. – М.: Прав. медико-просв. Центр "Жизнь". – М., 1995.

¹⁹ См.: Харакас С. Цит. СОЧ.; Zaphiris Ch. The Morality of Contraception. An Eastern Orthodox Opinion. In: J. of Ecumenical Studies. – 1974, N 11. – P. 677-690.

²⁰ Харакас С. Цит. соч., С. 98.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. результате нормального полового акта.²¹ 0. Стэнли Харакас (проф. православной теологии эллинистического колледжа Греческой Православной школы теологии Святого Креста) в материалах, представленных в 5-ти-томной "Энциклопедии биоэтики",²² выдвигает соображение, опровергающее такую позицию, а именно ОСМ не ущемляет целостности супружеских отношений и позволяет осуществить одну из целей этих отношений.²³ Православные этики не обращались к вопросу об имплантации искусственно оплодотворённой яйцеклетки и процедуре зачатия в пробирке. Другой малоизученной православными авторами темой является стерилизация: васектомия у мужчин и перевязывание маточных труб у женщин.

в) Этика естественного закона римского католичества.

В течение многих столетий католическая медицинская этика передавалась и интерпретировалась в большей мере священством, а не медицинской профессией. Остов католической этики составляет точка зрения **естественного закона**.

«Общий взгляд, согласно которому правильность поступка определяется скорее самой природой, чем законами и обычаями человеческих сообществ или предпочтениями индивидуумов, называется «теорией естественного закона» ["natural law theory"].²⁴ Моральные принципы, таким образом, трактуются как объективные истины, которые можно открыть разумом и размышлением (рефлексией) в природе вещей. Основную идею теории кратко выразил римский философ Цицерон (106-43 гг. до н.э.), утверждая: «Закон суть высший разум, вселённый в Природу, который внушает, что следует делать и не позволяет противоположное. Этот разум, когда он прочно запечатлен и полностью развит в человеческом уме, есть Закон».

Теория естественного закона возникла в классической греческой и римской философии и оказала огромное влияние на развитие моральных и политических теорий.

1) Цели, разум и моральный закон в интерпретации римского католичества.

Наиболее влиятельная формулировка теории естественного закона римского католичества была дана **Фомой Аквинским** (1225-1274) в тринадцатом веке. Современные варианты теории являются, главным образом, развитием и интерпретацией основополагающей формулировки Аквината. Таким образом, понимание точки зрения Фомы Аквинского представляется важным для того, чтобы усвоить философские принципы, лежащие в основе позиции римского католичества по таким спорным вопросам, как аборт.

²¹ См.: Constantinides Ch. Artificial Insemination a. Theology. In: Orthodoxy. 1958. – N 33. P. 66-79; 1959. – N 34. – P. 36-527.

²² Encyclopedia of Bioethics / Reich W. Th., ed. in chief. – Rev. ed. – N. Y. etc.: Macmillan, 1995.

²³ Харакас С. Православие и биоэтика// Человек. – М., 1994. – №2. – С. 99.

²⁴ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. – Belmont: Wadsworth Publishing Co., 1992. – P. 25.

Фома Аквинский писал в эпоху, когда тексты Аристотеля (384-322 до н.э.) в большом количестве стали доступными на Западе, и философские теории Аквината включили множество принципов Аристотеля. Фундаментальной идеей, заимствованной Фомой, является взгляд, что мир (универсум) устроен целесообразно. То есть мир структурирован таким образом, что каждая вещь в нём имеет конечную цель, или назначение. Так, когда условия являются надлежащими (правильными), головастики разовьётся в лягушку. В своём росте и изменении, головастики следуют «закону своей природы». Он добивается своей конечной цели.

Человеческие существа имеют телесную природу точно так же, как её имеет головастики, и в своём собственном росте и развитии они также следуют закону своей природы. Но Аквинат подчёркивает также, что люди обладают свойством, каким не обладает другое живое существо, – **разумом**. Следовательно, полное развёртывание человеческих потенциальных возможностей (исполнение человеческого назначения) требует, чтобы мы руководствовались законом разума так же, как подчиняемся законам телесной человеческой природы.

Развитие разума является одной из наших конечных целей, как человеческих существ, но мы также полагаемся на разум для того, чтобы *определять, каковы наши цели и как мы можем добиться их*. Это та функция разума, которая привела Фому Аквинского к тому, чтобы *идентифицировать разум как источник морального закона*. В своём действии разум является практический, так как направляет наши поступки таким образом, что мы можем вызывать определённые следствия. Разум налагает на нас обязанность, давая нам указания, – обязанность вызывать следствия, которые он обуславливает. Но, утверждает Аквинат, *разум не может произвольно устанавливать для нас конечные цели. Разум направляет нас к нашему благу как цели нашего поступка, а что является этим благом, обнаруживается в нашей природе. Следовательно, разум устанавливает основной принцип: «делай добро и избегай зла»*.

Однако этот принцип является чисто формальным. Чтобы сделать его практическим принципом, мы должны принять во внимание, что есть человеческое благо. Человеческое благо, согласно Аквинату, суть благо, которое соответствует или является свойственным человеческой природе. Это то, что является «врождённым» человеческой природе таким же образом, каким, в некотором смысле, лягушка уже «присутствует» в головастике. Таким образом, *благо составляет то, к чему мы направляемся нашими естественными склонностями и телесных и разумных существ одновременно*.

Подобно другим живым существам, мы имеем естественную склонность сохранять наши жизни; следовательно, разум налагает на нас обязанность заботиться о нашем здоровье, не убивать себя и не ставить себя в положения, в которых нас могли бы убить. Мы осознаём посредством разума, что другие имеют, подобно нам, разумную природу, и мы понимаем, что обязаны относиться к ним с таким же достоинством и уважением, какое мы оказываем себе. Кроме того, когда мы понимаем, что человеческие существа нуждаются в

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. обществе, чтобы стало возможным их полное развитие, мы осознаём, что имеем обязанность поддерживать законы и практики, которые делают общество возможным.

Так, например, раз мы имеем естественную склонность воспроизводить наш род (рассматриваемый как «естественное» благо), разум возлагает на нас обязанность не мешать исполнению или не извращать эту склонность. Как следствие, для того чтобы выполнять эту обязанность, разум поддерживает институт брака.

Разум также обнаруживает в нашей природе основания для **процедурных принципов**. Например, поскольку все имеют склонность сохранять свою жизнь и благополучие, никто не должен принуждаться свидетельствовать против себя. Подобным образом, так как все индивидуумы движимы личными интересами, никому не должно быть позволено быть судьёй в своём собственном деле.

Телесные склонности, под руководством разума, направляют нас на достижение наших естественных благ. Но, согласно Аквинату, разум также сам может быть источником склонностей. Например, он утверждает, что разум является источником нашей естественной склонности добиваться истины, особенно истины относительно существования и природы Бога.

Из только что рассмотренных нами нескольких примеров, становится понятно, насколько Аквинат возлагал надежды на то, что существовала возможность открыть естественные блага в человеческой природе. Полагаясь на них, как на цели или предназначения, которых следует добиваться, разум тогда составил бы практический способ их достижения. Таким образом, **посредством искусного применения разума, было бы возможно установить основную часть моральных принципов и правил. Они составляют доктрины натурального закона.**

Так как естественный закон основывается на человеческой природе, которая считается неизменной, **Аквинат рассматривает сам закон неизменным**. Сверх того, он понимается одним и тем же для всех людей, во все времена и во всех обществах. Даже те, у кого отсутствует знание Бога, могут, посредством действия разума, осознать свои естественные обязанности.

Точка зрения естественного закона, для Фомы Аквинского и римского католичества, составляет только один аспект более широкой теологической конструкции. Теологическая организация универсума приписывается плану создателя (цели и назначения предопределены Богом). Кроме того, хотя естественный закон и поддаётся обнаружению в мире, его первичным источником является божественная мудрость и вечный закон Бога. Все разумные существа способны постичь естественный закон. Но так как страсти и иррациональные склонности могут исказить человеческую природу и поскольку некоторым людям не достаёт способностей или времени определить требования естественного закона, Бог посчитал также необходимым открыть наши моральные обязанности явным для нас способом. Главным источником откровения, конечно, считается Библейское священное писание.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Естественный закон, библейское предание, интерпретация священного писания Церковью, церковная традиция и учителя Церкви признаются в римском католичестве в качестве источников моральных идеалов и принципов. Руководствуясь ими в жизни, можно развить рациональную и моральную часть нашей природы и двигаться к конечной цели, достигнуть совершенства, которое соответствует человеческим существам.

Эта общая морально-теологическая точка зрения является источником отдельных доктрин римского католичества, которые имеют специальное отношение к медицине. Мы рассмотрим только два наиболее важных принципа.

(1) Принцип двойного эффекта.

Особого рода моральный конфликт возникает тогда, когда выполнение действия будет производить хорошее и плохое последствия. На основании хорошего последствия, кажется, что наш долг выполнить действие, но на основании плохого, кажется, что наш долг не делать его.

Допустим, что смерть плода, есть само по себе плохое действие, и рассмотрим какой-нибудь случай, подобно следующему:

У женщины, которая на третьем месяце беременности, находят рак матки. Если пытаться спасти жизнь женщины, матку следует удалить немедленно. Но если удалить матку, тогда будет потеряна жизнь неродившегося ребёнка. Следует ли делать операцию?

Принцип двойного эффекта предназначен оказать помощь в разрешении такого рода конфликтов. **«Принцип утверждает, что только такое действие следует выполнять, если оно имеет целью вызвать хороший эффект, а плохой будет непредусмотренным, или побочным следствием».**²⁵

Более точно, должны удовлетворяться четыре условия²⁶:

1. Само действие должно быть морально индифферентным или морально хорошим.
2. Плохой эффект не должен быть средством, каким достигается хороший.
3. Мотивом должно быть достижение только хорошего эффекта.
4. Хороший эффект должен быть, по крайней мере, равным по значению плохому.

Удовлетворяются ли эти условия в случае, на который мы ссылались? Сама операция, если её рассматривать как поступок, является, по крайней мере, в моральном отношении индифферентной. То есть сама по себе она суть ни хорошая, ни плохая. Это обеспечивает первое условие. Если намереваются спасти жизнь матери, спасение не будет достигаться при помощи убийства плода. А это будет сделано посредством удаления раковой матки. Следовательно, выполняется второе условие. Мотивом хирургической опе-

²⁵ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. – Belmont: Wadsworth Publishing Co., 1992. – P. 27.

²⁶ Современные дискуссии особое внимание уделяют четвёртому условию. (Richard A. McCormick. How Brave a New World: Dilemmas in Bioethics. – Garden City, N. Y.; Doubleday, 1981. – Pp. 413-429.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. рации, можем мы предположить, является не смерть плода, а спасение жизни женщины. Если это так, тогда удовлетворяется третье условие. И, наконец, поскольку обе жизни находятся под угрозой, хороший эффект (спасение жизни женщины) является, по крайней мере, равным плохому (смерть плода). Четвёртое условие, таким образом, также выполняется. При обычных обстоятельствах, в таком случае, эти условия считались бы удовлетворёнными и такая операция была бы в моральном отношении оправдана.

Принцип двойного эффекта в деонтологической традиции естественного закона основывается на допущении, что некоторые действия (поступки) являются добрыми или злыми, независимо от их последствий.²⁷ Современные дискуссии по вопросу, являются ли действия неправильными сами по себе или нет, склонили многих философов сосредоточиться на четвёртом критерии, как ключевом элементе в принятии морального решения. На их взгляд, четвёртое условие подразумевает, что можно и не знать заранее, является ли неправильным, или нет, какое-нибудь действие (поступок), а более важное значение имеет возможность определять, существует ли, или нет, пропорциональная (соразмерная) причина его выполнения, невзирая на последствия, которые несёт сам акт.²⁸

В медицинском контексте принцип двойного эффекта наиболее часто упоминается в случаях аборта. Но в биомедицинской этике он имеет, фактически, намного более широкую область применения. Он применяется в случаях контрацепции, стерилизации, трансплантации органов, а так же в случаях использования экстраординарных средств для поддержания жизни.

(2) Принцип целостности [totality], или терапевтический принцип.²⁹

Принцип целостности можно сформулировать следующим образом: **«Индивидуум имеет право дарить (передавать) свои органы или разрушить их способность функционировать лишь в пределах, в которых этого требует общее благополучие всего тела».**³⁰ Так, ясно, что мы имеем естественную обязанность сохранять наши жизни, но, с католической точки зрения, мы имеем также моральную обязанность сохранять целостность наших тел. Этот долг основан на убеждённости в том, что каждый из наших органов предназначен Богом играть роль в поддержании функциональной целостности наших тел, что каждый орган имеет место в божественном плане. Так как мы являемся опекунами наших тел, а не собственниками, наш долг заботиться о них, как об имуществе, вверенному нашему попечению.

Принцип целостности имеет значение для большого числа медицинских процедур. Строго говоря, даже **косметическая** хирургическая операция в

²⁷ Garrett Th. M., Baillie H. W., Garrett R. M. Health care ethics: Principles and problems. — 2nd ed. — Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. — P. 58.

²⁸ Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Thomas A. Shannon. — 4th ed. — Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. — P. 7.

²⁹ Спречча Э. Католическая церковь и профессия врача // Медицина и права человека. — 39.

³⁰ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. — 4th ed. — Belmont: Wadsworth Publishing Co., 1992. — P. 28.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. моральном отношении является правильной лишь тогда, когда она требуется для того, чтобы сохранить или обеспечить функционирование остального тела. Более значительные процедуры, которые обычно применяются в целях **контрацепции** – вазектомия и трубное лигирование (перевязка труб) – исключаются. В конце концов, такие процедуры включают «увечье» и деструкцию способности органов репродукции функционировать должным образом. Принцип целостности запрещает **также стерилизацию умственно отста-
лых**.

Как этическую теорию, теорию естественного закона характеризуют иногда в качестве **телеологической**. Утверждая принцип «Делай добро и избегай зла», теория устанавливает конечную цель, в отношении которой должна обосновываться правильность поступка. Как показывает принцип двойного эффекта, намерение действующего индивидуума является решающим в определении того, добиваются ли цели. До некоторой степени, цель поступка, что индивидуум делает, определяет само действие. Так, «выполнение аборта» и «спасение жизни женщины» не являются обязательно одинаковым поступком, даже в тех случаях, в которых их внешние признаки представляются одинаковыми. В противоположность утилитаризму, который также суть телеологическая теория, Теория естественного закона не является консеквентуалистской: последствие поступка не является единственным свойством, которое принимается во внимание при определении его морального характера.

2) Приложение морально-теологических точек зрения римского католичества в медицинском контексте.

Этики и моральные теологи римского католичества писали по многочисленным аспектам медицинской этики и разработали основную часть широко принятой доктрины. Мы рассмотрим только четыре темы.

Во-первых, применение принципа двойного эффекта и принципа целостности имеет определённые возможности в **области медико-биологического экспериментирования**. Поскольку мы владеем нашими телами на правах опекунов, мы являемся ответственными за определение степени риска, присутствующего в эксперименте, в котором нас просят быть объектами. Таким образом, мы должны быть полностью информированными в существе эксперимента и в рисках, которые он несёт для нас. Если, получив это знание, мы решаем дать согласие, оно должно быть свободным, а не результатом обмана или принуждения.

Так как экспериментирование на человеке несёт в себе возможность вреда и смерти, к нему применяют принцип двойного аффекта и его четыре условия. Если научные данные показывают, что больной человек может получить пользу от участия в эксперименте, тогда такой эксперимент является морально оправданным. Если, однако, данные показывают, что шансы помочь этому пациенту незначительны, и он (или она) могут умереть или получить серьёзные повреждения, в таком случае проведение эксперимента не имеет оправдания. В общем, вероятность того, что пациент получит пользу от эксперимента, должна превышать опасность того, что он понесёт большой ущерб.

Человек, который неизлечимо болен, может добровольно вызваться стать подопытным объектом несмотря на то, что он (или она) не может разумно ожидать личного выигрыша в форме улучшенного здоровья. Благо, на которое он надеется, суть благо для других, в виде возрастаемого знания. Тем не менее, даже здесь имеются ограничения, налагаемые принципом двойного эффекта. **Должна отсутствовать вероятность того, что эксперимент причинит серьезный вред, а возможная ценность знания, ожидаемого в результате, должна уравнивать риск, которому подвергается пациент.** Даже неизлечимые пациенты не могут быть объектами незначительных экспериментов.

Благо, которого добиваются при помощи здоровых добровольцев, также является благом других. Те же самые ограничения, упомянутые в связи с неизлечимыми больными, применяются и к экспериментированию на здоровых людях. Принцип целостности, дополнительно, ставит ограничения на то, что человек может вызваться сделать со своим телом. Не может здоровый человек подвергаться эксперименту, который предполагает вероятность серьезного ущерба, ухудшения здоровья, увечье или смерть.

Во-вторых, римско-католические теологи обращаются к медицинской теме, чтобы решить, следует ли предпринимать **«ординарные»** (обычные) или **«экстраординарные»** (чрезвычайные) меры для сохранения человеческой жизни. Несмотря на убеждение, что естественный и божественный законы налагают на нас моральную обязанность сохранять наши жизни, католические моралисты интерпретировали эту обязанность в том смысле, что она требует от нас полагаться только на ординарные средства. В медицинской профессии выражение «ординарные средства» используют, имея в виду медицинские процедуры, которые являются стандартными, или общепринятыми, в противоположность тем, которые являются неиспытанными, или экспериментальными. Но с точки зрения *католической этики*, выражение *«ординарный»*, используемое в медицинском контексте, применяют ко *«всем лекарствам, лечениям и операциям, которые предлагают пациенту разумную надежду принести пользу и которые можно достать и применять без чрезмерных издержек, страдания и другого неудобства»*.³¹ Следовательно, *экстраординарными средствами*, по контрасту, являются такие, которые *не предлагают пациенту разумной надежды или применение которых причиняет пациенту или прочим серьёзные трудности*.

Медицинские меры, которые спасли бы жизнь пациенту, но обрекли бы его на долгий период времени страдания или вызвали бы в нём сильную физическую или умственную нетрудоспособность, считаются экстраординарными. Пациент или его семья не обязаны их выбирать, а врачи имеют позитивную обязанность не потворствовать их выбору.

Эвтаназия является третьей медицинской темой, которая интенсивно обсуждается. С католической точки зрения, *эвтаназия в любых её формах считается аморальной*. Полагают, что она есть прямое нарушение суверенной

³¹ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. – Belmont: Wadsworth Publishing Co., 1992. – P. 29.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. власти Бога над творением и человеческой обязанности сохранять жизнь. Этические директивы для католических больниц по вопросу о лишении жизни (убийстве) являются недвусмысленными:

«Прямое умерщвление любого невинного человека, даже по его собственному требованию, всегда является моральным злом. Любая процедура, единственным непосредственным результатом которой является смерть человека, есть прямое убийство... Эвтаназия («убийство из милосердия» ["mercy killing"]) во всех её формах запрещена. Неосуществление предоставления ординарных средств сохранения жизни является равносильным эвтаназии»³².

Согласно этому взгляду, неправильно позволить младенцам, страдающим от серьёзных врождённых дефектов, умереть. Если их можно спасти ординарными средствами, врач обязан действовать таким образом. Также неправильно поступать, прекращая жизни таким неизлечимо больным, или принимая меры для того, чтобы вызвать их смерть, или не принимая мер, чтобы сохранить их жизни ординарными (обычными) средствами.

Никогда не является позволительным ускорение смерти в качестве прямой цели. Однако вполне допустимо применять лекарственные средства в целях облегчения боли. Принцип двойного эффекта предполагает, что применение таких лекарственных средств является в моральном отношении оправданным поступком, даже если они могут косвенно ускорить смерть человека.

В конце, мы можем узнать, как же католики относятся к абортам. С католической точки зрения, концептус (позже, плод) с момента оплодотворения считается личностью со всеми правами человека. На этом основании, прямой аборт на любой стадии беременности расценивается как неправильный в моральном отношении. *Аборт является «прямым», если он происходит из процедуры, «единственной непосредственной целью которой является прекращение беременности»*³³. Это означает, что даже то, что обычно именуется терапевтическим абортом, при котором аборт делают с целью предохранения жизни или здоровья женщины, считается неправильным.

Например, женщина с серьёзным сердечным заболеванием, которая забеременела, не может морально обосновать аборт на том основании, что беременность является серьёзной угрозой её жизни. Даже тогда, когда основной целью является спасение жизни женщины, прямой аборт является неправильным (злом).

Однако принцип двойного эффекта разрешает выполнять некоторое действие, которое может приводить к смерти ещё не рожденного ребёнка, если это действие удовлетворяет четырём условиям, указанным выше. Так, *непрямой аборт* считается в моральном отношении допустимым. То есть аборт должен быть результатом некоторого действия (например, удаление поражённой раком матки), которое выполняется для прямой и общей цели лечения патологического состояния, наносящего ущерб женщине. Целью, к кото-

³² Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. – Belmont: Wadsworth Publishing Co., 1992. – P. 29.

³³ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. – Belmont: Wadsworth Publishing Co.; 1992. – P. 30.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. рой стремятся в прямом аборте, является уничтожение жизни, а цель, которую добиваются в непрямом аборте, состоит в сохранении жизни.

Что касается **новых репродуктивных технологий**, католическая мораль отрицательно относится к **искусственному оплодотворению**, поскольку в супружестве различают акт деторождения и союз. Ещё более аморальным считается *искусственное гетерологическое оплодотворение*, которое противоречит цельности брака, достоинству супругов, самому предназначению родителей и праву ребёнка быть зачатым и рождённым на свет в браке и благодаря браку.

Наконец, важное место в католической этике занимает принцип **социальной общности**, согласно которому медицинская помощь рассматривается как право гражданина и обязанность общества, а здоровье считается общим достоянием.

г) Протестантская этическая традиция.

Источники авторитета. Имеется большое разнообразие в медицинской этике различных протестантских сект, однако медицинская профессия, большей частью, не считается авторитетной по этическим проблемам и нет какого-либо другого авторитетного органа, аналогичного католическому папству. Многие протестантские теологи скептически расценивают апелляции к естественному закону, делая ударение, вместо этого, на использовании индивидуумом разума и совести.

Акценты. Имеется больше разнообразия среди этических принципов протестантских теологов, чем в принципах иудейских, православных и католических теологов, а сами принципы имеют тенденцию быть менее определёнными и специфическими. Протестанты склонны подчеркивать широкие теологические темы, подобно договору или верности, агапэ [agape] или любви к ближнему.

Протестантская церковь не обладает никакой абсолютной властью, ни на уровне догматов, ни, тем более, на уровне этических заповедей. Однако она существует как община и потому представляет собой место, где формируется и определяется доля ответственности каждого. Протестантская этика сводится, главным образом, к этике ответственности. Быть ответственным – значит, прежде всего, слышать Слово Божье, быть чутким к словам и обращениям других, со вниманием относиться к их форме, постоянно стремясь при этом лучше понять суть требований. Таким образом, ответственность отнюдь не связывается с совершением или не совершением поступков, которые заранее определены как хорошие или плохие, а это своего рода поиск, поэтому протестантская этика предполагает осмысление и толкование.

Протестантская этика исходит из *главного принципа*, согласно которому *человек по-настоящему человечен только тогда, когда он создан Богом и не пытается производить манипуляции с самим собой*. Другим важнейшим положением является утверждение, что *каждый человек – это носитель неотъемлемого достоинства*. Человеческая жизнь не сводится к чисто биоло-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. гическому процессу – гуманным содержанием её наполняют любовь, общение, способность человека строить планы, слово, исполненное смысла и ответственности. «Ничто человеческое не возникает из эгоизма, напротив, гуманность проистекает из заботы о ближнем, в том числе, когда речь идёт о рождении ребенка, о его личности, о его спокойствии и о будущем».³⁴

1. 4. СВЕТСКИЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТРАДИЦИИ.

а) Западный светский либерализм.

Исторические основания. Некоторые из ключевых принципов западного либерализма – наиболее значительно религиозная терпимость и отделение церкви и государства – имеют ранние источники в протестантской Реформации. Однако традиция вступила в полную силу вместе с философами Томасом Гоббсом и Джоном Локком в семнадцатом столетии и Жан-Жаком Руссо и Иммануилом Кантом в восемнадцатом столетии. Классические вклады были такие сделаны Иеремием Бентамом и Джоном Стюартом Миллем соответственно в восемнадцатом и девятнадцатом столетии.

Источник авторитета. Многие этические (и, больше в последнее время, медицинские этические) теории, которые возникли в этой традиции, апеллировали к различным источникам светского авторитета, включая разум, общественные договоры, естественный закон и, больше в последнее время, моральную интуицию.

1) Наиболее значительные принципы.

(1) **Свобода**, понимаемая как *отсутствие внешних принуждений (стеснений)*, была доминирующим понятием в ранний период традиции, когда теория общественного договора преобладала, но она была также представлена в более поздней философии Милля. *Принцип свободы Милля* утверждает, что единственным оправданием для ограничения свободы в отношении совершеннолетнего человека в здравом уме – это угроза с его стороны причинить вред другому человеку.

(2) **Автономия** (родственное понятие), которой придается большое значение в последнее время, определяется как *способность индивидуальной личности к самоуправлению, то есть наличие способности обдумать возможные образы действий, составить план и действовать на его основе.*

Уважение автономии является принципом, согласно которому автономным (а, следовательно, компетентным) индивидуумам следует позволить определять их образ действий по резонам, которые являются их собственными, а не навязанными другими индивидуумами. Этот принцип требует

³⁴ Колланж Ж. -Ф. Биоэтика и протестантизм.// Медицина и права человека. – М.: А/О ИГ "Прогресс, 1998. – С. 43.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. больше, чем свободу от внешних принуждений: индивидуумы не должны незаконно подвергаться запугиванию, манипулированию или психологическому воздействию; нельзя их вводить в заблуждение или отказывать им в информации, прямо относящейся к их решениям. Уважение автономии является очень важным в практике информированного согласия.

(3) **Милосердие** является *принципом, согласно которому следует содействовать благополучию других (в медицинском контексте, их здоровью) и использовать активные средства, чтобы предотвратить или устранить опасные обстоятельства*. Этот принцип является релевантным и на индивидуальном уровне (например, при оказании помощи пациенту), и на социальном уровне, когда обсуждают институциональные структуры и их выгоды для общества в целом.

(4) **Nonmaleficence** («не навреди», или «прежде всего, не навреди»), *принцип, согласно которому должно не причинять вреда другим*, является негативным по существу – он требует, чтобы не делали чего-либо. Как и принцип милосердия, принцип «не навреди» является релевантным как на индивидуальном, так и на социальном уровне. (Для простоты, принцип «не навреди» иногда трактуют как подпадающий под широко понимаемый принцип милосердия; в этом случае он требует действовать таким образом, чтобы максимизировать хорошие последствия вообще).

(5) **Справедливость**, *которая касается распределения выгод и тягот, является принципом, согласно которому каждый индивидуум должен получить честную долю имеющихся в распоряжении материальных благ и услуг, а также неизбежных тягот*³⁵ (например, налоги). Теории справедливости различаются по их концепциям того, что составляет честную долю. Есть несколько концепций честной доли:

1. Равное распределение благ (**строгий эгалитаризм**);
2. Распределение по потребности (**социализм**);
3. Любое распределение максимизирует суммарные блага (**утилитаризм**);
4. Любое распределение происходит на основе свободных обменов между индивидуумами (**либертарианизм**).

В современной биомедицинской этике «**уважение свободы**», как правило, не обсуждается в качестве отдельного принципа, потому что **понятие автономии** включает в себя понятие свободы. Остальные принципы могут вступать в противоречие, как в случае, когда врач мог бы помочь пациенту процедурой, чего не желал бы сам пациент (милосердие против уважения автономии). Теории биомедицинской этики различаются по их оценкам, какой из этих принципов, если таковые вообще имеются, получает приоритет над другими и каким определённо образом. Например, либертарианизм отдаёт приоритет уважению автономии, в то время как утилитаризм трактует милосердие в качестве верховного принципа, который оправдывает и приводит в

³⁵ DeGrazia David. Ethics in Medicine. In: Behavioral science. 2nd ed. - Media, Pennsylvania, 1990. - P. 220.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. порядок другие принципы, принятием во внимание, какой из них максимизировал бы хорошие последствия.

Некоторые авторы, относящиеся к этой традиции, обсуждают другие принципы, но их большей частью понимают как подпадающие под один из только что упомянутых принципов. Например, «сообщение правды» можно интерпретировать как часть принципа уважения автономии, потому что никто не может действовать с полной автономией, если его логический ход мысли искажен ложной информацией. Подобным образом избегающий убийства принцип представляется частью принципа «не навреди», потому что смерть является разновидностью вреда.

2) Правовые традиции (в частности, англо-американская).

Право составляет сложное сочетание правил и соглашений, возникающих из различных источников, в том числе Конституция, законодательные акты, постановления и судебные прецеденты ³⁶(в англо-американской правовой традиции), создаваемые отдельными судебными решениями. В последнее время суды всё больше и больше были вынуждены разрешать медицинские этические споры.

Влияние судов в медицинской этике в значительной степени возросло через судебные решения, которые создали судебные прецеденты и дискуссии. Таким образом, правовая традиция также наполняется этическими проблемами. В правовой системе часто полагаются на судебные решения дебатов, содержащих фундаментальные этические проблемы (например, информированное согласие, прекращение медицинского лечения, недобровольная (принудительная) психиатрическая госпитализация, суррогатное материнство, аборты, конфиденциальность результатов проверки на ВИЧ и многие другие). Однако, принимая постановления по медицинским этическим спорным вопросам, суды выразили убеждение общественности, что эти проблемы касаются общества в целом, а не просто предмет спора между профессионалом здравоохранения и пациентом.

Право и этика являются различными, хотя и частично совпадающими, дисциплинами. Законы могут быть неэтическими (так обстояло дело с древними законами рабовладения), а этические проблемы не всегда входят в поле деятельности права (так, что не является незаконным злоумышленно лгать друзьям).

³⁶ Судебные прецеденты – Решение, вынесенное по какому-либо делу (точнее, принципиальное его обоснование), является нормой права, то есть обязательным для судьи, рассматривающего аналогичное дело. На судебном прецеденте основано "Общее право", которое является главным источником гражданского права в Соединенных Штатах. "Общее право" составляют нормы, вырабатанные в ходе развития судебной практики путём "естественного отбора".

ГЛАВА II. МОРАЛЬ И ЭТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ. ПРИРОДА БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.

До недавнего времени понятие «медицинская этика» означало, в основном, моральный кодекс и профессиональный этикет врача. Теперь же от медицинской этики требуется участие в разрешении различных медико-биологических проблем (условия и возможность аборта, эвтаназия, генетическое консультирование и т. д.). Медицинская этика должна так же решать различные моральные дилеммы, возникающие в клинической практике (получение разумного согласия больного на лечение, сохранение жизни новорожденных, имеющих тяжёлые физические дефекты и т.д.).

В этой связи ряд этических проблем можно идентифицировать в качестве сопутствующих медицинской практике и проведению биомедицинского исследования. Данная проблемная область составляет предмет биомедицинской этики. Конечная цель биомедицинской этики – совершенствовать рациональный анализ для прояснения и последующего разрешения таких проблем. То, что мы называем «биомедицинской этикой», часто обозначают термином «биоэтика», который вошёл в употребление в 1971 году. Под «биоэтикой» понимают *«систематическое исследование человеческого поведения в области наук о жизни и здравоохранения в той мере, в какой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов»*.³⁷ Ещё под биоэтикой подразумевается *дисциплина, определяющая «меру ответственности тех, кто принимает решение о выборе метода лечения и о применении научных знаний на практике»*.³⁸ Хотя оба термина имеют широкое распространение, мы отдаём предпочтение термину «биомедицинская этика», поскольку касаемся в первую очередь проблем, принадлежащих медицинской практике. Кроме того, имеет широкое хождение термин *«профессиональная, медицинская этика»*. «Под профессиональной этикой, – пишет Эдмунд Пеллегрин, – я понимаю совокупность обязанностей, которым подчиняется врач, действуя в качестве врача, – обязанностей, которые он принимает как профессиональный целитель, предлагающий помощь больному

³⁷ Encyclopedia of Bioethics / Reich W. Th., ed. in chief. – Rev. ed. – N. Y. etc.: Macmillan, 1995. – Vol. 1. – P. XIX.

³⁸ Медицина и права человека. Нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали. – М.: А/О ИГ "Прогресс", "Прогресс-Интер", 1992. – С. 18.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. человеку. Это сфера «внутренней» морали медицины, обязанностей, которые проистекают из специфического характера врачевания как человеческой деятельности».³⁹ Медицинская (профессиональная) этика, таким образом, имеет дело с тем, как принимаются решения об использовании технических возможностей, и больше касается того, какого типа личностью должен быть врач, а не разрешением какой-то биомедицинской проблемы. Поэтому она находится в более близком соответствии со структурой традиционной медицинской этики. В данной книге мы касаемся более широкой проблемной области, в том числе конкретных биомедицинских проблем.

Эти проблемы биомедицинской этики могут быть теоретическими – как, например, могут ли когда бы то ни было законно врачи или медицинские сестры ускорить смерть пациентов – или практическими – как, например, можно ли позволить умереть индивидуальному пациенту.⁴⁰ В любой из этих форм, наше затруднение относительно этих вопросов и наше желание их разрешить заставляет нас обратиться к моральной аргументации.

2. 1. МОРАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ МОРАЛИ.

Этика представляет ту отрасль философии, которая стремится установить, как человеческие действия могут оцениваться в моральном отношении правильными или неправильными. Когда изучение этики применяют к профессиональной области, становится необходимым обсуждать не только базовые этические позиции, но также природу профессии и условия, в которых эта профессия осуществляет свою деятельность.

Изучение этики предполагает, что «человеческий разум является фундаментальным средством, каким могут оцениваться поступки».⁴¹ Таким образом, этика не является тем же самым, что и моральная теология или религиозная этика, так как использует общий человеческий опыт в качестве своего исходного пункта и не обращается, или, по меньшей мере, не должна обращаться, к частному религиозному убеждению как к источнику своих выводов. Не является этика тем же самым, что и право, несмотря на то, что право является важным выражением общественного мнения о правильности или неправильности поступков, которые серьезно воздействуют на общественное благо. Если право, в значительной степени, касается публичного блага и защиты индивидуальных прав, этика выходит за эти пределы, чтобы проверить обязательства индивидуумов к самим себе, а также к другим людям и к об-

³⁹ Пеллегрини Э. Медицинская этика в США: настоящее и будущее. // Человек, – М., 1990. – №2. – С. 48.

⁴⁰ Beauchamp Tom L., Childress James F. Principles of Biomedical Ethics. – 3d ed, – N. Y. etc.: Oxford University Press, 1989. – P. 3.

⁴¹ Garrett Th. M., Baillie H. W., Garrett R. M. Health care ethics: Principles and problems. – 2nd ed. – Englewood Cliffs (N. Y.): Prentice Hall, 1993. – P. 1.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Целесообразно предварительно обсудить вопрос о соотношении терминов «мораль» и «этика», которые чаще всего употребляются как синонимы. Тем не менее, различие этики и морали оправдано не только в личностном, но и в институциональном плане, то есть в плане социальных институтов. Хотя при этом неизбежен произвол в отношении слов, так как термин «этика» пришёл из греческого языка (от *ethos*), а термин «мораль» – из латинского (от *mores*), но оба относятся к общей сфере нравов.

а) Мораль и этика.

Целесообразно предварительно обсудить вопрос о соотношении терминов «мораль» и «этика», которые чаще всего употребляются как синонимы. Тем не менее, различие этики и морали оправдано не только в личностном, но и в институциональном плане, то есть в плане социальных институтов. Хотя при этом неизбежен произвол в отношении слов, так как термин «этика» пришёл из греческого языка (от *ethos*), а термин «мораль» – из латинского (от *mores*), но оба относятся к общей сфере нравов.

*«Этика – это изучение общей природы морального обязательства и специфических моральных выборов, совершаемых индивидуальными личностями».*⁴² Этика предполагает установление ценностей и принципов. Определяя, являются ли суждение, правило выбора или принцип моральными (в противоположность, например, правовым, политическим или религиозным), специалисты в области этики апеллировали к различным критериям:

Во-первых, часто полагают, что направляющие принципы моральных поступков являются **верховными** (т. е. не принимают во внимание соображения иного рода, такие как юридические интересы).

Во-вторых, обычно соглашались, что они поддаются универсализации (то есть поддаются обобщению для релевантно подобных случаев).

Наконец, обычно полагают, что они касаются благополучия других личностей.

Мораль суть термин с несколькими значениями. Во-первых, в академических кругах термин «мораль» используется типично *взаимозаменяемо с термином «этика»*; тем не менее, во-вторых, *мораль в строгом смысле имеет значение, непосредственно связанное со словом mores, которое относится к особой совокупности моральных позиций, убеждений и обычаев*. В этом смысле различные культуры (или даже различные философы и теологи) могут иметь различные морали. Наконец, *мораль относится к моральным системам, которые считаются объективно правильными*, как в утверждении: «Мораль требует, чтобы человек относился ко всем людям с уважением».

Однако имеется ещё один аспект, в котором само различие этики и морали на понятийном уровне просто необходимо. Нужно найти какое-либо слово, чтобы вслед за Спинозой, назвавшим своё основное произведение «Этикой», обозначить целостный путь человеческого существования, начи-

⁴² DeGrazia D. Ethics in medicine. In: Behavioral science. 2nd ed. - Media, Pennsylvania, 1990. – P. 218.
Часть I. Теории и принципы биомедицинской этики.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Начая с элементарного стремления к сохранению своей жизни и кончая исполнением того, что можно назвать, согласно тем или иным сложившимся убеждениям, желанием, удовольствием, удовлетворённостью, счастьем, блаженством. П. Рикёр предлагает заимствовать у Аристотеля более нейтральное выражение *«стремляющаяся к благу жизнь»*, чтобы «обозначить этот глубинный уровень моральной жизни». ⁴³ В самом деле, когда говорят о стремлении, то на первый план выступает лишь желательность, а не императивность. Существует целая философская традиция такой трактовки, которой принадлежали Аристотель, Спиноза, Гегель.

В тоже время, мы нуждаемся в другом термине, чтобы обозначить связь с законом, или нормой, с разрешением и с запретом. Закон, или норма, подразумевают две характеристики – универсальность и принуждение, – сущность которых прекрасно выражает термин «долженствование». Итак, мы будем употреблять термин *«этика»* по отношению к *сфере блага* и термин *«мораль»* по отношению к *сфере долженствования*.

Мы будем использовать предикаты блага и долженствования, применяя их к действиям и их агентам. Это необходимо по той причине, что если даже стремление к благой жизни и укоренилось в нас более глубоко, чем, например, запрет на преступление или ложь, то этика всё же не может обойтись без морали. Желательность не освобождает от императивности по той причине, что существует насилие, которое один агент может совершить по отношению к другому. «Именно зло в качестве вреда, причинённого одним человеком другому, приводит к тому, что намерение вести благоую жизнь не может избавить от необходимости считаться с императивностью долженствования, проявляющегося либо в негативной форме в виде запрета, либо в позитивной форме в виде обязательства». ⁴⁴

б) Ценности.

Следует нам определиться также относительно содержания понятия «ценность» и его функциональной роли, так как ценности представляют собой основу, определяющую переживания и поведение людей. Мы будем опираться на определение понятия «ценность», данное Клайдом Клакхоном: *«Ценности – это эксплицитные или имплицитные концепции желаемого, характеризующие индивида или группу и определяющие выбор типов, средств и целей поведения»*. ⁴⁵ В соответствии с этим не только отдельные личности, но и малые и большие социальные группы обладают отличающимися их ценностями. В жизни индивида и общества ценности обеспечивают ориентацию в действительности, помогают различать верное и неверное, добро и зло, нуж-

⁴³ Рикёр П. Герменевтика. Этика. Политика. Московские лекции и интервью. – М.: АО "КАМИ", 1995. – С. 38.

⁴⁴ Рикёр П. Герменевтика. Этика. Политика. Московские лекции и интервью. – М.: АО "КАМИ", 1995. – С. 39.

⁴⁵ Kluckhohn C. Values and Value-Orientations in the Theory of Action. An Exploration in definition and Classification. In: Parsons. T. & Shils E. A. Toward a General Theory of Action. – N. Y., 1954. – P. 388-434.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ное и ненужное, уместное и неуместное. Индивид нуждается в ценностях, чтобы организовать свою жизнь, а общество – чтобы определить общие цели и формы поведения, которые для него особенно значимы. Отношения и общение между индивидами в большинстве своем широко определяются ценностями. Нельзя сказать точно сколько ценностей имеет индивид. Одно можно сказать определённо, что чаще всего индивид имеет множество ценностей, связанных между собой и подлежащих сравнению. То же самое наблюдается и в обществе. Итак, ценности занимают основополагающее и центральное место в иерархии инстанций, участвующих в принятии решений представляющих собой некое единое целое.⁴⁶

Ценности должны быть стабильными, поскольку индивид может ориентироваться на ценности, если они выдержали испытание временем. В самом деле, люди, которые часто меняют свои ценности, кажутся нам подозрительными, так как воспринимаются как незрелые, ненадёжные и непрогнозируемые. Общество также должно иметь стабильные и всеобщие ценности, ибо в противном случае возникает коллективная дезориентация, которая ведёт к конфликтной блокаде активности и неуверенности его членов. В то же время ценности не могут быть абсолютно стабильными и постепенно меняются, как у отдельной личности, так и у общества. Итак, названные признаки ценностей: *целостность, ориентирующая функция, относительная стабильность*, – представляют формальные аспекты идентичности для индивида или общества. «Идентичность личности и общества в значительной мере определяется ценностями».⁴⁷

Ценности могут быть вещами, действиями или состояниями дел (например, счастье), или убеждениями, или отношениями, относительно их и их желательности. «Для каждой ценности имеется соответствующий принцип, требующий содействия данной ценности (например, принцип уважения к жизни)».⁴⁸

в) Основания профессиональных обязательств.

Наиболее общей основой профессиональных обязательств является сама мораль, которая не зависит от каких-либо предварительных соглашений и которая одна при вхождении гарантирует отдельную профессию. Она формирует и определяет то, что можно считать в качестве легитимного профессионального обязательства, пока обеспечивает основу для легитимных обязательств. Так, например, нацистский функционер мог (как нацист) иметь профессиональную обязанность эффективно проводить геноцид, хотя поступать таким образом морально неправильно. С другой стороны, моральный принцип, как например принцип милосердия, обеспечивает основу для профес-

⁴⁶ Rokeach M. The Nature of Human Values. – N. Y.: Free Press, 1973.

⁴⁷ Шледер Б. Структура ценностных ориентаций. Эмпирич. исследование // Иностранная психология. Т. 2, №2 (4), 1994. – С. 48.

⁴⁸ DeGrazia D. Ethics in medicine. In: Behavioral science. 2nd ed. – Media, Pennsylvania, 1990. – P. 218.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. сиональных обязательств, так как врачом можно быть из особого благодеяния пациенту.

Другой основой является **публичные обязательства**, для объяснения которых необходимо ввести понятие **«институциональных связей»**. Дело в том, что только в обществе, а точнее – в рамках справедливых социальных институтов, «субъект могущий» становится «субъектом действующим». **«Субъект могущий»** – это субъект, способный оценивать собственные действия, формулировать свои предпочтения, связанные с предикатами «хороший» или «плохой», а значит, способный опираться на иерархию ценностей в процессе выбора возможных действий, – только такой субъект может определять самого себя. В процессе формирования такого субъекта очевиден вклад в него другого субъекта, не являющегося этим «я», поэтому важно установить внутри самого понятия «другой» различие между другим, раскрывающим себя через свой облик (и следовательно, способным вступить в межличностные отношения, примером которых может служить дружба), и безликим «другим», который составляет третий элемент социальной связи и конституирует межличностные отношения, опосредованные институтами.⁴⁹

Для объяснения роли институциональных связей в конституировании ответственности в этико-юридическом смысле (столь важной для медицинской практики), воспользуемся примером с обязательством. «Другой» оказывается вовлечённым в данное отношение в различных качествах: как заинтересованное лицо, как свидетель, как судья и, в сущности, как тот, кто рассчитывая на меня, на мою способность держать слово, взывает к моему чувству ответственности, делает меня ответственным. Именно в эту систему доверия включаются социальные связи, основывающиеся на договорах, различного рода взаимных обязательствах, придающих юридическую форму даваемым друг другу обещаниям. Принцип, согласно которому обязательства должны выполняться, составляет правила признания, идущие дальше обещания, даваемого конфиденциально одним лицом другому. А следовательно, это правило распространяется на каждого, кто живёт по этим законам. В данном случае другой участник отношения – это уже не «ты», а «третий», что можно выразить с помощью местоимения «любой». Таким образом, институциональные связи предстают в качестве сферы осуществления стремления к благой жизни. В самом деле, непосредственная связь между «я» и «ты» имеет место крайне редко, она встречается только в отношениях дружбы и любви, однако и здесь присутствует элемент институциональности. Так, брак – это институт распределения ролей, поэтому здесь необходим опосредующий данную связь третий термин, а именно «другой» как все остальные, с которыми я связан институционально, но к которым я не отношусь как к личностям.

Это еще в большей мере откосится к современной медицине, которая осуществляет свои терапевтические функции в рамках институционализированной роли, роли врача. Дело в том, что существенным аспектом социальной

⁴⁹ Рикер П. Герменевтика. Этика. Политика. Московские лекции и интервью. - М.: АО "КАМ", 1995. - С. 42.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. структуры является система стандартизированных ожиданий, которая определяет правильное поведение личности, исполняющей некоторые роли, опирающаяся как на обязательства собственных позитивных мотивов конформизма, так и на санкции других. Такие системы стандартизированных ожиданий, рассматриваемые относительно их места в тотальной системе и достаточно глубоко пронизывающие действие, чтобы их можно было принимать без доказательства как законные, условно называются «институтами».⁵⁰ Роль больного Т. Парсонс рассматривает как форму отклоняющегося поведения. В таком случае врач осуществляет функцию социального контроля. В отношениях между ролями врача и больного, по мнению Парсонса, существует фундаментальная асимметрия в плане иерархии, так как эффективное лечение неизбежно предполагает наличие институционализированного превосходства профессиональных ролей, основанного на компетентности, ответственности и специальной подготовки. В роли больного, как в любой социальной роли, присутствует сильный мотивационный элемент, то есть заболевание – это не просто состояние организма, а сложное взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов. Важнейшее значение имеет определение болезни со стороны социальных норм как нежелательного состояния, препятствующего нормальному функционированию индивида в системе социальных отношений, и функции терапевтических органов как органов, восстанавливающих способность человека адекватно исполнять свои общественные роли. Своеобразной институциональной мерой неспособности нормального функционирования является привилегия освобождения от повседневных обязанностей и занятий в сочетании с «фундаментальным принципом, согласно которому больной не повинен в своей болезни».⁵¹

Проблему асимметрии в отношениях пациента и врача многие сегодня склонны рассматривать как проявление манипуляции, поэтому как явление вредное и недопустимое. Подходя к этой проблеме с позиции типологии социальных структур, Парсонс считает, что равенство участников присуще лишь некоторым структурам, а организация здравоохранения в современных обществах относится к **«попечительскому» типу**,⁵² для которого характерно, что роль врачей находится на высшей иерархической ступени, а пациенты, независимо от статуса в других областях, должны подчиняться авторитету врача. Пациент, в свою очередь, в своей роли принимает на себя определённые обязанности активного способствования функционированию системы, в которую он вовлечён.

«Опекунская» ответственность лечащего основана на нескольких компонентах: во-первых, он должен обладать как общей культурой, так и специальными знаниями и практическим опытом (из этого складывается его компетентность); во-вторых, врач должен обладать определённой моральной установкой на то, чтобы действительно быть ответственным и доверенным ли-

⁵⁰ Parsons T. The present Position and Prospects of systematic Theory in Sociology. In: Essays in sociological Theory: pure and applied. - Glencoe: Free Press 1949. - P. 212-238.

⁵¹ Parsons T. Action Theory and human Condition. – N. Y.: Free press, 1978. – P. 18.

⁵² Ibid., p. 25-40.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. цом в области охраны здоровья (это вытекает из общей для больных и врачей убежденности, что здоровье – это хорошо, а болезнь – плохо, то есть от общей ценностной ориентации. В этом смысле врач выполняет функцию нормативного социального контроля. Он должен усиливать мотивацию пациента бороться с недугом. Пациент здесь вовсе не пассивный объект воздействия, а активный участник взаимодействия, имеющего общую цель – выздоровление. Вместе с тем, считает Парсонс, такое взаимодействие неизбежно иерархично и бороться за равенство здесь означает серьезным образом угрожать всему делу медицины.

Итак, культурное ожидание того, что врачи будут обеспечивать руководство, усиливается социологическими концепциями профессионализма и лицензированием. Предполагается, что как профессионал, врач обеспечивает рациональное, беспристрастное руководство в интересах пациента. Общество получает дополнительную гарантию посредством профессиональных клятв, которые публично провозглашают обязательство действовать этически в профессиональной роли врача.

Посредством предоставления лицензии, медицинские профессии и общество убеждаются в компетентности врачей. В рамках истории медицины выделяются две моральные традиции (Albert Jonsen. 1990).⁵³ Греческая традиция, начиная с Гиппократов, не отличается большим альтруизмом. Медицина Гиппократов – это искусство врачей, целью которых служит достойная жизнь. Этикет этого искусства предписывает врачу делать всё возможное, чтобы повысить свою репутацию и тем самым расширить клиентуру. Христианская средневековая традиция, в противоположность, обязывает врача бескорыстно лечить бедных людей. В рамках этой традиции альтруизм и медицинская помощь оказываются связанными воедино. Искусство врачевания – столь редкий дар, что сулит большое вознаграждение: не только доход, но и престиж, репутацию и чувство благодарности. В этом плане современные врачи являются наследниками греческой традиции. В то же время общество ждет от врача безотлагательной помощи, невзирая на его личные мотивы. И в этом современные медики наследуют христианскую традицию: врач является слугой пациента, независимо от материального положения последнего.

Общество позволяет врачу использовать свою квалификацию для поддержания достойного уровня жизни и вместе с тем настаивает, чтобы эта квалификация употреблялась на благо других людей. Для достижения этой цели западное общество ввело в практику **медицинскую** лицензию, которая несёт как альтруистическую, так и эгоцентрическую нагрузку. Лицензия дает право частной практики, налагая на ее владельца определённые обязательства. Определённый орган искусственных в своем деле медиков призван отбирать кандидатов и контролировать деятельность владельцев лицензии. Все это способствует формированию монополии, поскольку представители контрольного органа руководствуются в своём отборе устоявшимися принципами, преграждая тем самым дорогу другим традициям.

⁵³ Jonsen A. A. The new medicine and the old ethics. – Cambridge (Mass.): Harvard univ. press, 1990. – 171 p.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Отношение врач-пациент часто рассматривают, как обусловленное подразумеваемым *контрактом* (contract) или *договором* (covenant) «Контракты обычно понимаются как то, что предполагает согласие двух или больше участвующих лиц, которое дается, пока договорённость считается взаимовыгодной».⁵⁴ Таким образом, контракты могут создаваться и разрываться. «Договоры предполагают отношение, которое не может ни заключаться, ни нарушаться произвольно, проистекая вместо этого из самого отношения».⁵⁵ Серьёзное моральное обязательство, предполагаемое договором, соблюдают при его использовании другими основательными обязательствами, такими как брак и религиозные договоры (заветы).

2. 2. МОРАЛЬНАЯ АРГУМЕНТАЦИЯ И ХАРАКТЕР ЭТИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ.

Обычный человек, в большинстве обстоятельств, не испытывает затруднений в вынесении суждений, таких как говорить ли правду, имеет ли другой человек неприемлемое столкновение интересов и тому подобное. Моральная жизнь состоит из богатой смеси установок, притч (парабол) и добродетелей, которые мы усваиваем, по мере того как мы взрослеем. Обычно этих моральных указаний хватает, потому что нам не требуется взвешивать или оправдывать ни наши суждения, ни принципы, которые лежат в их основе.

а) Содержание моральной аргументации.

Однако опыт морального затруднения и дилемм приводят нас к моральным размышлениям и моральным оправданиям. Когда мы размышляем о том, является ли суждение в моральном отношении правильным, мы обдумываем, какое суждение является в моральном отношении оправданным, то есть какое суждение имеет под собой наиболее строгие основания. Резоны, которыми мы пользуемся в моральном размышлении, выражают условия, при которых мы убеждены, что поступок является в моральном отношении оправданным. А чтобы показать, что моральные взгляды являются оправданными, требуется прояснить принципы, лежащие в основе наших суждений и размышления. Но не будет достаточно просто составить список **этих** принципов. Чтобы оправдывать, принципы **сами** должны быть оправданными.

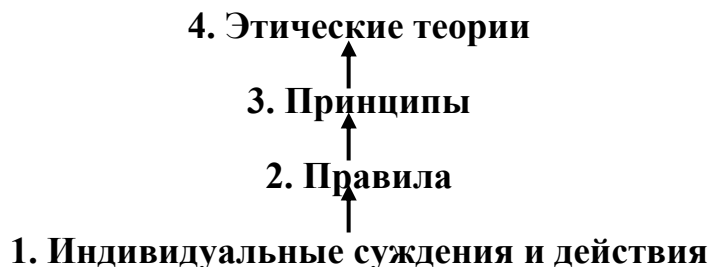
⁵⁴ DeGrazia O. Ethics in medicine. In: Behavioral science. 2nd ed. – Media. Pennsylvania: Harwal Publishing Co., 1990. – P. 222.

⁵⁵ DeGrazia D. Ethics in medicine. In: Behavioral science. 2nd ed. – Media, Pennsylvania: Harwal Publishing Co., 1990. – P. 222.

б) Уровни моральной аргументации.

1) Схема морального оправдания.

Подход к моральному оправданию, принятому в этой книге, можно схематически представить в виде иерархических уровней:⁵⁶



Суждения выражаются в решении, вердикте или заключении относительно индивидуального поступка. Индивидуальные суждения оправдываются моральными правилами, которые, в свою очередь, оправдываются принципами, которые в конечном итоге оправдываются этическими теориями.

Например, медсестра, которая отказалась участвовать в процедуре аборта, может придерживаться взгляда, что в моральном отношении неправильно умышленно убивать невинное человеческое существо.

Если бы возникла потребность, медсестра могла бы оправдать моральное правило против убийства невинного человека ссылкой на принцип неприкосновенности человеческой жизни. В конце концов, индивидуальное суждение, правило и принцип можно было бы оправдать этической теорией, которая могла бы у нее присутствовать только в неявной и в зачаточной форме.

2) Уровни моральной аргументации.

Наша схема показывает, каким образом в моральной аргументации мы обращаемся к трём верхним уровням оправдания для того, чтобы обсудить разные степени абстракции и систематизации. Точная природа различия между правилами и принципами является дискуссионной, потому что и правила и принципы суть обобщения, утверждающие, что определённого рода поступки должны (или не должны) выполняться. В том виде, в каком мы их анализируем, *правила являются в большей степени характерными контекстам и более ограниченными в области компетенции.* Вот простой пример правила: «Лгать пациентам неправильно». *Принципы, в противоположность, являются более общими и фундаментальными и служат для того, чтобы оправдывать правила.* Например, принцип уважения автономии может подтверждать несколько моральных правил типа «Лгать неправильно». В конечном итоге, теории суть интегративные комплексы принципов и правил и могут включать в себя опосредствующие правила, которые управляют выборами в случае конфликтов. Утилитаристская и деонтологическая теории, которые мы будем изучать в следующей главе, являются известными типами этической теории.

⁵⁶ Мы заимствовали схему у авторов книги: Beauchamp T. L. s. Childress J. F. Principles of Biomedical ethics. – 3d ed. – N. Y. etc.: Oxford univ. press, 1989. – P. 6.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Мы будем обращаться ко всем этим уровням, но особенно к принципам и правилам как принципам действия.

Индивидуальные моральные суждения предполагают приложение принципов и правил к конкретным ситуациям, а следовательно, зависят от фактических взглядов на мир. Мы выражаем мнения о вероятности причинения вреда в определенной ситуации, например, если считаем, что политика Х является неправильной, потому что она навязывает неоправданные риски на группу людей. Подобным образом, суждения об оправданности аборта может обуславливаться не только моральными правилами и принципами, но также мнениями о природе и развитии плода. Моральные дискуссии, таким образом, не содержат только конфликты между моральными правилами или принципами. Например, многие разногласия о надлежащем выделении средств на профилактические программы зависят в меньшей степени от дебатов над принципом справедливости, чем от фактических утверждений о том, предупреждают ли такие меры болезнь, содействуют ли здоровью, имеют ли негативные побочные эффекты или являются ли они рентабельными.

Широкие научные, метафизические или религиозные убеждения могут лежать в основе наших интерпретаций ситуации и моральная дискуссия об индивидуальном образе действия может возникать не только из разногласий относительно релевантного морального принципа действия и фактов конкретного случая, но также из разногласий относительно корректности научного, метафизического или религиозного описания ситуации. Мы должны различать уместность резона моральному суждению от его целевой адекватности (достаточности). Не каждый предлагаемый резон является релевантным, но даже релевантные резоны не всегда суть определяющие. То есть, апелляция агента действия к уровню оправдания может быть релевантной позиции, которую он защищает, но недостаточной для того, чтобы её оправдать. Даже хорошие резоны могут не быть достаточными резонами.

Например, наличие опасных токсичных химикалий в окружающей обстановке рабочего места было выдвинуто в качестве основания, чтобы наложить запрет беременным и фертильным женщинам на работы, которые подвергают их опасному воздействию этих химикалий. Опасность для здоровья и жизни составляют хороший резон для запрета, но он может и не быть достаточным резонном: Работницы часто выражали недовольство, что запрет, направленный исключительно на женщин, является дискриминационным и нечестным в отношении тех, кто имеет квалификацию.

Вопрос не в том, какая позиция защищается, мы рассчитываем, что люди, выступающие в её защиту, объяснят нам, кроме того, почему резоны являются и хорошими и достаточными резонами. Мы ожидаем, что они приведут релевантные моральные принципы или сошлутся на хорошие или плохие последствия предлагаемого образа действия. Когда мы дискутируем с другими относительно оправданности морального суждения, что происходит обычно в контексте или моральной дилеммы или моральной критики, мы не можем ожидать, с точки зрения презумпции разумности, от поведения другого человека, что оно нарушает конвенционально принятые нормы морали. Однако мы можем задать вопрос, является ли, фактически, провозглашенный принцип

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. обычно принятым моральным принципом, и мы можем такие спросить, следует ли заменить принятый принцип другим. Многое из того, что в этической теории касается оправдания, возникает вследствие вопросов о том, какие нормы являются принятыми в общей морали, и следует ли защищать или отвергнуть определённые, в общем, признанные стандарты.

Поскольку общая мораль не может быть призвана оправдывать саму себя, многие смотрят на этическую теорию, как на внешний источник, способный подтверждать моральные суждения. Однако может ли этическая теория давать необходимые формы оправданий, представляется сложной проблемой, которую мы подробно рассмотрим в следующем параграфе. А пока мы обсудим характер этических конфликтов.

в) Характер и основные виды этических конфликтов.

(1) *Конфликт может произойти, когда индивидуумы расходятся в их ценностях или принципах.* Например, врачи рассматривают сохранение жизни одной из наиболее важных своих целей, так что жизнь является одной из их ценностей. Но член секты Свидетели Иеговы, который остро нуждается в переливании крови, может рассматривать независимость от продуктов крови (будучи убежденным в том, что душа связана с кровью) как такую ценность, что она препятствует переливанию крови, даже если последнее необходимо для сохранения ему жизни.

(2) *Индивидуумы, которые соглашались по поводу основной ценности или принципа, могут расходиться в своих индивидуальных представлениях об этой ценности или принципе.* Например, последователи аристотелевской традиции и средневековые теологи были согласны в том, что счастье, или человеческое преуспевание, было фундаментальной ценностью (и целью), но первые понимали эту цель как что-то, что достигается в этой жизни, тогда как последние представляли её как достижимую в загробной жизни

(3) *Можно соглашаться относительно определённой ценности или принципа (и даже по поводу индивидуального их понимания), и, несмотря на это, расходиться по фактическому вопросу о том, какие средства лучше всего будут содействовать этой ценности или удовлетворят принципу.* (Это, однако, не является этическим конфликтом). Например, онколог и больной раком могут иметь одинаковое мнение о ценности минимизации страдания. Но один мог бы полагать, что повышенная дозировка особого наркотического анальгетика была бы эффективным средством облегчить страдание, в то время как другой убеждён в том, что данный анальгетик вызвал ещё большее страдание, обусловленное его побочным эффектом.

(4) *Конфликты происходят также тогда, когда индивидуумы согласны по поводу одной и более ценности или принципу, но расходятся во мнениях относительно их важности или приоритета.* Два врача могут быть согласными и по отношению принципа конфиденциальности, и по отношению принципа предотвращения вреда. Но если пациент обнаруживает намерение убить человека, поддающегося идентификации, один врач может считать, что

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. предотвращение вреда приобретает приоритет и обязывает к раскрытию информации о грозящей опасности тому человеку или правоохранительным органам, тогда как другой врач может отдавать предпочтение соблюдению конфиденциальности любой ценой.

Разногласия (основные виды которых мы описали выше) могут вызывать этические конфликты в медицине. Часто во взаимоотношениях профессионала и пациента решения принимаются неофициально (иногда с вовлечением семьи), без использования институциональных механизмов (таких например, как суды, государственная политика, апелляция к профессиональным кодексам, больничные этические комитеты, больничные политики).

Адрессирование конфликтов часто находится под влиянием иных факторов, чем этические соображения. Так, политические взгляды сообщества (или общины), где размещается больница могут оказывать влияние на медицинское обслуживание (например, воздействуя на то, как осознают соотносительную важность жизни и качества жизни). Экономические факторы также могут влиять на оказание медицинской помощи, как если отделению интенсивной терапии предусматривают в бюджете коек меньше, чем имеется в наличии пациентов, нуждающихся в них.

Важно, чтобы профессионалы здравоохранения осознавали этические проблемы, когда они возникают, отличали их от других факторов и пытались решать их с точки зрения теорий, принципов и правил, что и составляет основу правильной аргументации.

2. 3. ЭТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И БИМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА.

Этика является общим термином для обозначения разных способов изучения моральной жизни. Некоторые подходы в этике являются нормативными, другие дескриптивными.

а) Подходы в этике.

1) Нормативная этика.

Область исследования, которая пытается ответить на вопрос «Какие принципы человеческого поведения заслуживают морального одобрения и на каких основаниях», можно назвать **общей нормативной этикой**.⁵⁷ Она основывается этическими теориями, помещёнными в верхней части нашей схемы уровней оправдания. С этими теориями мы ближе познакомимся в 3 главе. *Этические теории формулируют и поддерживают системы фундаментальных моральных принципов и правил, которые определяют, какие поступки являются правильными, а какие неправильными.* Тем не менее, многочислен-

⁵⁷ См.: Beauchamp N. L., Childress J. F. Principles of Biomedical ethics, – 3d ed. – N. Y. etc.: Oxford univ. press, 1989. – P. 9.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ные вопросы оставались бы без ответа, даже если бы имелась в распоряжении полностью удовлетворительная общая этическая теория. Например, оставались бы вопросы о том, какие разнообразные принципы и правила предполагаются конкретными решениями, которые люди должны принимать в повседневной жизни.

Попытки применить эти принципы поведения к различным моральным проблемам можно назвать прикладной нормативной этикой.⁵⁸ Термин «прикладная» относится к применению этической теории и методов анализа для изучения моральных проблем в профессиях, технологии, государственной политике и т. п. Как правило, в этих контекстах не бывает прямого применения теории в индивидуальных суждениях. Скорее, к теории обращаются для того, чтобы помочь разработать принципы поведения (руководства к действию), которые являются более специальными и подходящими ситуации. **«Прикладная этика»** шире, чем **«профессиональная этика»**, и биомедицинская этика, политическая этика, профессиональная этика журналиста, профессиональная этика юриста и этика бизнеса являются плодотворными профессиональными сферами для такой деятельности. Принципы действия, созданные для регулирования моральных проблем в прикладных областях, формируются, большей частью, моральными принципами и правилами, парадигмальными случаями (прецедентами) или моделями поведения, эмпирическими данными и рефлексией над тем, каким образом привести в наиболее гармоническое единство эти влиятельные источники.

В фокусе данной книги находится прикладная нормативная этика, а точнее биомедицинская этика, поскольку мы применяем моральные принципы действия к биомедицине. Термин «биомедицина» используется нами в качестве сокращенного выражения для многочисленных измерений современной биологической науки, медицины и здравоохранения.

Итак, *конечная цель общей нормативной этики – «выдвигать и обеспечивать рациональное обоснование общей теории морального обязательства, которая обеспечивала бы общий ответ на вопрос «Что морально правильно и что морально неправильно?»*.⁵⁹ Целью прикладной нормативной этики является решение частных моральных проблем, как например, оправданы ли в моральном отношении аборты?

2) Ненормативная этика.

В дополнение к нормативной этике, общей ли или прикладной, существует, по крайней мере, два ненормативных подхода к этике.

Во-первых, *Дескриптивная, или научная,*⁶⁰ *этика суть основанное на фактах научное исследование морального поведения и взглядов.* Она изучает не то, как люди должны поступать, а как они рассуждают и действуют. Цель дескриптивной этики – получать эмпирические знания о морали. Практикующий дескриптивную этику занят описанием фактически существующих

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th. A., Zembaty J. S. - 2d ed. - N. Y. etc.: McGraw-Hill, 1986. - P. 2.

⁶⁰ Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th. A., Zembaty J. S. - 2d ed. - N. Y. etc.: McGraw-Hill, 1986. - P. 1.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. моральных взглядов, объясняя затем последние с помощью углублённой оценки их каузального источника. Антропологи, социологи, психологи и историки устанавливают, выражаются ли и какими способами моральные отношения и кодексы отдельными лицами и обществами. Они изучают разнообразные взгляды и практики относительно сексуальных отношений, кодексов профессиональной этики, лечения умирающих, природы согласия, полученного от пациента и тому подобное. (Таким образом, моральные взгляды не в меньшей степени, чем другие аспекты человеческого опыта, дают исследователям в области поведенческих и социальных наук предметную область, которая нуждается в объяснении). Например, почему конкретный индивидум имеет консервативный взгляд на сексуальную мораль? Психоаналитик (фрейдистского толка) может пытаться объяснять это в терминах базовых фрейдистских категорий и на основе переживаний раннего детства. Или почему отдельной группе людей присущ такой большой процент моральной оппозиции аборту? Социолог может пытаться объяснять это в терминах, имеющих отношение к факторам социализации. Если большинство членов группы увеличивается, как например православные (или католики), этот факт, вероятно, представляется релевантным желанному объяснению.

Во-вторых, *метаэтика содержит анализ языка, концептов, мышления и целей этики*. Например, она изучает значение решающих этических терминов, таких как правильность, обязательство, добродетель и ответственность, а также логику и структуру моральной аргументации и оценки.

Дескриптивную этику и метаэтику можно сгруппировать вместе, потому что они не пытаются давать *предписывающих* принципов (установок). Их целью является *установление того, что фактически и концептуально представляет собой данный случай*, а не каким в этическом отношении должен быть этот случай. Время от времени, в этой книге мы касаемся дескриптивной этики и метаэтики. Но следует ясно представлять себе, когда мы предлагаем дескриптивный анализ (например описывая, что говорит нам профессиональный медицинский кодекс по определённой проблеме, основной вопрос – являются ли оправданными описанные нами предписания. Мы также иногда вынуждены заниматься метаэтикой. Однако в любом случае, дескриптивная этика и метаэтика являются вторичными по отношению к нормативной этике и на всём протяжении книги мы будем использовать этику в значении нормативной (философской) этики. Итак, в то время как дескриптивная этика пытается описать моральные взгляды, которые фактически практикуются, нормативная этика пытается установить, какие моральные взгляды могут быть оправданы и, следовательно, должны быть признаны.

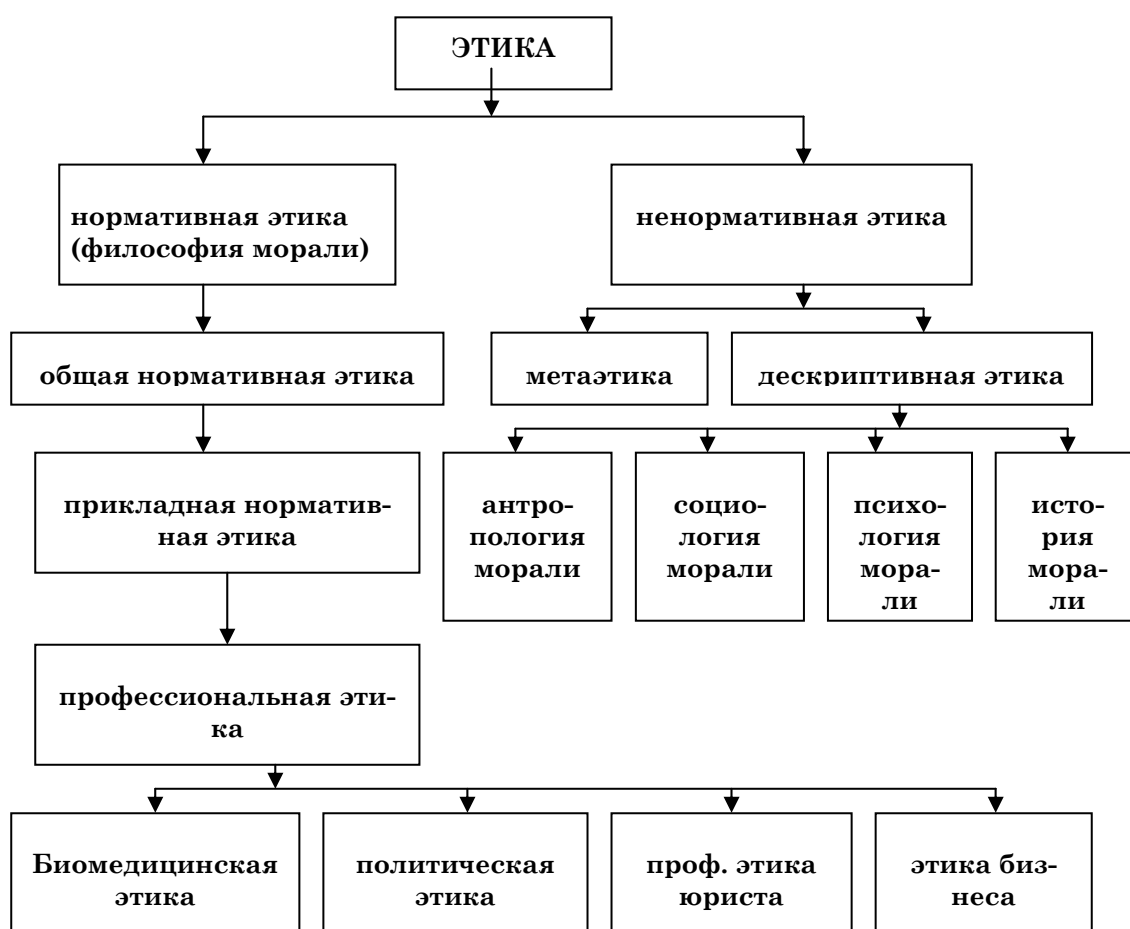
б) Биомедицинская этика – раздел прикладной нормативной этики.

В свете только что проведённых различий, представляется возможным теперь *определить биомедицинскую этику как один из разделов прикладной нормативной этики. Биомедицинская этика конкретно имеет дело с мо-*

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. *ральными принципами и решениями в контексте медицинской практики, политики и проведения биомедицинского исследования.*

Ясно, поскольку возникают этические проблемы, связанные с другими аспектами жизни, то существуют и другие разделы прикладной этики. Здесь важно иметь в виду, что во всех разделах прикладной этики дискутируемые частные вопросы являются нормативными по своей сути. Эта частная практика правильная или неправильная? Она в моральном отношении оправдана? В прикладной этике значение имеет не установление того, какие моральные взгляды люди практикуют фактически. Это вопрос дескриптивной этики. В прикладной этике, как и в общей нормативной, интерес состоит единственно в том, чтобы установить, какие моральные взгляды люди должны иметь.

Место биомедицинской этики в общей системе этического знания можно графически представить в виде следующей схемы:



Как правило, в биомедицинской этике поднимаются следующие вопросы. Имеет ли врач моральное обязательство сообщить смертельно больному пациенту о том, что он умирает? Являются ли нарушения медицинской конфиденциальности когда-либо морально оправданными? Оправдано ли в моральном отношении проведение аборт? Оправдана ли морально эвтаназия? Подобные нормативные этические вопросы затрагивают моральность определенных практик.

Другие проблемы в биомедицинской этике фокусируют внимание на этическом оправдании законов. Так, одно дело решать вопрос о том, являются

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ли суициды в этическом отношении оправданными, а совсем другое – обсуждать приемлемость закона, санкционирующего такого рода поступки. Оправдано ли со стороны общества принимать законы, которые принуждают личность подвергнуться поддерживающему жизнь медицинскому лечению против его (или её) воли? Находит ли оправдание общество в принятии законов, которые разрешали бы другим помещать личность против его (или её) воли в учреждения для психически больных? Появление подобных вопросов показывает, что биомедицинская этика должна основываться не только на теории общей нормативной этики, но также и на теории социально-политической философии и философии права. Центральный теоретический вопрос в этих дисциплинах касается оправданных ограничений закона. Строго говоря, этику следует понимать шире, как затрагивающую социально-политическую философию и философию права, а биомедицинская этика является разновидностью прикладной нормативной этики.

в) Факторы, обусловившие трансформацию традиционной профессиональной медицинской этики в современную биомедицинскую этику.

Биомедицинская этика не сразу сформировалась как самостоятельная дисциплина, несмотря на то, что многие этические проблемы, входящие в компетенцию биомедицинской этики, имеют исторические корни, в особенности в той мере, в какой они относятся к различным кодексам медицинской этики. И лишь приблизительно с 1970 года стали очевидными разнообразные признаки её, как относительно автономной дисциплины.

Таким образом, биомедицинская этика (или биоэтика) – сравнительно новая дисциплина. Согласно девятому изданию Словаря Уэбстера для студентов колледжа, термин «биоэтика» (термин «биомедицинская этика» позже) вошел в употребление в 1971 году. Точнее, впервые понятие биоэтики (и сам термин) как науки о выживании и улучшении условий жизни было предложено Поттером⁶¹ в 1971 году.

До 1970 года такой официально признанной дисциплины, как профессиональная медицинская этика, не существовало. Поэтому систематическая работа в области биомедицинской этики представляет собой сравнительно недавний феномен, несмотря на десятилетия, а в некоторых случаях столетия, дебатов философов и теологов. «Первый тип профессиональной этики (т. е. профессионально сформулированная этика) обнаруживается в этических кодексах, провозглашаемых профессиональной группой».⁶² Внутри медицинской профессии наиболее влиятельная рефлексия над моральными проблемами развивалась благодаря формальным кодексам медицинской и сестринской этики, этических кодексов медико-биологических исследований и док-

⁶¹ Potter V. R. Bioethics: Bridge to the future. - New Jersey, 1971.

⁶² Garrett Th. M., Baillie H. W., Garrett R. M. Health care ethics; Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall, 1993. - P. 16.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ладах финансируемых правительством комиссий.⁶³ Моральный кодекс врача содержал, например, не только этические принципы, но и известные правила этикета: запрещал врачу заниматься саморекламой и брать чрезмерно высокие гонорары за свои услуги, требовал, чтобы врачи лечили своих Коллег бесплатно, не позволял в присутствии больного возражать коллеге против поставленного им диагноза или выбора метода лечения. Как видно, философам здесь было нечего делать. Однако медицина претерпевала радикальные изменения, что совпало с существенными сдвигами в самом обществе.

Почему так случилось, что биомедицинская этика сложилась как мощная и весьма влиятельная дисциплина лишь в последнее время, если, как выясняется, много проблем, входящих в её сферу, не являются исторически беспрецедентными? Несколько социо-культурных событий лежат в основе современного беспрецедентного возвышения биомедицинской этики.

Во-первых, внушающий страх прогресс биомедицинских исследований в той мере, в какой им сопутствует развитие биомедицинской технологии. Современные биомедицинские исследования являются ответственными не только за создание исторически беспрецедентных этических проблем, но и за придание нового размаха старым проблемам, что придаёт их решению безотлагательный характер. Некоторые новации (например, связанные с репродуктивными технологиями, такие как оплодотворение *in vitro* и клонирование) высвечивают нам этические проблемы, которые являются подлинно беспрецедентными. Однако чаще всего прогресс биомедицинских исследований просто добавил сложность и запутанность старым проблемам и вызвал чувство крайней необходимости их решения. Эвтаназия не является новой проблемой, однако наша способность спасать жизни чрезвычайно дефективных новорождённых, которые обычно умирали в прошлом (достижения в неонатологии дали возможность спасать жизни, родившихся с тяжёлыми дефектами детей, хотя их нередко ожидало горькое и весьма незавидное будущее), и наше умение поддерживать биологические процессы пациентам, находящимся в необратимом коматозном состоянии, придали ей новый размах и, несомненно, новую безотлагательность. Аборт также не является новой проблемой, но развитие различных методов пренатальной диагностики создали новые перспективы генетическим абортам. Так, в середине 60-х годов впервые был применён амниоцентез для внутриутробного определения аномалий плода, что позволило поставить пренатальный диагноз, хотя аборты обычно не разрешались, т. к. аборт был узаконен в США в 1973, а в Западной Европе с конца 60-х годов.

Новые технологические возможности поднимают всевозможные вопросы, с которыми никогда не приходилось сталкиваться в прошлом. Сейчас имеется много больше того, что может быть сделано для пациента (или пациенту), чем могло быть сделано когда-либо раньше. «Одно время вопрос «Что следует сделать» мог быть более или менее эквивалентным вопросу «Что можно

⁶³ См.: Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. - 3d, ed. - N. Y. etc.: Oxford univ. press, 1989. - P. 10.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. сделать». Так или иначе, это было верно в прошлом и, очевидно, это неверно теперь.⁶⁴

Кроме того, многие успехи биомедицинских исследований в наши дни, как стало очевидным в соответствующих технологических новациях, обращают внимание на ценность систематических биомедицинских исследований на разумных объектах и, следовательно, вызывают пересмотр этических ограничений в отношении проведения исследований на человеке.

Во-вторых, медицинская практика всё в большей степени осложнилась институциональным окружением. Наряду с прогрессом биомедицинских исследований, медицинская практика, в значительной степени осложнённая институциональными связями, является в значительной мере ответственной за современный рост значимости биомедицинской этики. В прошлом, медицинская практика в большей степени ограничивалась рамками взаимоотношений врача и пациента. В настоящее время, однако, в предоставлении медицинских услуг больницами и другими медицинскими учреждениями внутренне переплетаются как врачи, так и другой медицинский персонал. Это ведёт, помимо всего прочего, к обезличиванию процесса оказания медицинской помощи. Усиливаясь растущей специализацией представления помощи, когда больного лечат несколько специалистов, каждый из которых не видит в пациенте целостную личность, этот процесс остро поставил проблему ответственности профессионалов здравоохранения перед пациентом и обществом.

В-третьих, обострилась проблема справедливого распределения ограниченных ресурсов здравоохранения. В последние десятилетия экономика породила силы, влияющие на биомедицинскую этику. Если в 60-х и 70-х годах здравоохранение было принято рассматривать как право, то уже в 80-е и 90-е годы оно стало пониматься уже скорее как предмет потребления, покупаемый на рынке. Растущие расходы на здравоохранение, растущая их доля в валовом национальном продукте и повышение затрат на различные государственные программы вызвали к жизни ряд мер, направленный на сдерживание расходов. Стали поощрять медицину, ориентированную на прибыль, конкуренцию между поставщиками медицинских услуг, рекламу и отношение к врачу как к «привратнику», призванному ограничивать использование медицинской помощи, на что ещё совсем недавно смотрели с неодобрением.

Другой аспект проблемы – *необходимость рационализации и этической обоснованности использования ресурсов.* Возьмем такой пример. В настоящее время медицина способна с помощью аппаратов для проведения искусственной вентиляции и других жизнеобеспечивающих механизмов оставлять людей живыми в ситуациях, в которых многое ставит под вопрос уместность (правильность) таких действий. Если кто-то находится в необратимом коматозном состоянии, мы, может быть, можем сохранить его живым. Но должны ли мы использовать скудные ресурсы, чтобы поступать таким образом, есть,

⁶⁴ Thomas J. E., Waluchow W. J. well and good: Case studies in biomedical ethics. - Rev. ed. - Peterborough (Ontario); Lewiaton (N. Y.): Broadview press, 1990. - P. I.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. в общем, другой вопрос.⁶⁵ Этот пример высвечивает важную роль биомедицинской этики в практике медицины.

Кроме того, общественностью всё больше и больше осознаются проблемы социальной справедливости. Возьмём, к примеру, появление такого эффективного метода борьбы с почечной недостаточностью – гемодиализа, который сопровождался нехваткой аппаратов «искусственная почка» на всех больных. Когда выяснилось, в Сиэтле, штат Вашингтон (США), для отбора больных для лечения методом гемодиализа был образован комитет, который опирался на сомнительные критерии социальной ценности человека (отдавалось предпочтение семейным перед одинокими, видным гражданам перед проститутками, мужчинам перед женщинами), возникли продолжающиеся до сих пор дебаты о распределении, имеющихся в недостаточном количестве ресурсов.

г) Основные аспекты биомедицинской этики как междисциплинарной области.

Биомедицинская этика является междисциплинарной областью, а потому некоторое объяснение её междисциплинарного характера представляется полезным.

(1) *Существует аспект, в котором биомедицинская этика является междисциплинарной внутри самой философии.* Мы имеем тот неоспоримый факт, что она применяет теории социально-политической философии и философии права, а также те этические теории, которые мы подробно рассмотрим в 3 главе.

(2) *Существует также аспект, в котором биомедицинская этика является междисциплинарной в более точном значении слова, потому что к обсуждаемым проблемам часто подходят не только с преимущественной точки зрения моральной философии, но также с преимущественной точки зрения моральной теологии.* В то время как философский анализ протекает исключительно на основе разума, теологический анализ происходит на основе (религиозной) веры в пределах «богооткровенной истины».

(3) Существует ещё и третий аспект, в котором, как полагают, биомедицинская этика является междисциплинарной. В этом наиболее бросающемся в глаза аспекте *биомедицинская этика является междисциплинарной, поскольку непременно требует данные из области медицины и биологии.* Она также использует (там, где это относится к делу) эмпирические данные социальных наук. Однако именно медицинские и биологические факты составляют существенную часть эмпирического материала этической оценки в биомедицинской этике. Кроме того, крайне важно осознать, что непосредственный опыт медицинского персонала и исследователей, является зачастую существенным, чтобы обеспечить этическим дискуссиям сохранение устойчи-

⁶⁵ См.: Thomas J. E., Waluchow W. J. Well and good: Case studies in biomedical ethics. – Rev. ed. – Lewiaton (N. Y.) etc.: Broadview press, 1990. – P. I.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. вой связи с конкретными реальностями, которые пронизывают медицинскую практику и проведение биомедицинского исследования.

Хотя в основном проблемы биомедицинской этики являются нормативными, они зачастую переплетаются как с концептуальными, так и с фактуальными (т. е. эмпирическими) проблемами. Например, предположим мы касаемся вопроса этической приемлемости вмешательства с целью предотвращения совершения человеком суицида. Наш основной интерес касается нормативного вопроса. Однако, одновременно, мы должны также обратиться и к проблеме объяснения природы суицида, то есть концептуальной проблемы. Возьмем, к примеру, конкретный случай. Если член секты «Свидетели Иеговы» отказывается от переливания крови по жизненным показаниям на основании религиозного принципа, то следует ли квалифицировать как суицид, проистекающую из этого поступка смерть? В дополнение к возникшим концептуальным затруднениям, мы сталкиваемся также с важным фактуальным вопросом: Желают ли в действительности умереть те, кто делает попытки покончить с собой? Возможно психологи и социологи могут сообщить нам нечто важное на этот счёт. В конечном итоге, мы, конечно, хотели бы применить относящиеся к делу этические принципы к проблеме этической приемлемости вмешательства, с целью предотвращения совершения личностью суицида. Однако этические принципы применяют в свете понятийных структур и фактических убеждений.

В случае некоторых проблем в биомедицинской этике, лежащие в их основе фактуальные проблемы особенно бросаются в глаза. Например, поднимая нормативный вопрос «Допустимо ли в моральном отношении когда-нибудь использовать детей в качестве объектов биомедицинских исследований», представляется важным принять во внимание фактуальный вопрос «В какой степени могут совершенствоваться методы терапии детей, в случае отсутствия биомедицинских исследований, использующих детей в качестве своих объектов». Изучение концептуальных проблем становится особенно важным в биомедицинской этике, при рассмотрении ряда других нормативных вопросов. Например, едва ли могла бы обсуждаться нормативная проблема «Является ли оправданной в этическом отношении социальная практика принудительной госпитализации душевно больных» без того, чтобы тщательно рассмотреть понятие психического заболевания. Обсуждая нормативный вопрос «Допустима ли в моральном отношении эвтаназия», чтобы привести второй пример, различие между активной и пассивной эвтаназией побуждает нас дать концептуальное пояснение.

д) Институционализация биомедицинской этики.

Биомедицинская этика является не только сферой исследований и дискуссий, но и областью практических решений и действий. «Этические решения теперь уже не принимаются в тишине пациентом, врачом и семьёй. Они стали предметом судебных разбирательств, общественных дискуссий, коллектив-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ного принятия решений и даже законодательных акций».⁶⁶ Происходит интенсивная институционализация биомедицинской этики. Мы обозначим несколько направлений этого процесса для того, чтобы можно было бы представить те социальные функции, которые берёт на себя биомедицинская этика.

(1) Одним из наиболее значительных проявлений деятельности в области биомедицинской этики явилось формирование непрофессиональных групп граждан, состоящих главным образом из бывших пациентов и их семей, которые в некоторых случаях оказывают успешное давление на органы местной и региональной власти своими требованиями.

(2) Возрастает число судебных дел, связанных с различиями моральных взглядов в специфических ситуациях; суды всё чаще и чаще вынуждены разрешать медицинские этические споры. Наиболее широко обсуждаемым примером стало дело Карен Энн Куинлэн 1976 года (с которым мы познакомимся подробно позже). Многие споры возникают из-за того, что врач интерпретирует свои этические обязательства таким образом, что они вступают в конфликт с желаниями пациентов или их семей. Так или иначе, судебные решения отражают изменения в отношении общественного мнения к некоторым фундаментальным проблемам человеческой жизни. Эти тенденции нашли своё выражение в легализации аборт (после решения Верховного Суда в деле «Роу против Уэйда»), в трактовке жизнеподдерживающего лечения (начиная с дела Куинлэн) и т. д.

(3) Важным направлением институционализации биомедицинской этики является формирование этических комитетов в больницах и других медицинских учреждениях. Такие комитеты уже существуют во многих больницах США. Эта практика начинает распространяться и на другие страны. По своему составу они являются междисциплинарными и межпрофессиональными. Так, в «Справочном пособии для членов больничных этических комитетов» указывается, что общее число членов обычно не превосходит 8-15 человек. Одну треть составляют врачи, одну треть – сестры, оставшую часть – администраторы, юристы и пр. В состав комитета могут входить, и обычно входят, приглашённые со стороны специалисты по биомедицинской этике.⁶⁷ Обычно этические комитеты выполняют три функции: (1) обучение медицинской этике профессионального и непрофессионального штата; (2) формулирование политики больницы по таким этическим проблемам, как предписания по реанимации, приостановка жизнеподдерживающего лечения и т. п. и (3) консультация и советы для тех, кто участвует в вынесении суждений по сложным вопросам клинической этики. Опыт Деятельности комитетов имеет большую ценность, так как повышает восприимчивость врачей и профессиональных медиков к этическим проблемам и полезен в разрешении этических конфликтов и в предотвращении судебных разбирательств.

⁶⁶ Пеллегрин Э. Медицинская этика в США // Человек. - М., 1990. - №2. - С. 52.

⁶⁷ См.: Handbook for Hospital ethics committees / Ross J. W., Bayley C., Michel V., Pugh D. - Chicago Amer. hospital publ., 1986. - Ch. 6.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Так, например, Верховный суд США рассмотрел дело 67-летнего слабоумного больного лейкемией, продление жизни которого на несколько месяцев при химиотерапевтическом лечении было возможно. Однако больной испытывал бы тяжелые страдания из-за побочного действия лекарств.

Верховный суд оговорил, что вопрос о продлении жизни должен решаться независимо от качества этой жизни и возникает только в случае, если больного ждут длительные тяжелые страдания. Каждый такой случай должен разбираться в судебном порядке. Однако на практике необходимость вынесения судебного решения о продлении жизни безнадежных больных означает длительные напрасные страдания для больного и мучительный и дорогостоящий судебный процесс для его семьи. В связи с этим Верховный суд рекомендовал решать подобные вопросы семье совместно с врачом и опекуном больного и обращаться в сомнительных случаях в больничный этический комитет.⁶⁸

(4) Другое направление институционализации биомедицинской этики представлено деятельностью комитетов, советов или комиссий, имеющих доступ к законодательному процессу. В разных странах решения подобных органов обладают разной силой обязательности. Примером может послужить деятельность Президентской комиссии по изучению этических проблем в медицине и биомедицинских и поведенческих исследованиях. Она была учреждена в 1980 году. За три года комиссия опубликовала 11 томов и 9 отчетов по широкому кругу этических проблем, включая такие, как определение смерти, информированное согласие, генетическое обследование и консультирование, поддерживающее жизнь лечение, врачебная тайна и конфиденциальность, доступность медицинской помощи и генетическая инженерия и др. Хотя рекомендации комиссии не имеют силу закона, они установили значительную степень согласия по трудным этическим проблемам.

Другим примером может служить работа во Франции Национального консультативного комитета по этике в науках о жизни и здравоохранении при президенте республики. Хотя его рекомендации также не являются обязывающими, их авторитет оказывает влияние на выделение грантов и субсидий. Вслед за Францией аналогичные организации возникли в Дании и Италии. Идет работа по созданию европейского комитета по проблемам этики при Совете Европы.⁶⁹

(5) Возникновение биомедицинской этики (биоэтики) как новой профессии. Биоэтики нанимаются большими больницами или совместно группами больниц для того, чтобы давать этические консультации клиницистам и администраторам. Их включают также в больничные комитеты по этике. Кроме того, они играют важную роль в возникновении новых комитетов, комиссий и публичных органов, изучающих взаимоотношения между этикой, законодательством и публичной политикой.

⁶⁸ См.: Value conflicts in health care delivery / Ed. by Gruzalsky B., Nelson C. - Cambridge (Mass.): Ballinger, 1982.

⁶⁹ Медицина и права человека: Пер. с франц. – М.: А/О ИГ "Прогресс", 1992. – С. 15.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

В России разработка проблем биомедицинской этики (биоэтики) ведётся со значительным отставанием. Однако уже сейчас видны направления, по которым круг вопросов, изучаемых биомедицинской этикой, будет входить в нашу жизнь. В последнее время в некоторых ведущих центрах биомедицинской науки предпринимаются попытки создания комитетов или комиссий по биоэтике, идёт работа по созданию общероссийского комитета по биомедицинским исследованиям, подчинённого Президенту России, «Закон об охране здоровья граждан Российской Федерации» предполагает создание этических комитетов (комиссий) при органах представительной власти.⁷⁰

⁷⁰ Юдин Б. Г. Социальная институционализация биоэтики // Биоэтика: проблемы и перспективы. – М.: РАН. Ин-т философии, 1992. – С. 121.

ГЛАВА III. ОСНОВНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ.

Современная медицина сталкивается с множеством сложнейших моральных проблем. Многие считают, что эти проблемы неразрешимы. Однако подобные мнения не имеют под собой оснований, так как большинство сложных моральных проблем медицины и проведения биомедицинского исследования имеет принципиальное решение.

Этика, или моральная философия, непосредственно имеет дело с принципами, которые позволяют нам решать, что есть добро и зло (что является морально правильным и морально неправильным). Биомедицинская этика конкретно имеет дело с моральными принципами и решениями в контексте медицинской практики, политики и биомедицинского исследования. Моральные разногласия, связанные с медициной, являются столь сложными и важными, что они требуют специального изучения. Биомедицинская этика и призвана уделять подобающее им внимание, однако она остаётся при этом частью этической дисциплины. Так, если мы должны ответить на вопрос, имеются ли какие-нибудь правила или принципы, которые можно было бы использовать, принимая моральное решение, мы должны обратиться к общим этическим теориям и, кроме того, обсудить моральные принципы, на которые намереваемся ориентироваться в любом контексте человеческого поведения. Этическая теория, которую можно рассматривать как теорию этических обязательств, призвана снабдить нас системой отсчёта, обратившись к которой «каждый человек может по любому определенному случаю правильно определить, какие поступки ему следует (или не следует) совершать», ⁷¹ в особенности в тех ситуациях, когда принятие этически правильного решения представляется ему затруднительным.

Этические теории пытаются сформулировать и оправдать принципы, которые можно применить как руководящие принципы для принятия моральных решений и как стандарты оценки индивидуальных поступков и социальных политик. Фактически, такие теории определяют, что значит действовать морально, и, таким образом, обуславливают в общем виде наши моральные обязательства, или обязанности, которые возлагаются на нас.

Этические теории предлагают также определенные средства для объяснения и обоснования наших поступков. Если наши действия руководствуются

⁷¹ Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th. A., Zembaty J. S. - 2d ed. - N. Y. etc., 1986. - P. 4.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. определённой теорией, тогда мы можем объяснить их, наглядно показывая, что принципы этой теории требовали от нас поступать так, как мы поступали. В таких случаях, это объяснение составляет также и обоснование. Мы оправдываем наши действия, показывая, что мы имели обязанность делать то, что мы сделали, именно согласно теории. (В некоторых случаях, мы можем обосновать наши поступки, показав, что наши действия разрешила теория; то есть не требовала от нас непосредственно, а просто не исключала их как ложные).

Сторонники определённой этической теории предъявляют в её поддержку хорошие, на их взгляд, основания и релевантные доказательства. Их главная задача показать, что их теория является теорией, которую каждый разумный человек найдёт убедительной или одобрит её как корректную. Соответственно, апелляции к религии, вере или сверхъестественным факторам не считаются также корректным или легитимным обоснованием этой теории. Рациональное убеждение единственно принимается во внимание в качестве основы обоснования.

В этой главе мы кратко обсудим четыре общепринятые этические теории и одну теорию справедливости, которая имеет существенный этический компонент. В каждом случае, мы начнём с рассмотрения основных принципов теории и предлагаемых оснований для её принятия. Затем мы выясним некоторые возможности применения теории к проблемам, которые появляются в медицинском контексте. В заключении мы коснёмся некоторых практических следствий и концептуальных трудностей, которые порождают вопросы адекватности и корректности теории.

3. 1. УТИЛИТАРИЗМ.

Утилитаризм является привычным термином, но его популярное употребление может приводить в смущение и вводить в заблуждение. Говорят, например, это теория о том, что «цель оправдывает средства», и что «мы должны содействовать наибольшему благу наибольшего числа людей». Так как английское слово *utility* может иметь значение «пригодности» («полезности»), теорию могут иногда характеризовать в том смысле, что «морально правильное есть то, что наиболее полезно». В некоторых отношениях, каждая из этих популярных характеристик является правильной, но утилитаризм является значительно более сложной и благородной теорией, чем это внушает подобные расхожие толкования. Последнее обстоятельство делает для нас понятным, почему многие проблемы биомедицинской этики рассматриваются и решаются сегодня с позиций утилитаризма в различных его разновидностях.

Утилитаризм – *этическая теория, согласно которой правильным в моральном отношении поступком является действие, вызывающее наибольшее*

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. *возможное благо*. Согласно Джону Ролзу⁷² в этике имеется две основные концепции – это концепция правильности и концепция блага. Концепция морально ценного человека выводится из них. Структура этической теории, по большей части, зависит от того, как в теории определяются и увязываются два эти понятия. Для утилитаризма, как телеологической теории, благо определяется независимо от правильности, и тогда правильность определяется как то, что максимизирует благо. В противоположность этому приоритет правильности является центральной особенностью этики Канта⁷³ (как деонтологической теории). Итак, в утилитаризме благо определяется независимо от правильности. Это означает, что эта теория рассматривает наши обдуманные суждения по поводу того, какие вещи представляют благо (наши оценочные суждения) в качестве отдельного класса суждений, интуитивно отмеченных здравым смыслом, и далее выдвигает гипотезу, что правильность – это максимизация уже известного блага.

В соответствии с этим; *«утилитаристские теории можно различать, во-первых, по тому, что они считают благом (теории ценностей) и, во-вторых, по их определённым стратегиям максимизации блага»*.⁷⁴ Но все версии утилитаризма имеют общую характерную черту, обуславливать, в конечном счёте, моральную правильность всецело с точки зрения последствий поступка, противопоставленных тому, каков он поступок сам по себе (например, ложь) или каковы характер или намерение субъекта действия.

В рамках утилитаризма наиболее известными являются *три теории ценностей*, **(1) Гедонизм**, отстаиваемый классиками утилитаризма Бентамом и Миллем, *есть взгляд, в соответствии с которым благом является удовольствие и отсутствие страдания, или счастье*. Эта теория принимает во внимание удовольствия всех типов, включая утончённые удовольствия, подобно тем, что сопровождают чтение великой литературы, осуществление благотворительных поступков и дружбу.

(2) Альтернативный взгляд, **плюрализм**, *считает, что благо состоит из нескольких видов по природе ценных вещей*, хотя различные теоретики имеют разные списки. Среди часто включаемых классов ценных вещей присутствуют дружба, красота, знание, любовь и, как предлагают в медицине, здоровье.

(3) Другой альтернативой является **утилитаризм предпочтения**, *который просто требует одного: максимизировать удовлетворение актуальных предпочтений или желаний индивидуальных лиц, какими бы они ни были*. Этот взгляд иногда играет значительную роль в процессе выработки политики здравоохранения или в дебатах о справедливом распределении ограниченных ресурсов.

Существует *два основных подхода к максимизации блага*. **(1) Утилитаризм действия** применяет идею максимизации блага к индивидуальным действиям в индивидуальных обстоятельствах. Так, дерматолог мог бы взвесить психологические выгоды косметической операции для индивидуального

⁷²⁷² Rawls J. A theory of justice. - Oxford etc.: Oxford univ. press, 1973. - Ch. 1, §5.

⁷³ Кант И. Критика практического разума. - Соч., М.: Мысль, 1965, т. 4, кн. 1, ч. 1, Гл. 2.

⁷⁴ DeGrazia David. Ethics in Medicine. In: Behavioral science, 2nd ed. - p. 222.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. пациента, вопреки бремени больших финансовых расходов и травмы от перенесения операции.

(2) Утилитаризм правила *полагает, что мы должны применять идею максимизации блага к общим практикам, а не к индивидуальным действиям.* Так, мы не спрашиваем «Максимизируются ли полезные последствия, если позволить умереть этому младенцу с множеством тяжелых врожденных пороков?», а спрашиваем «Максимизируются ли полезные последствия, если иметь практику, которая позволяет при определенных обстоятельствах умирать таким младенцам?». Рассмотрим перечисленные выше подходы подробнее.

Этическая теория, известная как утилитаризм, получила свою имеющую наиболее решающее влияние формулировку в XIX столетии благодаря британским философам **Джеремии Бентаму** (1748-1832) и **Джону Стюарту Миллю** (1806-1873). Бентам и Милль не выработали идентичных теорий, но обе их версии пришли к тому, что характеризуют как «классический утилитаризм». Последующие тщательные разработки и модификации утилитаризма неизбежно основываются на формулировках Бентама и Милля, так что их теории заслуживают внимательного изучения.

а) Принцип полезности.

Основанием утилитаризма является единственный и очевидно простой принцип. Милль называет его, «**принципом полезности**» и формулирует следующим образом: *«Поступки являются правильными (хорошими) соответственно, когда они имеют тенденцию содействовать счастью, неправильными (дурными), когда они имеют тенденцию приносить противоположное счастье».*⁷⁵ Под словом «счастье» он подразумевает удовольствие и отсутствие страдания; под словом «несчастье» – страдание и лишение удовольствия. Милль утверждает, что «только удовольствие и отсутствие страдания желательны сами по себе, как цель, а что всё прочее желательное... желательно или потому, что включает в себе удовольствие, или потому, что составляет средство для получения удовольствия и устранения страдания».⁷⁶

Этот принцип сосредоточивает внимание на последствиях поступков, а не на некоторой особенности самих действий. «Полезность» поступка определяется величиной приносимого им счастья. Таким образом, не поступок сам по себе является правильным (хорошим) или неправильным (дурным). Не является поступок правильным или неправильным благодаря надеждам, намерениям или прошлым поступкам действующего лица. Единственно одни последствия обладают значимостью. Нарушение обещания, обман, причинение страдания или даже убийство человека при определенных обстоятельствах

⁷⁵ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. Belmont: Wadsworth Publishing, 1992. – P. 3. Вот Другая формулировка "принципа полезности": ".... Те поступки, которые ведут к счастью, - хороши, а те, которые ведут к несчастью, - дурны" (Милль Дж. С. Утилитаризм. – С.–Пб., 1900. - С. 99).

⁷⁶ Милль Дж. С. Утилитаризм. – С. –Пб., 1900. – С. 99.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. могут восприниматься как правильное действие. При других обстоятельствах действие может быть неправильным.

Не следует понимать этот принцип так, что он применим лишь именно к тому действию, которое мы рассматриваем. Напротив, он даёт основу для разновидности *анализа затрат и результатов*, применяя его к ситуациям в целом, в которых взятые отдельно разные направления поступка возможны. Применяя данный принцип, мы обязаны принять во внимание вероятные результаты каждого из возможных вариантов действия. Затем мы должны выбрать такое действие, которое приносит наибольшее благо (счастье) наименьшей ценой (несчастье). Поступок, который мы выбираем, может принести некоторое несчастье, но существует положительный баланс счастья над несчастьем, который данный принцип требует добиваться.

Предположим, например, что некая женщина в крупной больнице находится при смерти: она пребывает в коме, электроэнцефалограмма показывает лишь минимальную мозговую деятельность, для сохранения её дыхания требуется аппарат искусственного дыхания. Другой пациент только что был доставлен в больницу с места автомобильной катастрофы. Его почки сильно повреждены и он нуждается в экстренном трансплантате. Имеется хороший подбор по тканевой совместимости с почками женщины. Правильно ли ускорить её смерть удалением почки?

С точки зрения принципа полезности, вероятно, удаление будет оправданным. Женщина фактически мертва, тогда как мужчина имеет хороший шанс выжить. Правда, хирургическая операция угрожает жизни женщины даже больше. Она может, на самом деле, убить ее. Но взвесив все обстоятельства, трансплантация почки даст, вероятно, больше счастья, чем несчастья. Действительно, это представляется лучшим, чем альтернатива ничего не делать. Так как в таком случае оба пациента, вероятно, должны умереть.

Принцип полезности называют также *«принципом наибольшего счастья» Бентама и Милля*. Резон для такого наименования становится понятным, когда принцип формулируют следующим образом: *«те действия являются правильными, которые приносят наибольшее счастье наибольшему числу людей»*.⁷⁷ Эта вторая формулировка делает явным, что, решая как поступать, необходимо принимать во внимание не только моё счастье или счастье отдельного человека, или группы. Согласно утилитаризму, *каждый человек должен приниматься в расчет ровно настолько, насколько любой другой человек*. То есть, когда мы рассчитываем как нам следует поступить, интерес каждого должен учитываться. Правильное действие тогда будет действием, которое даёт наибольшее счастье для наибольшего числа людей.

Милля, в частности, беспокоило, чтобы утилитаризм не истолковывался софистическим оправданием грубого эгоизма. Он подчёркивает, что, принимая моральное решение, мы должны посмотреть на ситуацию беспристрастно. Мы должны, говорит он, быть *«благожелательным наблюдателем»* и затем действовать таким образом, чтобы вызывать наилучшие результаты для всех заинтересованных лиц. Этот взгляд резюмирован в известном отрывке:

⁷⁷ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. - 4th ed. - Belmont: Wadsworth Publishing, 1992. - P. 3.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. «Счастье, которое принимает вид утилитаристского стандарта того, что является правильным в поведении, есть не собственное счастье агента, а счастье всех заинтересованных лиц. Утилитаризм требует от него быть так же строго беспристрастным, как и незаинтересованным и благожелательным наблюдателем, в отношениях между своим собственным счастьем и счастьем других. В золотом правиле Иисуса из Назарета мы читаем законченный истинный смысл этики полезности. Поступай, как ты желал бы, чтобы поступали с тобой, и возлюби ближнего твоего, как самого себя, составляет идеальное совершенство утилитаристской морали».⁷⁸

Ключевое понятие в обеих формулировках – понятие «счастье». Бентам буквально отождествляет счастье с удовольствием, удовольствием любого вида. Цель этики, следовательно, увеличивать общую сумму удовольствия в мире в наиболее возможном объеме. Чтобы облегчить это, Бентам рекомендует использование «*исчисления удовольствия и страдания*», в котором характеристики удовольствия, такие как интенсивность, продолжительность и количество страдающих людей, измеряются и устанавливаются числовые значения. Для того чтобы определить, какое из нескольких возможных действий является правильным, нам требуется только определить, какое действие получит наивысший численный счёт. Бентам, к сожалению, не сообщает нам, какие единицы использовать или как проводить измерение.

Милль также отождествляет счастье с удовольствием, но он отличается от Бентама в большей степени. В отличие от Бентама, он настаивает, что некоторые удовольствия «выше», чем другие. Так, интеллектуальные удовольствия будут выше, говорит он, чисто чувственных удовольствий. Эта разница в понятии удовольствия может стать важной в медицинском контексте.

И Милль и Бентам рассматривают **счастье как внутреннее благо**. То есть, счастье является чем-то добрым само по себе, или как таковое. Действия, по контрасту, являются добром лишь в той мере, в какой они имеют тенденцию содействовать счастью. Они, следовательно, являются добрыми только опосредованно. Такой взгляд, в соответствии с которым *единственным внутренним благом является удовольствие и отсутствие страдания, или счастье, получил наименование гедонизма*.

Поскольку утилитаризм определяет моральную правильность поступков в терминах их тенденции содействовать наибольшему счастью для наибольшего числа людей, его считают **телеологической этической теорией**. (Термин «*телеологический*» происходит от греческого слова «*telos*», которое имеет значение «*конец, завершение*», или «*конечная цель*»). **Телеологическая этическая теория оценивает моральную правильность действия в терминах внешней цели, или результата, успеха – «общего счастья», или полезности для утилитаризма.**⁷⁹ Тем не менее, утилитаризм является также **консеквентуалистской теорией**, так как лишь результаты, или последствия поступков, являются релевантными соображениями, определяющими их моральную

⁷⁸ Цит. по: Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. - P. 4.

⁷⁹ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. - P. 4.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. *правильность*.⁸⁰ Однако не все телеологические теории являются консеквентуалистскими.

Многие утилитаристы согласны, что в конечном счёте мы должны отдавать предпочтение производству нейтральных по отношению к агенту действия, или *внутренних, ценностей*; таких ценностей, которые не варьируются от человека к человеку. Например, ни подвергаться, ни делать аборт не является внутренне хорошим. Тем не менее, многие люди будут оправдывать аборт как внешне хороший в некоторых обстоятельствах; например, в качестве средства в целях предохранения жизни и здоровья беременной женщины, которые являются внутренними благами. Среди *утилитаристских теорий внутренней ценности* проводят главное различие между *гедонистскими* (их мы обсуждали выше) и *плюралистскими* утилитаристами.

Некоторые более современные формулировки утилитаризма отвергли идею о том, что счастье, безразлично как его определяют, есть единственное внутреннее благо, которому поступки должны содействовать. Критики классического взгляда привели доводы, что перечень вещей, которые мы признаём как ценные сами по себе, следует расширить, включив такие вещи, как знание, красоту, любовь, дружбу, свободу и здоровье. В соответствии с этим *плюралистским взглядом*, применяя принцип полезности, мы должны учитывать полный ряд благ, которым поступок, вероятно, должен содействовать. Таким образом, *хорошее действие есть действие, от которого можно ожидать содействия наибольшей сумме внутренних благ*. В большей части последующего обсуждения мы будем говорить о наибольшем счастье, или пользе, но достаточно легко увидеть, как те же самые цели могут быть достигнуты плюралистской перспективой.

б) Утилитаризм действия и правила.

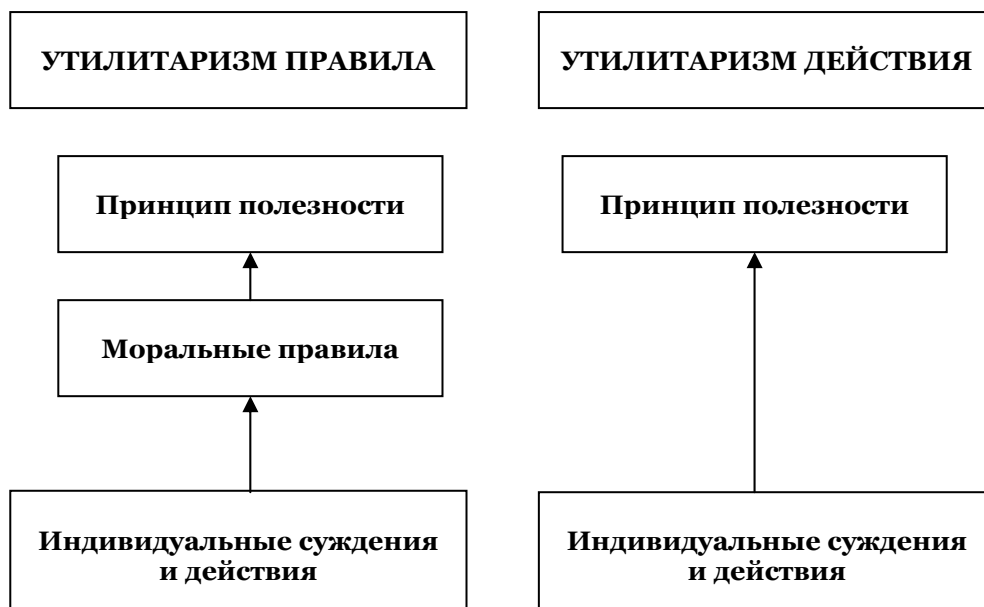
Все утилитаристы принимают принцип полезности в качестве стандарта определения правильности действий. Однако они подразделяются на две группы по вопросу применения данного принципа (в частности, применения идеи максимизации блага).

Утилитаризм действия [act utilitarianism] *считает, что данный принцип следует применять к индивидуальным действиям в индивидуальных обстоятельствах. Утилитаризм правила* [rule utilitarianism] *настаивает на том, что данный принцип следует использовать для тестирования правил, которые можно, в свою очередь, использовать для того, чтобы решать вопрос о правильности индивидуальных поступков*.⁸¹

⁸⁰ Garrett Th. M., Baillie H. W., Garrett R. M. Health care ethics: Principles and problems. - 2nd ed. - Englewood Cliffs (N. Y.): Prentice Hall, 1993. - P. 2.

⁸¹ Различие между утилитаризмом действия и утилитаризмом правила стало заметным лишь в последнее время. См.: Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th. A., Zembaty J. S. - 2d ed. - N. Y. etc., 1986. - P. 12.

Для иллюстрации, каким образом можно различать утилитариста действия и утилитариста правила, используем схему восходящих уровней этического оправдания.⁸²



Согласно данной схеме, *утилитарист правила* оправдывает индивидуальные суждения относительно поступков, апеллируя к правилам, таким, как «не кради», «не лги» и т. п., которые по очереди оправдываются принципом полезности. Утилитарист действия просто перескакивает уровень правил и оправдывает действия, апеллируя прямо к принципу полезности. Обсудим каждый из этих подходов и посмотрим, как они работают на практике.

1) Утилитаризм действия.

Утилитаризм действия полагает, что действие является в моральном отношении правильным, если и только если, нет другого действия, которое могло бы сделать того, что принесло бы большую пользу.⁸³ Основной принцип утилитаризма действия можно сформулировать и по-другому: *моральный субъект должен поступать так, чтобы производить наибольший баланс добра над злом, приняв всех во внимание.*⁸⁴ Эта формулировка подчёркивает противоположность утилитаризма действия *этическому эгоизму*, который предписывает моральной личности поступать всегда так, чтобы производить наибольший баланс добра над злом лишь для себя (т. е. агента действия).

Предположим, что некий младенец родился с серьёзными повреждениями. Этот младенец имеет врождённый расщеплённый позвоночник, серьёзное церебральное

⁸² Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of biomedical ethics. – 3d ed. – N. Y. etc.: Oxford univ. press, 1989. – P. 30.

⁸³ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ad. – Belmont: Wadsworth Publishing, 1992. – P. 5.

⁸⁴ Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th. A., Zembaty J. S. - 2d ed. — N. Y: etc. - - P. 7.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. нарушение и дисфункциональные почки. Что следует делать? (Вопрос о том, кто должен решать, мы пока оставим открытым).

Утилитарист действия придерживается того, что мы должны попытаться определить последствия различных действий, которые открываются нам. Мы должны принять во внимание, например, такие возможности: (1) проводить младенцу лишь ординарную терапию, которая проводилась бы и нормальному младенцу, (2) проводить младенцу специальную для данных проблем терапию, (3) не проводить этому младенцу никакой терапии и, таким образом, позволить ему умереть, (4) умертвить младенца безболезненным способом.

Согласно утилитаризму действия, мы должны выяснить потенциальные последствия каждой из этих возможностей. Мы должны осознать, например, что, когда такому младенцу проводят лишь ординарную терапию, станет ещё хуже, если он выживет, чем если бы ему проводили специальное лечение. К тому же, младенец, которому не проводят лечение и позволяют умереть, должен также, вероятно, больше страдать от боли, чем младенец, которого умертвили летальной инъекцией. Кроме того, младенец, которого лечат инвазивным методом, должен будет подвергаться многочисленным хирургическим процедурам ограниченной эффективности. Мы должны также принять во внимание семью этого младенца и оценить эмоциональные и финансовые последствия, которые каждый из возможных действий будут иметь на них. Затем мы должны принять в расчёт такие вопросы, как «качество жизни» младенца с тяжёлым церебральным нарушением и многочисленными дефектами, воздействие на врачей и медицинских сестер, когда они лишают жизни младенца или позволяют ему умереть, и финансовые издержки для общества, предоставляя длительное лечение.

Учитывая все эти соображения, мы должны затем выбрать такое действие, которое имеет наибольшую полезность. Мы должны действовать таким образом, чтобы приносить наибольшую пользу для всех заинтересованных лиц. Какую из возможностей мы выберём, будет зависеть от определённых особенностей ситуации: как ослаблен такой младенец, как хороши его шансы прожить достойную жизнь, характер и финансовое положение семьи и т. п. Большая сила утилитаризма действия состоит в том, что он побуждает нас рассматривать каждый случай как уникальный. Когда обстоятельства другого случая становятся иными, мы можем, не противореча, выбрать другое из возможных решений.

Утилитаризм действия обнаруживает чувствительность к характерным случаям, но не свободен от трудностей. Некоторые философы указывают, что нет способа, благодаря которому мы можем быть уверены, что сделали правильный выбор действия. Мы уверены, будучи неосведомлёнными о многой относящейся к делу информации. Кроме того, мы не можем знать с большой уверенностью, какими реально будут результаты наших действий. Нет способа удостовериться, например, что даже сильно ослабленный младенец не оправится от болезни достаточно, чтобы прожить более хорошую жизнь, чем мы ему пророчили.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Утилитарист действия может ответить, что действовать морально вовсе не означает быть всезнающим. Нам требуется прилагать разумное усилие, чтобы получить релевантную информацию, и мы можем обычно предсказывать вероятные последствия наших действий. Для того чтобы действовать морально, не требуется чего-то большего.

Другое возражение утилитаризму действия более серьезно. Согласно доктрине, мы обязаны выполнить обещание только в том случае, если его выполнение принесёт больше пользы, чем любое другое действие. Если любое другое действие даст одинаковую полезность, тогда исполнение обещания допустимо, но не обязательно.

Предположим, что хирург обещает пациенту, что только он будет делать операцию, затем разрешает хорошо подготовленному врачу-стажёру выполнить часть этой операции. Допустим, всё идёт хорошо и пациент никогда не откроет, что обещание не было выполнено. Результат для пациента будет тем же самым, как если бы хирург выполнил своё обещание.

С точки зрения утилитаризма действия, нет ничего неправильного в нарушении обещания хирургом. Однако критики возражают, ибо есть что-то в этом неправильное, – что, давая обещание, хирург взял на себя обязательство. Утилитаризм действия неспособен нести ответственность за обязательства, порождаемые такими действиями, как обещание и ручательство, так как такие действия, утверждают критики, предполагают нечто иное, чем последствия.

Третье затруднение утилитаризма действия, которое вызывает возражения, возникает в ситуациях, в которых, по существу, все должны следовать одинаковым правилам, чтобы достичь высокого уровня полезности, но даже большая польза может быть достигнута, если несколько человек не будут следовать этим правилам. Это затруднение можно рассмотреть на примере отношения между врачами и программой "Медикейд" [Medicaid], призванной решать проблему обеспечения малоимущего и беднейшего населения США, опыт функционирования которой актуален для российского общества, так как переход отечественного здравоохранения в условия страховой медицины порождает сходные проблемы. Программа платит врачам за услуги, предоставляемые лицам, кто признан «безусловно нуждающимся», чтобы получить право на программу. Программа потерпит крах, если чуть ли не все врачи не были бы честными, выписывая счета «Медикейд» за свои услуги. Не только пострадает много неимущих людей, но и врачи сами потеряют источник дохода.

Предположим, частный врач убеждён, что требования для получения права на «Медикейд» являются слишком жесткими и ограниченными, так что многие нуждающиеся в срочной медицинской помощи не могут позволить её себе.

Представим утилитариста действия, который рассуждает следующим образом: с его стороны будет правильно получить деньги с целью открытия бесплатной клиники на условиях программы, хотя он намеревается выписывать счета за услуги, которые в действительности им не будут предоставляться, поскольку он будет использовать эти деньги на лечение тех, кто не

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. охватывается «Медикейд». Его притязания, очевидно, будут мало сравнимы со всем бюджетом «Медикейда», так что маловероятно, что кто-то из имеющих право на программу обойдётся без лечения. Кроме того, так как он не будет говорить никому о том, что он делает, другие, вероятно, не должны находиться под влиянием его примера и предъявлять ложные притязания для подобных или менее достойных целей. Деньги, которые ему выплатят, принесут существенное благо тем, кто нуждается в медицинской помощи. Таким образом, приходит он к заключению, нарушая правила программы, его действия принесут больше пользы, чем принесли бы, следуя он этим правилам.

Согласно утилитаризму действия, считают критики, поведение врача было бы в моральном отношении правильным. Однако, утверждает критика, мы предъявляем к действию такое требование, согласно которому морально правильным должно быть лишь такое действие, которое является правильным для всех в подобных обстоятельствах. Если бы каждый врач в «Медикейд» поступал подобным образом, программа была бы парализована и, таким образом, не приносила бы пользы совсем. Кроме того, согласно критике, такое поведение врача порождает несправедливость. По мере того как соответствует действительности, что пациенты, которых он лечит в своей бесплатной клинике, получают благодеяние, которое они не имели бы иным способом, подобные пациенты должны обходиться без лечения. Политика «Медикейд», какими бы ни были её изъяны, является беспристрастной, предоставляя благодеяния всем, кто удовлетворяет её требованиям. Ещё раз, согласно критике, в суждении о моральной ценности поступка, кажется, содержится гораздо больше, чем можно объяснить с помощью утилитаризма действия.

В связи с отмеченными затруднениями, которые испытывает утилитаризм действия, некоторые критики идут так далеко в критицизме, что просто невозможно понять, как общество, в котором были бы все утилитаристами действия, могло бы вообще функционировать. Так, мы не могли бы ни рассчитывать на обещания, ни считать само собой разумеющимся, что люди говорят нам правду. Социальные политики были бы не больше, чем общими руководствами к действию, и мы никогда не могли бы быть уверены, что люди будут считать себя обязанными твердо держаться их условий. Решения, выносимые субъектами относительно каждого отдельного действия, не обязаны, очевидно, ориентироваться на содействие наивысшей степени полезности. Действительно, заявляют некоторые критики, такое общество должно потерпеть крах, так как для коммуникации между индивидами должны существовать трудности (если не невозможность), социальная связь должна быть ослабленной, социальные политики и установления должны будут иметь очень неопределённые результаты.

Критика, конечно, не обязательно во всём права и защитники утилитаризма действия сделали существенные попытки ответить на критические замечания, рассмотренные нами. Некоторые утилитаристы действия отрицают, что их теория имеет такие импликации, и привели доводы, доказывающие, что некоторые из наших общепринятых моральных представлений следует изменить.

2) Утилитаризм правила.

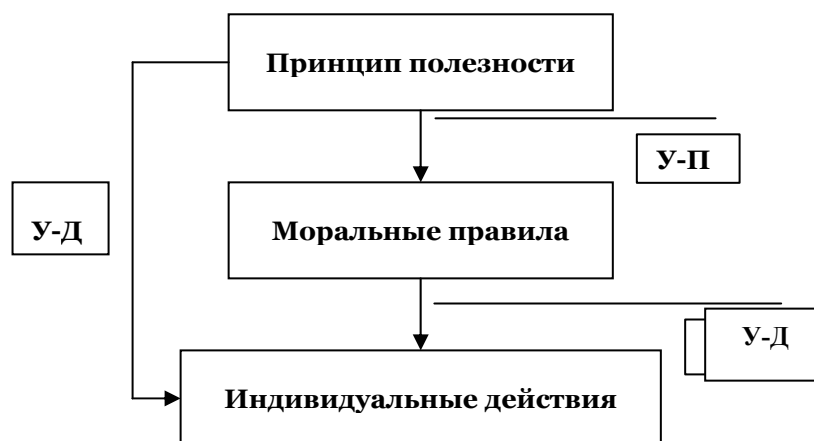
Основной принцип утилитаризма действия выше был сформулирован так: *моральный субъект должен поступать так, чтобы производить наибольший баланс добра над злом, приняв всех во внимание.* По контрасту, *основной принцип утилитаризма правила* можно сформулировать следующим образом: *«Моральный субъект должен поступать в соответствии с правилом, которое, если бы оно повсеместно соблюдалось, производило бы наибольший баланс добра над злом, приняв всех во внимание».*⁸⁵ Основной принцип утилитаризма правила можно сформулировать и по-другому. Утилитаризм правила придерживается того взгляда, что *«некое действие является в моральном отношении правильным, если оно подчиняется некому правилу поведения, которое оправдано принципом полезности как правило, которое даст по меньшей мере столько же пользы, сколько любое другое правило, применимое к этой ситуации».*⁸⁶

Если требование производить наибольший баланс добра над злом, принимая во внимание всех заинтересованных лиц, объясняют принципом полезности, тогда принцип полезности является основным этическим принципом как в утилитаризме действия, так и в утилитаризме правила. Однако определение правильного в моральном отношении поступка в системе утилитаризма действия является вопросом оценки альтернативных действий непосредственно по стандарту полезности, тогда как в системе утилитаризма правила установление правильного в моральном отношении поступка содержит опосредованное обращение к принципу полезности. В духе утилитаризма правила, моральный кодекс устанавливается, в первую очередь, ссылкой на принцип полезности. То есть список обоснованных моральных правил устанавливается определением, какие правила (когда они противопоставлены возможным альтернативам) производили бы наибольший баланс добра над злом, если бы они повсеместно соблюдались. В утилитаризме правила, таким образом, индивидуальные поступки являются в моральном отношении правильными, если они находятся в согласии с этими правилами.

Различие в аргументации между утилитаристами действия и утилитаристами правила схематично можно представить следующим образом:

⁸⁵ Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th. A., Zembaty J. S. – 2d ed. – N. Y. etc., 1986. – P. 13.

⁸⁶ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. – Belmont: Wadsworth Publishing, 1992. – P. 7.



У-Д – утилитаризм действия; У-П – утилитаризм правила.

Для большей ясности, обратимся к нашему более раннему примеру:

Предположим, что некий младенец родился с серьезными повреждениями. Этот младенец имеет врожденный расщепленный позвоночник, серьезное церебральное нарушение и дисфункциональные почки. Что следует делать?

Некое правило, как, например, «Новорожденным, имеющим серьезное церебральное нарушение и множественные повреждения, предоставляйте только ординарную помощь», если оно обосновано, должно позволять нам определять линию поведения, чтобы следовать ей в ситуациях, подобным ситуации из нашего примера. Утилитарист правила занимается оценкой полезности не индивидуальных действий, а отдельных правил. Тогда, на практике мы не должны проходить через предполагаемые калькуляции, определяя в каждом случае, будет ли увеличивать пользу отдельное действие. Всё, что мы должны установить, так это то, что следование определённому правилу будет, в общем, приводить к ситуации, в которой максимизируется полезность. Как только правила обосновываются, на них можно полагаться, определяя, является ли индивидуальный поступок в моральном отношении правильным.

За утилитаризмом правила остаётся основная идея, что наличие набора правил, которые всегда соблюдаются, принесёт наибольшую социальную пользу. Принуждение к тому, чтобы все соблюдали одинаковые правила в каждом случае того же самого рода, даст больше пользы, в конечном счете, всем. Утилитарист действия может согласиться с тем, что наличие правил принесёт больше социальной пользы, чем отсутствие таковых. Но утилитарист действия настаивает на том, чтобы правила рассматривались как не более чем общие руководства к действию, как «эмпирические правила». Для него, таким образом, нарушение правила вполне легитимизируется в том случае, если поступающий так будет максимизировать пользу. Утилитарист правила, в противоположность, считает, что правила вообще должны соблюдаться; хотя бы их соблюдение могло бы давать в отдельном случае меньше конечной пользы (больше несчастья, чем счастья).

Как быть, если (обратимся ещё к одному рассмотренному выше примеру), предположим, хирург обещает пациенту, что только он будет делать операцию, затем разрешает хорошо подготовленному врачу-стажёру выполнить часть этой

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. операции. Допустим, всё идёт хорошо и пациент никогда не откроет, что обещание не было выполнено. Результат для пациента будет тем же самым, как если бы хирург выполнил своё обещание.

Утилитарист правила может одобрить правила, подобные правилу «Выполняйте ваши обещания». Так, в противоположность утилитаристу действия утилитарист правила может объяснять общий смысл такого правила тем, что давая обещания, мы связываем себя обязательством, от которого не можем отказаться ради возрастающей полезности. Если «Выполняйте ваши обещания» принимаются в качестве правила, тогда хирург, который не позаботился выполнить всю операцию самостоятельно, в то время как он обещал своему пациенту, что он поступит таким образом, не сделал того, что следовало бы сделать, даже если пациент никогда не узнает правду.

Утилитаристы правила признают, что могут возникать обстоятельства, в которых будет губительно соблюдать общее правило, даже когда верно, что вообще наибольшее счастье следует из соблюдения правила всё время. Ясно, мы не обязаны выполнить обещание встретиться с кем-то за обедом, когда мы должны сделать выбор между тем, чтобы выполнить обещание или быстро доставить жертву сердечного приступа в больницу. Вполне согласуется с теорией так формулировать правила, чтобы оно включало соответствующие пункты, освобождающие от обязательств. Например, *«Выполняйте ваши обещания, если их нарушение не требуется для спасения жизни»* и *«Выполняйте ваши обещания, если их выполнение не приведёт к губительному результату, непредвиденному в то время, когда вы это обещание давали»* – правила, которые утилитарист правила мог бы рассматривать как более вероятно приводящие к большей пользе, чем правило «Всегда выполняйте ваши обещания, неважно какие могут быть последствия». Какое правило утилитарист правила не может одобрить, так это правило, подобное правилу *«Выполняйте ваши обещания, за исключением обстоятельств, когда нарушение обещания даст больше пользы»*. Так как последнее, в сущности, превратит утилитариста правила в утилитариста действия.

Утилитаристы правила, конечно, берут обязательство подтверждать не только общие правила. Вполне совместимо с этим взглядом предлагать сугубо специальные правила и, фактически, нет ограничения как раз в том, каким некое специальное правило может быть. Утилитарист правила мог бы, например, установить правило, подобное правилу «Если младенец родился с врождённым расщеплённым позвоночником, сильным церебральным нарушением и дисфункциональными почками, в этом случае такому младенцу не следует проводить поддерживающую жизнь терапию».

Возможность формулировать большое количество правил и обосновывать их в отдельности, делает эту основную версию утилитаризма правила *уязвимой со стороны двух затруднений*. Во-первых, некоторые правила должны, вероятно, противоречить, когда они применяются к одному и тому же случаю, а основной утилитаризм правила не предлагает способа решения таких противоречий.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Как должен поступить врач, когда он сталкивается и с правилом, подобным правилу указанному выше, и с другим правилом, которое предписывает ему «Предоставлять поддерживающее жизнь лечение всем, кто нуждается в нём»?

Правила, которые проходят испытание на содействие пользе, в то время как они рассматриваются в отдельности, могут выражать противоречивые требования, когда они применяются одновременно. *Другое затруднение* основного утилитаризма правила касается обстоятельства, что установление правил, которые охватывают многие различные обстоятельства и ситуации, приводит к такому избытку правил, что делает, фактически, невозможным на практике применять эти правила для принятия моральных решений.

Отчасти вследствие таких трудностей, утилитаристы правила стали придерживаться подхода установления полезности набора правил или целого морального кодекса. Они предлагают, чтобы мы принимали во внимание полезность целых кодексов, или систем правил, а не оценивали каждое автономно. Дэвид Юм, шотландский философ восемнадцатого столетия, и Ричард Брандт,⁸⁷ современный американский философ, являются сторонниками различных версий рассматриваемой позиции, которую можно назвать *утилитаризмом кодекса моральных правил*.⁸⁸ Согласно этому подходу, моральная правильность или неправильность индивидуальных поступков определяется ссылкой на моральные правила, которые имеют место в общем кодексе или системе правил. Эта система оценивается как целое на основе всех её последствий, а индивидуальные правила оцениваются как часть всего набора правил. Для иллюстрации этой версии утилитаризма правила снова воспользуемся схемой восходящих уровней оправдания.⁸⁹



Этот подход кодекса как целого имеет преимущества перед утилитаризмом обособленного правила. Мы должны, вероятно, быть более способными

⁸⁷ Richard B. Brandt. Toward a Credible Form of Utilitarianism. In: Contemporary Utilitarianism / Ed. by M. Bayles, – Garden City, N. Y., 1968. – Pp. 143-186.

⁸⁸ Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of biomedical ethics. – 3d ed. – N. Y. etc.: Oxford univ. press, 1989. – P. 63.

⁸⁹ Ibid, P. 35.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. максимизировать полезность для всего общества целой системой правил, чем отдельными правилами, которые изолированы от последствий других правил в этой системе. Большинство из нас уже понимает и принимает мораль (а также право) в форме интегрального тела правил, ни одно из которых не находится в изоляции. Такая система, кроме того, может включать правила для разрешения возможных противоречий, но может быть приложено усилие, чтобы сохранить немногочисленные и простые правила с целью минимизировать практическую трудность их применения. Ещё раз, и это для индивидуальных поступков или правил, принцип полезности применяют для определения, какой набор правил, из рассматриваемых различных наборов, следовало бы принять.

В этой более усложненной форме *утилитаризм правила* можно охарактеризовать как *теорию, для которой поступок является в моральном отношении правильным, когда он подчиняется системе правил, в отношении которой было установлено, что она даёт по крайней мере столько же общей пользы, сколько любая другая система.*

Из утилитаристской перспективы только принцип полезности имеет абсолютный статус, поскольку ни моральный поступок не является абсолютно неправильным сам по себе, а следовательно, ни моральное правило в этой системе правил не является непересматриваемым. Приемлемость правила строго зависит от его последствий. Даже правила, направленные против убийства могут пересматриваться или по существу отвергаться.

Утилитарист правила приводит доводы, что мы должны поддерживать правила разрешающие такое убийство, если эти правила максимизируют благо (например, в отношении убийства из самообороны); но утилитарист правила убежден также в том, что должны наличествовать и правила против такого убийства, если эти правила будут максимизировать благо (например, запрещения убийства, превышающее меры самообороны).

Этот утилитаристский подход кажется некоторым отвратительным и жестоким, потому что в теории он будет допускать, по их мнению, радикальные изменения в нашей современной системе моральных правил. Но утилитаристов не убеждает это основанное на традиции возражение. Они указывают на причину, почему мы имеем правила против убийства, которые у нас ныне существуют. Они приводят следующие доводы: в настоящее время мы не допускаем убийство пациентов из милосердия (или по просьбе) вследствие вызываемых такими действиями вредных последствий, которые должны прямо или косвенно причиняться пациентам. Но если бы можно было создать условия, при которых эти вредные последствия вообще не случались, тогда утилитарист не видел бы, в принципе, основания, почему убийство из милосердия (или по просьбе) в случае неизлечимой болезни и неустранимой боли следовало бы запрещать. Такой вывод иллюстрирует, почему утилитаристы настаивают на том, что их теория предусматривает быструю реакцию на потребность в социальной перемене.

в) Утилитаризм предпочтения.

Некоторые философы подвергли сомнению идею применения счастья или любой другой внутренней ценности (знания или здоровья, например) в качестве критерия моральной правильности поступка. Понятие внутренней ценности, утверждали они, является слишком неточным, чтобы его использовать в роли практического принципа. Остаётся неясным, как измерить и затем сравнить ценности, как, например, удовольствие, здоровье и знание. Как замечает Аласдер Макинтайр: «Счастье, которое принадлежит исключительно образу жизни монастыря, не является тем же самым счастьем, как счастье, которое принадлежит военному образу жизни. Для разных удовольствий и разных состояний счастья существует в большой степени несоизмеримость».⁹⁰ Кроме того, ничуть не ясно, разделяют ли люди одинаковые ценности; даже если они и разделяют их, то не ясно, вовлекают ли они их в равной степени. Кто-то может ценить знание больше здоровья, тогда как кто-нибудь ещё может ценить физическое удовольствие выше знания или здоровья. В результате не может быть определённой процедуры определения того, какое действие должно, вероятно, давать лучшее последствие для конкретного лица или группы.

Попытка разработать точные методики (такие, как методики теории принятия решений), чтобы помочь решить вопрос о выборе наилучшего действия или социальной политики, склонила некоторых философов заменить соображения *внутренней ценности* соображениями *актуальных предпочтений*. В чём кто-то нуждается, что желает или предпочитает, можно определить, в принципе, объективным способом, прямо спрашивая у конкретного лица. Кроме того, люди часто в состоянии сделать больше простого выражения предпочтения. Временами, они могут располагать свои предпочтения от предпочтения, которое является «наиболее желаемым», до предпочтения, которое является «наименее желаемым». На этом основании, утилитаристы предпочтения утверждают, что возможно разработать масштаб полезности, который измерял бы численно силы индивидуальных или групповых предпочтений и разработать порядок предпочтений.

Такой порядок имеет особое значение в ситуациях, связанных с риском, когда люди стоят перед необходимостью решать, как много риска они желают взять на себя, пытаясь реализовать определённое предпочтение.

Некая молодая женщина с травмой тазобедренного сустава, которая в других отношениях совершенно здоровая, может согласиться на риск, связанный с операцией, надеясь увеличить свои шансы на возвращение многих лет активной жизни. В противоположность предыдущему случаю, женщина преклонного возраста и слабого здоровья может предпочесть избежать операции и принять ограничения, которые травма налагает на её физическую активность. Для этой пожилой женщины риск, связанный с операцией, больше не только вследствие её слабого здоровья, но, если даже операция пройдет успешно, она будет иметь намного меньше лет, чтобы извлекать из этого выгоду.

⁹⁰ MacIntyre A. After virtue: A study in moral theory. – Notre Dame, 1981. – P. 62.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Для контраста, женщина преклонного возраста может установить такую страховую премию на физическую активность, что она готова рискнуть операцией, чтобы улучшить её шансы на приобретение даже несколько больше лет физической активности. Только она может сказать, что является важным для неё и насколько готова она рискнуть, будучи вынужденной принимать решение.

Эти соображения относительно личных предпочтений могут быть выдвинуты и относительно социальных предпочтений. Статистические данные о том, что люди желают и от чего они готовы отказаться, видя их желания уже удовлетворёнными, становятся релевантными в институциональных и законодательных дискуссиях относительно того, какие социальные политики принимать.

Например, решающим вопросом, с которым столкнулось наше общество, является вопрос: желаем ли мы обеспечить всех, по меньшей мере, самым существенным минимумом медицинской помощи, даже если это потребует увеличения налогов или сокращения нашей поддержки других общественных благ, таких как образование и оборона.

Использование удовлетворённости предпочтений в качестве критерия моральной правильности индивидуальных поступков или социальной политики делает возможным измерять в некоторых случаях существенные факторы. Так, вероятность жизни младенцев с отдельными повреждениями при рождении может оцениваться статистически: данная хирургическая процедура имеет определённый коэффициент успеха и определённый коэффициент смертности. Подобным образом отдельная социальная политика имеет определённую финансовую стоимость: политика должна, вероятно, означать потерю других возможных благ и возможностей, если она осуществима.

Теоретически, информация подобного рода должна позволить принимающему рациональное решение вычислить наилучший образ действия для отдельного лица или группы. *«Наилучшим действием будет действие, которое лучше сочетает удовлетворение предпочтений с другими условиями (финансовые издержки и риск, например), которые являются, по крайней мере, минимально приемлемыми».*⁹¹ Используя профессиональный язык теоретиков, эту мысль сформулируем по-другому: *наилучшим поступком является поступок, который максимизирует полезности отдельной личности или группы.*

Утилитаризм, пользующийся предпочтениями, имеет преимущество перед утилитаризмом классической формулировки, предлагая более ясные методы анализа и правила для принятия решения. Он имеет также потенциал для того, чтобы быть более чувствительным к выраженным желаниям конкретных лиц. Тем не менее, утилитаризм предпочтения не свободен от специфических трудностей.

Наиболее в глаза бросается проблема, обусловленная предпочтениями, которые мы должны обычно рассматривать как неприемлемые. Что мы должны сказать о тех, кто предпочитает массовые убийства, жестокое обращение с детьми или муки животных? Ясно, субъективные предпочтения не

⁹¹ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. - P. 10.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. могут трактоваться одинаково и мы должны иметь способ отличать приемлемые предпочтения от неприемлемых. Можно ли это сделать, полагаясь исключительно на принцип полезности, является сомнительным. По мнению некоторых комментаторов, необходим некий другой принцип (или принципы).

3. 2. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И. КАНТА.

Деонтологическая этика, которая ведёт происхождение своего названия от греческого слова «deon», имеющего значение «долг», смотрит на обязанности для того, чтобы определить, что является *этичным*. Эта теория отвечает на вопрос «Что я должен делать?» специальным указанием моих обязанностей или моральных обязательств.⁹²

Для утилитаризма, правильность действия зависит от его последствий. В противоположность утилитаризму и другим консеквентуалистским теориям, деонтологическая теория утверждает, что некоторые свойства поступков, кроме, (или вдобавок) их последствий делают поступки правильными или неправильными и что основания права или обязанности не зависят целиком от производства хороших последствий. *Поступки являются правильными или неправильными, с точки зрения деонтологической теории, вследствие определенного типа действия (например, убийства, пытка), а не из-за их последствий.* Имеется много деонтологических теорий и большинство из них принимают, до некоторой степени, последствия в расчёт; но для любой из них оправдание принципов и поступков не является обращением исключительно к последствиям.

а) Общая характеристика деонтологической теории.

К *характерным чертам* деонтологической теории (во всех ее разновидностях) относятся следующие специфические особенности этой теории.

(1) Структура этической теории в большей мере зависит оттого, как в теории определяются и увязываются между собой концепция правильности и концепция блага.⁹³ Будучи телеологической теорией, утилитаризм определяет благо независимо от правильности, а саму правильность определяет как то, что максимизирует благо. В противоположность телеологической, а следовательно утилитаристской, теории *деонтологическая теория не специфицирует благо независимо от правильности и не интерпретирует правильность как максимизацию блага. Первичность правильности над благом в деонтологической теории является центральной особенностью этой тео-*

⁹² Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems / ed. by Thomas A. Shannon. - 4th ed. - Mahwah, New Jersey: Paulist Press, 1993. - Р. 4.

⁹³ Ролз Дж. Теория справедливости. - Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1995. - С. 35.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.
*риш.*⁹⁴ Важно подчеркнуть, что деонтологическую теорию определяют как нетелеологическую теорию, а не как взгляд, который характеризует правильность независимо от последствий, так как все этические теории до некоторой степени учитывают последствия в суждениях о правильности. Просто достижение наибольшего чистого баланса удовлетворения никогда не ставится в деонтологической теории.

(2) Деонтологи убеждены, что *«имеются разные моральные обязательства, некоторые проистекают из особых отношений (например, врача к пациенту, родителя к ребёнку, должника к кредитору)»*,⁹⁵ что утилитаристы игнорируют. Что родитель должен обеспечивать благополучие ребёнка, приводят доводы они, происходит не оттого, что, делая так, он максимизирует общие хорошие последствия, а просто потому что это обязательство составляет часть существования родителя.

(3) Деонтологи считают, что утилитаризм не может по достоинству оценить тот *факт, что прошлые действия могут быть источником настоящих обязательств*.⁹⁶ Они полагают, например, что акт обещания или причинения вреда кому-нибудь сам обязывает выполнять обещание или, соответственно, дать компенсацию; не является основанием такого обязательства обстоятельство, что выполнение обещания или компенсация максимизирует хорошие последствия.

(4) Деонтологи типично (но не всегда) настаивают на *важности в моральном отношении мотивов и характера агента, независимо от последствий поступков этого агента*.⁹⁷ Если хирург всегда тщательно объясняет своим пациентам риски и выгоды хирургической процедуры, а также риски и преимущества альтернативных процедур, но поступает так, потому что желает заслужить похвалу от коллег и избежать исков за злоупотребление доверием, то не имеется в этом намерении ничего, делающий его поступок достойным похвалы.

(5) Весьма общим является для современных деонтологических теорий принимать форму теории прав, согласно которой каждый человек имеет определённые моральные права (например, на жизнь, свободу, некоторый минимальный стандарт благополучия), которые могут не приниматься во внимание утилитаристскими апелляциями к последствиям отдельных поступков.

Наиболее известной из классических деонтологических теорий является теория, разработанная немецким философом Иммануилом Кантом⁹⁸ (1724-1804). Кантианская деонтологическая теория продолжает вызывать большое внимание в современных дискуссиях по этической теории и, что особенно

⁹⁴ Приоритет правильности является центральной особенностью этики И. Канта. См.: Кант И. Критика практического разума. - Соч., М.: Мысль, 1965, т. 4, кн. 1, ч. 1, гл. 2; Кант И. О поговорке "может быть, это и верно в теории, но не годится для практики". - Соч., М.: Мысль, 1965, т. 4, кн. 2.

⁹⁵ DeGrazia David. Ethics In Medicine. In: Behavioral Science. 2nd ed. - Media, Pennsylvania, 1990. - P. 223.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Среди этических сочинений Канта, особое место занимает его кн. «Основы метафизики нравственности» (Сочинения в 6-ти тт. - Т. 4, ч. 1. - М.: Мысль, 1965).

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. важно, составляет основную структуру многочисленной аргументации в биомедицинской этике.

Кант утверждал, что поступок является достойным похвалы, если только его делают не ради своих личных интересов или вследствие его реальных последствий, но из *долга* (то есть *потому что осознают его в качестве морального обязательства*). Во-вторых, он полагал, что *поступок является моральной обязанностью, если только он предусматривается правилом, которое является универсально действующим и поэтому рациональным*. Например, нарушение обязательств является неправильным всегда, потому что если бы все следовали правилу нарушения обещаний, то ни один не принимал бы обещания всерьёз, расстраивая тем самым весь институт выполнения обещаний. Эту мысль можно сформулировать по-другому: *поступок является правильным, когда он находится в соответствии с правилом, которое удовлетворяет принципу, названному Кантом «категорическим императивом»*.⁹⁹ Поскольку это основной принцип этики Канта, целесообразно начать наше обсуждение с него.

б) Категорический императив.

Если некая особа женского пола решается прервать беременность и доводит дело до конца, её поступок можно рассмотреть как действие, предполагающее некое правило. Эту особу можно представить как одобряющую правило следующего содержания: «Всякий раз, когда я нахожусь в обстоятельствах, подобных этому, я буду искусственно прерывать беременность». Кант называет такое правило «максимой». *«Максима есть субъективный принцип [совершения] поступков... Максима, – утверждает Кант, – содержит практическое правило, которое разум определяетсообразно с условиями субъекта (чаще всего с его неведением или же его склонностями), и, следовательно, есть основоположение, согласно которому субъект действует...»*.¹⁰⁰ Все мотивированные поступки, по его мнению, могут рассматриваться как предполагающие максимы.

Максимы в таких случаях являются персональными или субъективными, но их можно рассматривать как настоящие кандидаты на статус моральных правил. Если они проходят испытание, налагаемое категорическим императивом, тогда мы можем сказать, что поступки в согласии с такими максимами являются в моральном отношении правильными. Кроме того, проходя испытание, максимы перестают быть только личными и субъективными. Они приобретают статус объективных правил морали, которые имеют силу для всех.

Кант формулирует **категорический императив** таким образом: *всегда поступай только согласно такой максиме твоей воли, которой ты можешь*

⁹⁹ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. – Belmont: Wadsworth Publishing, 1992. – P. 10.

¹⁰⁰ Кант И. Основы метафизики нравственности // Кант И. Сочинения в 6-ти томах. Т. 4, ч. 1. – М.: Мысль, 1965. – С. 260.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. *пожелать, чтобы она была всеобщим законом.*¹⁰¹ Кант называет принцип «категорическим», чтобы отличить его от «гипотетических» императивов. «Гипотетические» императивы говорят нам, что делать, если мы желаем вызвать определенные последствия, такие как счастье. «Категорический» императив предписывает что мы должны делать, без ссылки к каким-либо последствиям. Этот принцип является «императивом», потому что он есть повеление (принуждение).

Испытание, налагаемое на максимы категорическим императивом, есть испытание обобщённости, или «всеобщности». *Центральная идея испытания состоит в том, что моральная максима есть максима, которую можно обобщить, применяя ко всем случаям того же рода.* То есть вы должны пожелать видеть ваше правило, принятым в качестве максимы всеми, кто находится в ситуации, подобной вашей. Вы должны пожелать увидеть вашу максиму обобщённой, несмотря на то что она может вызывать по некоторому другому поводу действие вам в ущерб. Для максимы, чтобы удовлетворять категорическому императиву, вовсе нет необходимости, чтобы нам было приемлемо видеть её преобразованной во всеобщий закон. Скорее, испытание требует от нас одного, а именно избегать противоречия или конфликта в том, что мы пожелаем в качестве всеобщего правила.

Предположим, например, что я врач и я говорю пациенту, что он имеет серьёзную болезнь, хотя я знаю, что это не так. Это может быть мне непосредственно выгодно, так как лечение и мнимое излечение будет увеличивать мой доход и репутацию. Максима моего поступка может быть сформулирована как «Всякий раз, когда я имею здорового пациента, я буду лгать ему и говорить, что он заболел».

Предположим теперь, что я пытаюсь обобщить (ввести в общее употребление) мою максиму. Поступая так, я обнаружу, что я желаю основать практику, которая имеет противоречивые свойства. Если правило «Всякий раз, когда любой врач имеет здорового пациента, он будет обманывать его и говорить, что он заболел» делают универсальным законом, тогда каждому пациенту будут говорить, что он имеет болезнь. Вера в объявленный врачом диагноз будет разрушена, тогда как моя схема зависит от доверия моих пациентов ко мне и принятия правдивости моего лживого диагноза.

Это, как если бы я говорил «Пусть имеется правило сообщения правды такое, что люди могут допускать, что другие говорят им правду, но пусть имеется также такое правило, что врачи могут лгать своим пациентам, когда делать так в их интересах». В волеии обоих правил я желаю что-то противоречивое. Таким образом, я могу пожелать действовать так в частном случае, но я не могу желать моему поступку быть универсальным без порождения логического противоречия.

Кант утверждает, что такие соображения показывают, что всегда неправильно лгать. Ложь производит противоречие в том, что мы желаем. С одной стороны, мы желаем, чтобы люди верили в то, что мы говорим – чтобы они

¹⁰¹ «Поступай только согласно такой максиме, руководствуясь которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом» (Кант И. Основы метафизики нравственности // Соч., т. 4, ч. 1. – С. 260).

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. принимали наши заверения и обещания. С другой стороны, мы желаем, чтобы люди были свободны давать ложные заверения и давали ложные обещания. Ложь, таким образом, производит саморазрушительную ситуацию, поскольку в тот момент, когда запутанная максима обобщается (вводится в общее употребление), та самая конструкция, принуждаемая ко лжи, разрушается.

Подобным же образом рассмотрим эгоиста, который добивается только личного интереса и, таким образом, делает правило «Всегда преследуй свой собственный интерес и никогда не принимай во внимание интересы других людей» максимой своих поступков. Когда она вводится в общее употребление (обобщается), эта максима имеет своим результатом такую же саморазрушительную ситуацию, какую производит ложь. В самом деле, если эгоист желает максиме своего поступка стать универсальным законом, тогда он лишит себя чего-либо из того, что является его личным интересом, так как эгоист будет временами нуждаться в участии со стороны других людей. Таким образом, желая отмены участия вне личного интереса, он создаёт логическое противоречие в том, что он желает.

в) Другая формулировка категорического императива.

Согласно Канту, имеется только один категорический императив, но он может формулироваться тремя различными способами. Каждый из них предназначен показать различные аспекты принципа. *Вторая формулировка* (а только вторую мы и будем рассматривать) может быть сформулирована следующим образом: *всегда поступай так, чтобы рассматривать человечество, себя или других, при всех обстоятельствах как цель и никогда только как средство.*¹⁰²

Этот вариант иллюстрирует понятие Канта того, что каждое разумное живое существо (человек) имеет достоинство в себе. Это достоинство не предоставляется, будучи прирожденным, в обществе с определенной политической структурой или даже на основании принадлежности к определённым биологическому виду. Достоинство является присущим истинному владению рациональностью. Разумные существа обладают тем, что Кант называет «автономной, устанавливающей законы волей». То есть, они способны принимать во внимание последствия своих поступков, создавать для себя правила и управлять посредством этих предписанных самим себе правил своими поступками. Таким образом, рациональность предоставляет каждому человеку подлинную ценность и достоинство.

Эта формулировка категорического императива, возможно, исключает некоторые из стандартов, которыми временами пользуются для определения способа, каким осуществляют выделение определённых медицинских ресур-

¹⁰² «Практическим императивом, таким образом, будет следующий: поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своём лице, и в лице всякого другого также как к цели и никогда не относился бы к нему только как к средству» (Кант И. Основы метафизики нравственности // Кант И. Критика практического разума. – С. –П.: Наука. 1995. – С. 90; Так же: Соч. в 6-ти тт., Т. 4, ч. 1, – С. 270).

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. сов (таких, как аппараты искусственной почки), когда спрос превышает предложение, те, кто проводит отбор кандидатов на эти ресурсы. Стандарты, которые делают образование, достоинства личности и его социальное положение релевантными, представляются противоречащими этому варианту категорического императива. Они попирают базовое понятие, согласно которому каждый человек имеет неотъемлемую ценность, равную ценности любого другого человека. В противоположность собакам и лошадям, люди не могут оцениваться по экстерьеру.

Вся мораль для Канта, имеет истинный источник в рациональности. Категорический императив, в любой его формулировке, есть выражение рациональности и является принципом, который должен соблюдать на практике любое чисто разумное существо. Моральные правила являются на практике не простыми произвольными соглашениями или субъективными стандартами. Они суть объективные истины, которые имеют свой источник в разумной природе человеческих существ.

г) Долг.

Утилитаризм отождествляет добро (благо) со счастьем, или удовольствием, и делает производство счастья верховным принципом морали. Но для Канта счастье, в лучшем случае, есть условное или определенное благо. С его точки зрения, есть лишь одна вещь, которую можно назвать добром в себе: добрая воля.

Воля – это то, что направляет наши поступки и руководит нашим поведением. Но что делает волю «доброй волей»? Ответ Канта состоит в том, что *воля становится доброй тогда, когда она действует единственно ради долга.*

Мы действуем ради долга тогда, когда мы поступаем согласно максима, которые удовлетворяют категорическому императиву. Это означает затем, что он есть побудительная сила, скрывающаяся за нашими поступками (характер нашей воли), которая определяет их моральную природу. Мораль не покоится на результатах (таких, как производство счастья), а также она не покоится на наших чувствах, влечениях или склонности. Для Канта, поступок является правильным лишь тогда, когда его совершают ради долга.

Допустим, что я принимаю решение передать в дар одну из моих почек для трансплантирования. Если я надеюсь добиться одобрения или похвалы, или если даже я движим состраданием и искренним желанием облегчить страдания, и это является единственным соображением, скрытым за моим поступком, тогда, несмотря на то что я сделал добрый поступок, мой поступок не имеет внутренней моральной ценности. По контрасту, если я передаю в дар, потому что осознаю, что это есть мой долг поступать так, тогда мой поступок является не только добрым, но имеет также моральную ценность, т.е. является в моральном отношении правильным поступком. В первом случае, я мог поступить в соответствии с долгом (делая то же действие, какое требует долг), но я поступил не из долга.

Этот взгляд на долг и его связь с моралью все больше завоёвывает позиции, и мы обычно его интуитивно разделяем.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Рассмотрим поведение медсестры, которая оказывает специализированную помощь тяжело больному пациенту. Допустим, вы узнали, что медсестра предоставляла такое экстраординарное обслуживание только потому, что надеялась, что пациент или его семья отблагодарят её особым вознаграждением. Зная это, очень маловероятно, чтобы вы сказали, что медсестра поступала в моральном отношении выдающимся образом. Мы могли бы даже подумать о медсестре как алчной и циничной, и мы бы скорее сказали, что она сделала в общем-то хороший поступок по неправильным (неморальным) основаниям.

Кант проводит различие между двумя типами моральных обязательств: *совершенные* и *несовершенные моральные обязательства*. (Это различие соответствует двум способам, по которым максимы могут отменять себя, когда они тестируются категорическим императивом). **Совершенный долг** – это моральное обязательство, которое мы должны соблюдать всегда, тогда как **несовершенный долг** составляет моральное обязательство, которое мы должны соблюдать по некоторым основаниям.¹⁰³ Я имею совершенный долг не причинять ущерб другому человеку, но я имею лишь несовершенный долг выказывать любовь и сочувствие. Я должен иногда проявлять это, но когда я выказываю любовь и сочувствие и каких людей я выбираю для этого, зависит только от меня.

Мои моральные обязательства определяют, что могут другие на законном основании требовать от меня в качестве права. Некоторые права могут утверждаться в качестве совершенных прав, в то время как другие не могут. Всякий человек может требовать от меня, чтобы я не вредил. Но никто не может сказать мне, что я должен его полюбить или ему сочувствовать. В принятии решения, каким образом исполнить мои несовершенные моральные обязательства, я свободен следовать моим чувствам и склонностям.

Для утилитаризма, поступок является правильным, когда он производит что-то, что является внутренне ценным (счастье). *Так как поступки оцениваются по их вкладу в достижение цели, утилитаризм является телеологической теорией*. По контрасту, *этика Канта придерживается того, что поступок имеет характерные свойства в себе, которые делают его правильным, или согласным с долгом*. Эти свойства отличаются от последствий поступка. Такая теория называется «**деонтологической**»; термином, который произведен от греческого слова, имеющего значение «долг» или «обязательство».

д) Этика Канта в медицинском контексте.

Четыре характерные черты этики Канта представляют особую важность при рассмотрении проблем, касающихся медицинского лечения и исследования:¹⁰⁴

(1) Неважно, какие могут быть последствия, всегда неправильно лгать.

¹⁰³ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. – 4th ed. – Belmont: Wadworth Publishing, 1992. – P. 13.

¹⁰⁴ См.: Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues In Medical Ethics. – 4th. ed. – Belmont: Wadworth Publishing, 1992. – P. 13.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

(2) Мы всегда должны относиться к людям (включая себя) как к цели и никогда только как к средству.

(3) Поступок является правильным, когда он удовлетворяет категорическому императиву (первая формулировка категорического императива).

(4) Совершенные и несовершенные моральные обязательства дают основание, по которым некоторые притязания на права должны получить признание.

Мы представим лишь два примера, как эти свойства могут быть полезными при решении этических проблем, но они наводят на размышления о других возможностях.

Наше первое применение этики Канта имеет отношение к медицинским исследованиям.

Задача медицинских исследователей была бы легче, если бы они не должны были говорить пациентам, что их собираются сделать частью исследовательской программы. Пациенты тогда становились бы объектами, даже не зная этого, и риск для них чаще всего был бы ничтожным.

Согласно кантианским принципам, эта процедура была бы неправильной, хотя бы она не содержала явную ложь. Она требовала бы относиться к людям лишь как к средству, а не как к цели.

Подобным образом, никогда не будет правильным для экспериментатора вводить в заблуждение потенциального объекта эксперимента. Если экспериментатор сказал пациенту: «Мы хотели бы применить это новое лекарственное средство на вас, потому что оно может помочь вам», а это, в действительности, было не так, экспериментатор сделает неправильный поступок. *Ложь всегда является неправильной.*

И не может экспериментатор оправдать этот обман, говоря себе, что исследование является таким важным, что делает законным лгать пациенту. Согласно принципам Канта, хорошие результаты (последствия) никогда не делают поступок правильным в моральном отношении. Таким образом, пациент должен дать добровольное и информированное согласие, чтобы стать объектом медицинского эксперимента. В противном случае его лишают автономии и относятся к нему только как к средству.

Мы можем выразить желание принять участие, потому что надеемся, что исследование принесёт нам прямую пользу. Но мы можем так же стать добровольцами, хотя бы не могли рассчитывать на прямую личную выгоду. Мы можем посмотреть на участие в исследовании как на благоприятный случай выполнения несовершенного долга, чтобы улучшить человеческое благополучие. Но, точно так же как принципы Канта ставят ограничения исследователям, они ограничивают нас как потенциальных объектов. *Мы имеем долг относиться к себе, как к целям, и действовать так, чтобы сохранять наше достоинство и ценность как человеческих существ.* Следовательно, было бы неправильным для нас выразить желание принять участие в эксперименте, который угрожает нашим жизням или угрожает разрушить нашу способность функционировать как автономные рациональные существа, не убедив себя, прежде всего, что эксперимент был бы законным и необходимым.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Наше второе применение этики Канта в медицинском контексте касается взаимоотношения между людьми как пациентами и теми, кто берет на себя ответственность по оказанию им помощи.

Врач, например, имеет только несовершенный долг признавать меня пациентом. Он имеет долг пользоваться своими практическими знаниями и талантами, чтобы лечить больных, но я не могу законно настаивать на том, чтобы быть бенефициарием. Как он исполняет свой долг, является его решением.

Однако, если я признан пациентом, я могу предъявлять некоторые права. Я могу требовать, чтобы ничего не было сделано, что причинило бы мне бессмысленный вред, потому что никогда не бывает правильным причинять вред человеку. Кроме того, я могу требовать, чтобы мне никогда не лгали или не вводили меня в заблуждение.

Предположим, например, мне дали плацебо (безвредное, но бездействующее вещество) и сказали, что это сильнодействующее и эффективное лекарственное средство. Или, предположим, биопсия показывает, что у меня неоперабельная форма рака, но мой врач говорит мне: «Ничего серьезного с Вами не произошло».

В обоих случаях, врач может полагать, что он обманывает меня «для моего же собственного блага»: плацебо может быть психологически эффективным и заставить меня чувствовать себя лучше, а обман относительно рака может защитить меня от бесполезной тревоги. Однако, вводя меня в заблуждение, у меня отрицается, тем самым, неотъемлемое в моем статусе как разумного существа достоинство. Ложь вообще является неправильной, а в таких случаях, как эти, она также лишает меня моей автономии, моей власти принимать решения и составлять мои собственные мнения. В результате, такой обман дегуманизирует меня.

Как автономное разумное существо, человек имеет право осуществлять контроль над собственным телом. Это означает, что медицинские процедуры на мне могут выполняться только с моего разрешения. Было бы неправильно, например, со стороны моего врача удерживать и вводить мне лекарство, от которого я открыто отказался. Это было бы неправильно даже в том случае, если лекарственная терапия была необходима для моего «собственного блага». Я мог добровольно поручить себя заботам врача и подчиниться всему, что мне говорят, но решение принадлежит мне одному.

Осуществляя контроль над своим телом, я также имею долг к себе.

Предположим, например, я отказываюсь дать разрешение, чтобы была выполнена на мне операция, хотя мне сообщили, что она необходима для сохранения моей жизни.

Так как я имею долг сохранять мою жизнь, как поступает любой человек, мой отказ является в моральном отношении неоправданным. Но даже в этом случае было бы незаконным для других заставлять меня «выполнять мой долг». Фактически, согласно этике Канта, невозможно заставить другого выполнять свой долг, потому что это не поступок, а максима определяет, выполнен или не выполнен мой долг.

Представляется очевидным даже из наших отрывочных примеров, что этика Канта является плодотворным источником принципов и идей для ре-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. шения некоторых специфических моральных разногласий относительно медицинского экспериментирования и практики. Абсолютные требования, возлагаемые категорическим императивом, могут быть источником силы и даже комфорта. По контрасту, утилитаризм требует от нас взвешивать альтернативные образы действий ожидаемыми их последствиями и решать, какое из них можно оправдать этими последствиями. Кантианская этика защищает нас от такого рода сомнений и нерешительности; мы знаем, что мы не должны никогда лгать, неважно, какое благо может получиться из этого. Кроме того, категорический императив Канта лучше обосновывает принцип справедливости, придавая ему вид принципа равной свободы и подчёркивая приоритет прав. Если любая личность должна рассматриваться как цель и никогда только как средство, возможность законной эксплуатации некоторых ради блага других полностью исключается.

е) Трудности, с которыми встречается этика Канта.

Этическая теория Канта представляется сложной и дискуссионной. Она имеет проблемы теоретического характера, которые проявляют себя на практике и ведут нас к сомнению в том, могут ли абсолютные правила, определяемые категорическим императивом, всегда давать нам простое разрешение наших моральных разногласий. Мы ограничимся обсуждением лишь трёх проблем.

Во-первых, *принципы Канта могут давать такие решения случаям, содержащим конфликт моральных обязательств, которые интуитивно представляются неправильными.* Я имею долг выполнять свои обещания и я также имею долг помогать тем, кто в этом нуждается.

Допустим затем, я врач и я обещал коллеге присутствовать на штатном совещании. Как раз перед началом совещания, я разговариваю с пациентом, который впадает в инсулиновую кому. Если я займусь лечением пациента, я должен буду нарушить моё обещание присутствовать на совещании. Что я должен делать?

Ответ представляется очевидным: я должен лечить пациента. Наша моральная интуиция говорит нам это. Но для Канта, выполнение обещания есть совершенный долг, тогда как помогать другим является долгом несовершеннолетним. Это означает тогда, что, согласно кантианским принципам, я должен оставить моего пациента и поспешить, чтобы прийти вовремя на мою встречу. Есть что-то явно неправильное во взгляде, согласно которому никогда не следует нарушать обещание, даже если обещание касается относительно простого дела, а последствия его выполнения губительны.

Другая трудность с категорическим императивом возникает, потому что мы свободны выбирать, как нам формулировать максимы для испытания. По всей вероятности, никто из нас не одобрил бы такую максиму, как: «Лгите, когда вам это удобно». Но что сказать о такой максиме: «Лгите, когда сообщение правды должно, вероятно, причинить вред другому человеку»? Мы должны больше склоняться к тому, чтобы сделать эту максиму универсальным законом. Теперь рассмотрим максиму: «Всякий раз, когда врач имеет убедительную причину верить, что жизни пациента будет серьёзно угрожать,

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. если ему сообщат правду о его состоянии, тогда врач должен солгать». Фактически все должны пожелать видеть эту максиму, преобразованную в универсальный закон.

Однако эти три максимы могли применяться к одинаковой ситуации. Ясно, что мы можем поступать, в сущности, любым образом, который мы выбираем, если мы желаем описать ситуацию в деталях, так как Кант не сообщает нам, как формулировать наши максимы. Мы могли бы желать иметь любой поступок, точно так, как мы склонялись поступить всякий раз, когда они обнаруживают себя в похожей ситуации. Категорический императив тогда, похоже, не разрешает полностью наши моральные проблемы с такой ясностью, какое производил впечатление сначала.

Последняя проблема проистекает из убеждения Канта, что мы имеем моральные обязательства к разумным существам, или личностям. Обычно, у нас небольшое затруднение относительно этого обязательства к личностям. Однако есть обстоятельства, особенно в медицинском контексте, в которых возникают серьезные проблемы. Рассмотрим, например, плод, развивающийся в матке его матери. Должен ли плод считаться личностью? Способ, каким отвечают на этот вопрос, порождает широкое разнообразие в решении о правильности или неправильности аборта.

Похожее затруднение присутствует и тогда, когда мы обсуждаем вопрос о том, как мы должны обращаться с новорожденным, который имеет серьезные врожденные дефекты. Является ли нашим долгом ухаживать за этим новорожденным и делать все от нас зависящее, чтобы сохранить ему жизнь? Если же новорожденный не является личностью, тогда, возможно, мы не обязаны проводить такого рода лечение, обеспечить которое было бы нашим моральным долгом по отношению к пораженному таким же образом зрелому человеку. Из этих двух казусов становится ясно, что понятие личности как автономного разумного существа является и слишком ограниченным и произвольным.

Другое затруднение, связанное с кантианской концепцией разумной личности, представляет понятие об «автономной саморегулирующейся воле». При каких условиях можем мы допускать, что индивидуум обладает такой волей? Ребенок, умственно отсталый человек или человек, отбывающий срок в тюрьме? Без наличия такой воли, с точки зрения Канта, такой индивидуум не может на законном основании дать согласие стать объектом эксперимента или даже дать разрешение на необходимое медицинское лечение. Это понятие очень сильно нуждается в разработке, прежде чем принципам Канта можно доверить решать этические вопросы в медицине.

Трудности, которые мы обсудили, требуют серьезного рассмотрения. Это вовсе не означает, что они не могут решаться или что из-за них этическая теория Канта обесценивается.

3. 3. ТЕОРИЯ МОРАЛЬНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ PRIMA FACIE У. Д. РОССА.

Английский философ У. Росс [W.D. Ross, 1877-1940] представил в своей книге "The Right and the Good"¹⁰⁵ (1930) этическую теорию, которую можно расценить как попытку объединить перспективы утилитаризма и перспективы кантианства. Росс отверг утилитаристское убеждение, что одни последствия делают поступок правильным, но его также беспокоили абсолютные правила Канта. Он понимал, что такие правила не только не способны проявить восприимчивость к сложностям фактически существующих ситуаций, но что они также иногда противоречат одно другому. Росс, подобно Канту, деонтологист, но с важным отличием. *Росс убеждён, делая моральный выбор, необходимо принимать во внимание последствия, хотя не результаты поступка, взятые обособленно, делают его правильным.*

а) Моральные свойства и правила.

По Россу, существует непреодолимое различие между моральными и неморальными свойствами. Есть *только два моральных свойства – правильность и добро* (добродетель) – и эти свойства не могут заменяться, или объясняться в терминах, другими свойствами. Так, сказать, что поступок является «правильным», не есть то же самое, как если сказать, что он «вызывает удовольствие» или «увеличивает счастье», как предлагает утилитаризм.

Однако Росс вовсе не отрицает того, что связь между моральными и неморальными свойствами существует. Что он отрицает, так это возможность тождества между ними. Так, облегчить кому-нибудь страдание может быть правильным, но правильность не является идентичной облегчению страдания.

Росс также осознает, что мы часто должны знать много неморальных фактов о ситуации, прежде чем мы можем правильно вынести моральное суждение. Если я вижу врача, инъецирующего кого-либо, я не могу еще сказать, действует ли он правильно, без определения того, что он инъецирует, почему он это делает и т. д. Таким образом, правильность есть свойство, которое зависит частично от неморальных свойств, характеризующих ситуацию. Я не могу определить, делает ли врач правильный или неправильный поступок до тех пор, пока я не определю, какие имеются неморальные свойства.

Росс убеждён, что есть случаи, в которых мы не имеем подлинных сомнений в том, присутствует ли свойство правильности или доброты. Мир изобилует примерами жестокости, лжи и эгоизма и в этих ситуациях мы непосредственно осознаем отсутствие правильности или доброты. Но мир также богат примерами сострадания, верности и великодушия, в которых правильность и доброта ясно присутствуют. Росс утверждает, что наш опыт относительно

¹⁰⁵ Ross W. D. The Right and the Good. – Oxford: Clarendon Press, 1930.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. таких случаев делает нас в состоянии узнать правильность и доброту с такой степенью достоверности и очевидности, как если бы мы постигали математическую истину, что треугольник имеет три угла. Кроме того, наш опыт относительно многих индивидуальных случаев делает нас в состоянии осознать верность общего утверждения, такого как «Неправильно причинять излишнюю боль».

Таким образом, наши *моральные интуиции* могут снабжать нас моральными правилами общего характера. Но *Росс отказывается признать эти правила как абсолютные*. Для него они могут служить только в качестве примеров (образцов), чтобы помочь нам решить, что мы должны делать. В конечном счёте, в любом отдельном случае мы должны полагаться не только на правила, но также на разум и наше понимание ситуации.

Рассмотрим проблему: лгать ли смертельно больной пациентке о её состоянии? Позволим себе предположить, что мы можем избежать причинения ей, по крайней мере, некоторого мучения, если обманем её. Но, с другой стороны, действуя морально и сообщая ей правду, мы не нарушаем её доверия к нам.

В таких ситуациях, представляется, мы имеем конфликт в наших моральных обязательствах. Вследствие таких привычных видов конфликтов, Росс отвергает возможность исследования абсолютных, инвариантных правил, подобных правилам «Всегда говори правду» и «Всегда устраняй излишние страдания». В случаях, подобных ситуации выше, мы не можем полагать, что оба правила являются абсолютными, не противореча себе. Росс утверждает: *мы должны ясно осознавать, что любое правило имеет исключения и должно отменяться в некоторых ситуациях*.

б) Фактические моральные обязательства и *prima facie* моральные обязательства.

Если правила, подобные правилу «Всегда говори правду», не могут быть абсолютными, тогда какой статус они могут иметь? Когда наши правила в отдельных ситуациях вступают в конфликт, каким образом мы должны решить, какое правило применять? Росс отвечает на этот вопрос, используя различие между тем, что является фактически правильным, и тем, что является *prima facie* правильным. Поскольку мы имеем долг делать то, что является правильным, это различие может быть выражено, как различие между *фактическим моральным обязательством* и *prima facie моральным обязательством*.

Фактический долг буквально есть то, что является моей реальной моральной обязанностью в конкретной ситуации. Мы претендуем на полный обзор всех аспектов какого-то случая, когда мы говорим, что нечто является нашим моральным обязательством, «принимая во внимание все обстоятельства». ¹⁰⁶ Это действие, которое, из всех разнообразных возможностей, я должен выполнить. Чаще всего, однако, я могу не знать, что является моим фактическим долгом.

¹⁰⁶ Ролз Дж. Теория справедливости. - Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1995. - С. 301-302.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Латинское выражение «*prima facie*» дословно означает «на первый взгляд», но Росс употребляет это выражение, подразумевая нечто подобное выражению «*при прочих равных условиях*». Соответственно, ***prima facie моральное обязательство*** есть обязательство, которое предписывает, что я должен делать, когда не рассматриваются другие релевантные в ситуации факторы.

Если я обещал встретиться с вами за завтраком, тогда я имею *prima facie* моральное обязательство встретиться с вами. Но предположим, что я врач и как раз в то самое время, как я собираюсь направиться на нашу встречу, у моего пациента происходит остановка сердца.

При таких обстоятельствах, согласно точке зрения Росса, я должен нарушить моё обещание и оказать помощь пациенту. Мое *prima facie* моральное обязательство выполнять обещание не делает поступок обязательным. Это обязательство составляет моральное основание для встречи с вами, но имеется также моральное основание, чтобы не встречаться с вами. Я имею также *prima facie* моральное обязательство оказать помощь моему пациенту, и это есть основание, которое перевешивает первое *prima facie* моральное обязательство. Таким образом, оказание помощи пациенту является и *prima facie* (при прочих равных условиях) моральным обязательством и, в этой ситуации, моим фактическим (принимая во внимание все обстоятельства) моральным обязательством, то есть долгом.

Итак, согласно Россу, «*правильное действие – фактическое моральное обязательство – определяется рассмотрением своей важности или конкурирующих prima facie моральных обязательств, которые осознаются моральной интуицией*».¹⁰⁷

«*Prima facie моральные обязательства (например, выполнение обещания, компенсация за прошлый ущерб, самосовершенствование, милосердие) обязывают (при прочих равных условиях), но могут отвергаться другими prima facie моральными обязательствами в случае конфликта*».¹⁰⁸

В духе Росса, педиатр, которая могла бы помочь одному пациенту, нарушив обещание второму, кого она обещала осмотреть первым, должна была бы поразмыслить над двумя *prima facie* моральными обязательствами и решить, какое из них показалось бы более важным в данных обстоятельствах.

Понятие *prima facie морального обязательства* позволяет Россу предложить набор моральных правил, сформулированных таким образом, что они являются универсальными и свободными от исключений. Ложь, например, всегда неправильна, но она представляет *prima facie* (при прочих равных условиях) неправильное. Может быть, что в отдельной ситуации моё фактическое моральное обязательство требует, чтобы я солгал. Хотя то, что я сделал, есть нечто *prima facie* (при прочих равных условиях) неправильное, представляется в моральном отношении правильным это делать, если некоторое другое *prima facie* моральное обязательство, которое требует солгать в

¹⁰⁷ DeGrazia David. Ethics in Medicine. In: Behavioral Science. - 2nd ed. -. Media, Pennsylvania, 1990. - P. 224.

¹⁰⁸ Ibid.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. этом случае, является более обязательным (веским), чем *prima facie* моральное обязательство говорить правду.

Мы рассмотрели лишь несколько простых примеров *prima facie* моральных обязательств, но Росс более основателен и систематичен, чем это могут внушить наши примеры. Он предлагает список моральных обязательств, которые он считает обязывающими для всех моральных агентов.

Здесь они представлены в суммарном виде:

1. Моральные обязательства верности: *говори правду, выполняй действительные и подразумеваемые обещания, не выдавай вымысел за историю.* В этом классе моральные обязательства вытекают из предыдущих действий человека. Давая слово что-либо сделать, человек создает обязательство поступать таким образом. (Росс полагает, что, принимая участие в разговоре, человек тем самым неявно соглашается говорить правду). Заметим, что так называемые *ролевые обязательства* могут быть определены в качестве важного подкласса моральных обязательств верности. Учитель имеет определённые обязательства как учитель, врач определенные обязательства как врач, медсестра определённые обязательства как медсестра. Беря на себя определенную социальную роль, человек создаёт разнообразные моральные обязательства верности. Кроме того, дополнительные обязательства возникают из соглашений (явных и неявных), в которые человек вступает, пока действует в профессиональной компетенции. Отсюда ещё одно моральное обязательство верности: *соблюдай контракты и соглашения.*

2. Моральные обязательства возмещения (ущерба): *исправлять несправедливости, которые мы сделали другим.* Эти обязательства также вытекают из предшествующих действий человека. Любое лицо своим несправедливым обращением с кем-либо еще создает моральное обязательство исправить несправедливость, которую совершил. Например, если А украл определённую сумму денег у В, посредством этого А создаёт обязательство возместить эту сумму.

3. Моральные обязательства благодарности: *ценить (признавать) услуги, которые сделали нам другие.* Эти обязательства вытекают из предшествующих действий других лиц, то есть предоставленных ими полезных услуг.¹⁰⁹ Если А предоставил полезную услугу В, когда В в ней нуждался, В посредством этого находится в положении морального обязательства предоставить полезную услугу А, когда тот в ней нуждается.

4. Моральные обязательства справедливости: *не допускать распределения наслаждений или счастья, которое не согласуется с заслугами (достоинствами) затронутых лиц.* Эти обязательства «вытекают из факта или возможности распределения наслаждения или счастья (или средств для этой цели), которое не согласуется с заслугами (достоинствами) заинтересованных лиц.»¹¹⁰ Блага должны распределяться в соответствии с личными заслугами,

¹⁰⁹ См.: Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th. A., Zembaty J. S. - 2d ed. - N. Y. etc.: McGraw-Hill, 1986. - P. 24.

¹¹⁰ Ross W. D. The Right and the Good. - Oxford: Clarendon Press, 1930. - P. 21.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. а существующие примеры несправедливого распределения должны быть исправлены.

5. Моральные обязательства благодеяния (милосердия) [beneficence]: *содействовать улучшению положения других людей в отношении добродетели, умственных способностей или наслаждения.* Эти обязательства «вытекают из простого факта, что существуют в мире другие люди, положение которых мы можем сделать лучше».¹¹¹

6. Моральные обязательства nonmaleficence (не навреди): избегай или не допускай причинения вреда. Эти обязательства вытекают из дополнительного обстоятельства, что мы можем также ухудшить состояние наших ближних. Обязательства этой категории, которые Росс признаёт как особенно обязательные, можно резюмировать под рубрикой «*не причиняй вреда другому*». Долг не убий и долг не укради являются очевидными примерами.

7. Моральные обязательства самоусовершенствования: *совершенствуйте себя в отношении добродетели и интеллекта.* Эти обязательства «вытекают из факта, что мы можем улучшить наше собственное состояние».¹¹²

Росс не утверждает, что это полный перечень prima facie моральных обязательств, которые мы признаём. Однако он убеждён в том, что моральные обязательства в этом перечне такие, которые мы осознаем и желаем признать в качестве легитимных (законных) и обязательных, без доказательства.

Заметим, что Росс сознательно отказывается от возможности представить нам резонные соображения или доказать аргументами, чтобы убедить нас принять его перечень prima facie моральных обязательств. Подобно другим **интуитивистам**, Росс пытается добиться нашего согласия с его восприятиями морали во многом тем же самым способом, как могли бы мы пытаться получить от людей согласия с нами относительно наших восприятий цвета.

Мы ввели различие между фактическими и prima facie моральными обязательствами, чтобы обсуждать ситуации, в которых моральные обязательства представляются противоречащими. Проблема, как мы можем теперь сформулировать её, представляет собой: что мы должны делать в ситуации, в которой мы признаём более чем одно prima facie моральное обязательство и невозможно для нас действовать каким-либо образом, который будет удовлетворять им всем. Мы знаем, конечно, что мы должны действовать таким образом, который отвечает нашему фактическому моральному обязательству. Но в этом как раз и состоит наша проблема. Каково, в конце концов, наше фактическое моральное обязательство, когда наши prima facie моральные обязательства находятся в конфликте?

Росс предлагает нам два принципа обсуждения случаев противоречивого долга. Первый принцип предназначен рассматривать ситуации, в которых только два prima facie моральных обязательств находятся в конфликте: «*Тот*

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ross W. D. The Right and the Good. - Oxford: Clarendon Press, 1930. - P. 21.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. *поступок является долгом, который находится в согласии с более строгим (веским) prima facie обязательством*».¹¹³

Второй принцип предназначен рассматривать случаи, в которых несколько prima facie обязательств находятся в конфликте: «*Тот поступок является долгом, который имеет наибольший баланс prima facie правильности над prima facie неправильности*».¹¹⁴ К Сожалению, оба эти принципа обнаруживают проблемы, когда их применяют. В самом деле, Росс не говорит нам, как мы должны определить, когда обязательство «более строгое», чем другое. Не даёт Росс нам и правила для определения «баланса» prima facie правильности над неправильностью. В конце концов, согласно Россу, мы должны просто полагаться на наши способности постижения ситуации. Не существует автоматической или механической процедуры, которой мы могли бы следовать. Мы могли бы прийти к заключению относительно наилучшего образа действия (с точки зрения Росса чего-то, что мы как моральные агенты должны и можем делать), если мы изучим факты в определённой ситуации, примем во внимание последствия наших возможных действий и поразмыслим над нашими prima facie моральными обязательствами.

Возможно, возвращаясь к специфическим случаям, не существует прямого способа ответить на абстрактный вопрос: является ли моральным обязательством не лгать пациенту «более строгим (веским)», чем моральное обязательство не причинять излишнего страдания? Так много зависит от характера и состояния индивидуального пациента, что абстрактное определение нашего долга, основанное на «балансе» или «весомости», является бесполезным. Тем не менее, зная пациента, мы могли бы понять, какой образ действия является правильным.

Кроме того, Росс убеждён, что есть ситуации, в которых нет особых трудностей относительно разрешения конфликта между prima facie моральными обязательствами.

Например, большинство из нас согласилось бы с тем, что если мы можем, солгав, уберечь кого-нибудь от серьезного причинения себе вреда, тогда мы имеем морального обязательства уберечь кого-либо от причинения себе вреда больше, чем если мы должны говорить правду.

в) Теория prima facie моральных обязательств в биомедицинском контексте.

Моральные правила у Росса не являются абсолютными в том смысле, в каком они у Канта; следовательно, как в случае утилитаризма, невозможно утверждать, каким было бы моральное обязательство в действительной конкретной ситуации. Тем не менее, мы можем обсудить, в общем, преимущества, к которым теория Росса приводит в контексте моральных проблем биомедицины. Мы будем говорить для иллюстрации только о двух.

¹¹³ Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. - 4th ed. - Belmont: Wadsworth Publishing, 1992. - P. 19.

¹¹⁴ Ibid.

(1) Первым и наиболее важным является перечень Росса *prima facie* моральных обязательств. Перечень моральных обязательств может выполнять важную функцию в моральном воспитании врачей, исследователей и другого медицинского персонала. Перечень рекомендует каждому ответственному за обслуживание пациента человеку размышлять над *prima facie* обязательствами, которые он имеет к этим людям, и отклонять одно из этих обязательств только в том случае, когда он уверен в моральном отношении, что другое обязательство получает приоритет.

Существует множество специфических обязанностей, предписываемых способом *prima facie*, и они могут выражаться в терминах, релевантных медицинскому контексту: не причиняй вреда пациентам; не распределяй редкие ресурсы таким способом, который не в состоянии оценить индивидуальные достоинства; не лги пациентам; выказывай пациентам расположение и понимание; не вселяй в пациентов ложных надежд и т. п.

Структура перечня *prima facie* моральных обязательств «является полезной для концептуализации многих моральных дилемм, которые возникают в биомедицинском контексте».¹¹⁵ Анализируя такие дилеммы, в том виде, как они появляются с точки зрения профессионалов здравоохранения, категория моральных обязательств верности является особенно важной. Рассмотрим, например, отношение врач-пациент. Социальное взаимопонимание, или неявное согласие, которое лежит в основе этих отношений, несомненно, содержит ряд важных условий. Среди них есть условие, согласно которому врач должен поступать в лучших медицинских интересах пациента, и условие, согласно которому врач должен хранить конфиденциальность любой личной информации, которая обнаруживается в контексте взаимоотношения между врачом и пациентом. В самом акте согласия пациента на лечение, врач навлекает на себя посредством этого ряд важных *prima facie* моральных обязательств верности.

Предположим, врач убежден, что солгать пациенту в лучших интересах пациента. В системе Росса, *prima facie* моральное обязательство не лгать, само обязательство верности, вступает в конфликт с другим обязательством верности, *prima facie* моральным обязательством действовать в лучших медицинских интересах пациента. Так как никакое моральное обязательство не является безусловным, в одном случае моральное обязательство не лгать могло бы возлагаться на врача больше, тогда как в другом случае моральное обязательство действовать в лучших интересах пациента могло быть более строгим (весомым) обязательством.

Предположим, в другом случае, врач лечит пациента, который страдает от состояния, делающего пациента опасным для других в его профессии.

Пациент, например, водитель автобуса, подверженный временной потере сознания (вследствие недостаточности мозгового кровообращения). Пациент готов на всё, чтобы сохранить свою работу и отказывается разгласить проблему своему работодателю. Должен ли врач, в попытке обеспечить общественную безопасность, нарушить медицинскую конфиденциальность и сообщить работодателю пациента?

¹¹⁵ Biomedical ethics / Ed. by Mappes Th. A., Zembaty J. S. - 2d ed. - N. Y. etc.: McGraw-Hill, 1986. - P. 24.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

В этом случае, *prima facie* моральное обязательство благодеяния (милосердия) вступает в конфликт с обязательством верности, *prima facie* моральным обязательством соблюдать медицинскую конфиденциальность.

(2) Во-вторых, подобно утилитаризму, этика Росса рекомендует нам проявлять чувствительность к уникальным особенностям ситуаций, прежде чем действовать. Однако, подобно этике Канта, этика Росса настаивает на том, что мы смотрим на мир из индивидуальной моральной перспективы. Принимая решения о том, что является правильным, мы должны изучить факты ситуации и принять во внимание возможные последствия наших действий. Тем не менее, в конечном счёте мы должны направлять наши поступки тем, что является правильным, а не тем, что является полезным, или что будет производить счастье, или что-нибудь в этом роде.

Так как, согласно Россу, поступки не всегда оправдываются ссылкой на их результаты, мы не можем сказать определённо: «Правильно хитростью заставить этого человека стать объектом исследования, потому что эксперимент может принести пользу тысячам». Ещё мы не можем сказать, что всегда неправильно для исследователя хитростью заставить человека вызваться добровольцем. Поступок является правильным или неправильным, независимо от того, что мы думаем об этом, но в отдельном случае обстоятельства могут оправдать принятие экспериментатором некоторого другого морального обязательства как приоритетного над моральным обязательством верности.

Этика Росса приспособливает не только нашу интуицию, что определённые поступки должны выполняться именно потому, что они правильные, но также нашу склонность обращать внимание на результаты действий, а не только на мотивы, стоящие за ними.

г) Критика этической теории Росса.

Преимущества, которые этика Росса имеет по сравнению с утилитаризмом и кантианством, не означает, что она не сталкивается с серьёзными трудностями.

Во-первых, представляется неверным, что все мы усваиваем одинаковые принципы. Мы хорошо знаем, что взгляды людей на то, что является правильным и каковы их моральные обязательства, вытекают из характера образования и опыта, которые они имели в прошлом. Росс высказывает мнение, что принципы представляют взгляды «морального сознания лучших людей». Однако не ясно, что следует понимать под «лучшими людьми». Если под этим выражением понимать то, что понимают в обычном смысле, тогда есть резон сказать, что такие люди не всегда согласны относительно моральных принципов.

Некоторые критики указали, что перечень *prima facie* моральных обязательств Росса, представляется неполным. Например, Росс определённо не говорит о том, что мы имеем *prima facie* обязательство не красть, но большин-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Люди полагают бы, что если мы и имеем какие-либо *prima facie* моральные обязательства вообще, то моральное обязательство «не кради» должно несомненно присутствовать среди них. Конечно, можно ответить, что воровство охватывается некоторым другим обязательством – возможно, обязательством верности, так как воровство может нарушать доверие. Тем не менее, в теории, основанной на интуиции, пропуск такого морального обязательства делает перечень Росса особенно неполным.

Кроме того, некоторые критики утверждают, что неясно даже, имеется ли всегда *prima facie* обязательство делать что-нибудь из того, что Росс внёс в свой перечень.

И, в заключение, теория Росса, вменяют ей критики, ошибается, по-видимому, в фактах моральных разногласий. Когда мы расходимся во мнениях с кем-либо по этическому вопросу, мы рассматриваем доводы за и против некоторой позиции. Иногда обсуждение приводит к согласию. Но, по мнению Росса, это было бы невозможно. Хотя мы и можем обсуждать обстоятельства и последствия, и приходить к согласию относительно предполагаемых *prima facie* моральных обязательств, но в конце концов я прихожу к своему суждению о моральном обязательстве, которое является наиболее весомым или имеет наибольшую степень *prima facie* правильности, а вы приходите к своим. С этой точки зрения, представляется, не может быть дальнейшей дискуссии, даже если оба суждения несовместимы. Таким образом, выбор между двумя суждениями о том, какое действие следует выполнять, становится произвольным.

3. 4. ТЕОРИЯ СПРАВЕДЛИВОСТИ ДЖ. РОЛЗА.

В 1971 году гарвардский философ Джон Ролз (John Rawls) опубликовал книгу «Теория справедливости».¹¹⁶ Сочинение продолжает привлекать значительное внимание и была охарактеризована некоторыми философами как наиболее значительная книга по моральной и социальной философии этого столетия.

Ролз разработал теорию, которая объединяет сильные стороны утилитаризма с сильными сторонами деонтологической точки зрения Канта и Росса, в то же время избегая слабых сторон каждого взгляда. Утилитаризм прямо утверждает, что счастье является принципом, и предлагает прямую процедуру для ответа на этико-социальные вопросы. Но его позиция ослабляется из-за отсутствия принципа справедливости. Кант и Росс делают правильность основным моральным понятием и подчёркивают предельное достоинство человеческих существ. Однако они также не дали осуществимый метод для решения проблем общественной морали. Очевидно, теория Ролза обещает многое, если этого можно добиться объединением двух этических традиций,

¹¹⁶ Rawls J. A theory of justice. – Cambridge etc.: The Belknap press of Harvard univ. press, 1971.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы, которые мы обсуждали. Теория справедливости Ролза касается больше социальных институтов, а не индивидуальных действий.

а) Исходное положение и принципы справедливости.

Для Ролза основной целью правительства является оберегать и поддерживать свободу и благосостояние индивидуумов. Таким образом, принципы справедливости необходимы, чтобы служить в качестве стандартов конструирования и оценки социальных институтов и практик. Они обеспечивают способ разрешения конфликтов между конкурирующими притязаниями, которые выдвигают отдельные лица, и средства защиты законных интересов индивидуумов. В некотором смысле, принципы справедливости составляют программу развития справедливого общества.

Но каким образом мы должны сформулировать принципы справедливости? Ролз прибегает к гипотетической ситуации, которую он называет *«исходным положением»*. Вообразим группу людей, подобных тем, кто составляет наше общество. Эти люди проявляют обычный диапазон умственных способностей, талантов, амбиций, взглядов, и социальных экономических преимуществ. Они включают в себя оба пола, членов различных расовых и этнических групп.

Кроме того, предположим, что эта группа находится в ситуации, которую Ролз называет *«занавесом неведения»*. Допустим, что каждый человек не знает о его или её поле, расе, природных дарованиях, общественном положении, экономическом состоянии и т.п. К тому же предположим, что эти люди способны сотрудничать друг с другом, что они следуют принципам принятия рационального решения, что они способны к чувству справедливости и что они будут придерживаться принципов, которые они согласятся принять. Под конец допустим, что все они желают того, что Ролз называет *«первичными благами»*, *«то есть вещи, которые каждый рациональный человек хотел бы иметь»*:¹¹⁷ *права, свободы, благоприятные возможности, доходы, богатство и самоуважение*,¹¹⁸ а так же такие, которые и имеют ценность сами по себе, и являются необходимыми, чтобы гарантировать получение более специфических благ, которые индивидуум может пожелать.

Ролз доказывает, что *принципы справедливости, выбранные такой группой, будут справедливыми, если условия, при которых они выбираются, и процедуры достижения согласия по ним являются честными*. Исходное положение, с её занавесом неведения, характеризует состояние, при котором альтернативные взгляды на справедливость могут всеми свободно обсуждаться. Поскольку неведение участников означает, что отдельные лица не могут получить преимущество для себя, выбирая принципы, которые благоприятствуют их собственным обстоятельствам, окончательные выборы участников будут честными. Поскольку предполагается, что участники являются рациональными людьми, они будут склоняться к одинаковым мотивам и до-

¹¹⁷ Ролз Дж. Теория справедливости. - Новосибирск: Изд-во Новосиб. ун-та, 1995. - С. 68.

¹¹⁸ Там же.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. водам. Эти свойства исходного положения убеждают Ролза в том, чтобы характеризовать свой взгляд выражением *«справедливость как честность»*.

Лучшая стратегия для того, чтобы эти рациональные люди сделали бы выбор, так это придать неопределённость исходному положению. В экономической дисциплине, известной как *теория игры*, эту стратегию называют *«максимином»*¹¹⁹ ["maximin"] (т. е. *правилом максимина* для выбора в условиях неопределённости). Когда мы выбираем в неопределённых ситуациях, тогда *«согласно правилу максимина, альтернативы ранжируются по их наихудшему результату: мы должны принять альтернативу, худший результат которой превосходит худшие результаты других альтернатив»*.¹²⁰ (Если вы не знаете, будете ли вы рабом, вы не одобрили бы ряд принципов, которые допускают рабство, когда у вас есть другие альтернативы).

Поступая в соответствии с этой стратегией, Ролз доказывает, что в исходном положении люди согласились бы на два следующие принципа:

(1) «каждый индивид должен обладать равным правом в отношении наиболее общей системы равных основных свобод, совместимой с подобными системами свобод для всех остальных людей».¹²¹

(2) «Социальные и экономические неравенства должны быть организованы таким образом, что они одновременно

а) ведут к наибольшей выгоде наименее преуспевших, в соответствии с принципом справедливых сбережений, и

б) делают открытыми для всех должности и положения в условиях честного равенства возможностей».¹²²

Согласно Ролзу, эти два принципа принимаются, чтобы регулировать распределение всех социальных благ: свободу, собственность, богатство и социальные привилегии. Первый принцип имеет приоритет. Он гарантирует систему равной свободы всем. Кроме того, вследствие своей приоритетности, он открыто запрещает обменивать свободу на социальные или экономические выгоды.

Второй принцип регулирует распределение социальных благ, кроме свободы. Ролз утверждает, что люди в исходном положении не выберут форму строгого эгалитаризма, если бы даже общество могло организовать себя таким образом, что исключило бы различия в богатстве и уничтожило бы преимущества, которые свойственны разным социальным положениям. Взамен они выбрали бы второй принцип справедливости. Это означает, что *в справедливом обществе различия в богатстве и общественном положении могут быть терпимыми, только если в отношении их может быть доказано, что они приносят выгоду всем, и, в частности, выгодны тем, кто имеет преимуществ меньше всего*. Справедливое общество не есть общество, в котором все равны, но общество, в котором неравенства должны обнаруживать

¹¹⁹ Термин "максимин" означает maximum minimum, и правило обращает наше внимание на худшее, что может случиться при некотором предполагаемом действии, и на решении того, что делать.

¹²⁰ Ролз Дж. Теория справедливости. - С. 140.

¹²¹ Ролз Дж. Теория справедливости. - С. 267.

¹²² Там же, - С. 267.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. свою легитимность. Кроме того, *в справедливом обществе должна существовать подлинная возможность приобретения членства в группе, которая пользуется особыми преимуществами*. Те, например, кто не подготовлен к тому, чтобы поступить в медицинские школы, вследствие прошлой дискриминации в обучении, могут заявить права на специальную подготовку; для того, чтобы их обучили специальности.

Ролз утверждает, что эти два принципа нужны, чтобы основать справедливое общество. Кроме того, распределяя свободу и общественные блага, принципы гарантируют ценность и чувство собственного достоинства человека. Люди свободны придерживаться их собственного понимания блага и устраивать их собственные жизни. В конечном счёте, только ограничения, возлагаемые на них как членов общества, являются ограничениями, выраженными в принципах справедливости.

Однако Ролз допускает, что стороны в исходном положении осознали бы, что они имеют моральные обязательства и перед собой, и перед другими. Они считали бы себя рациональными членами общества, которые в состоянии сами заботиться о собственных делах. Но, полагает Ролз, сразу же после выбора идеальной концепции они захотят застраховаться от той вероятности, что их способности и возможности окажутся непроявленными, как в случае с детьми, или же в силу какого-либо несчастья или случайности они не будут в состоянии принимать решения в своих интересах, как в случаях с теми, кто серьёзно травмирован или у кого нарушена психика. Для подобных случаев необходимо принять принципы, в соответствии с которыми другие имели бы полномочия действовать от нашего имени. Здесь Ролз затрагивает проблему патернализма. *«Принципы патернализма – это принципы, которые стороны признали бы в исходном положении, чтобы защитить себя от недостатка разума и воли в обществе. Другим даются полномочия... действовать от нашего имени и делать то, что мы бы делали сами, если бы были рациональными, причём эта передача полномочий вступает в силу только тогда, когда мы сами не можем заботиться о собственном благе. При принятии патерналистских решений необходимо руководствоваться интересами и предпочтениями самого индивида, в той мере, в какой они не иррациональны, а при незнании их руководствоваться теорией первичных благ»*.¹²³ Патернализм, таким образом, является долгом перед самим собой.

Ролз также чувствует потребность в принципах, которые связывают и направляют индивидуумов в качестве лиц, принимающих моральное решение. Он утверждает, что стороны в исходном положении пришли бы к согласию в отношении принципов для таких категорий, как честность в нашем поведении с другими, верность, уважение к личностям и благодеяние (милосердие). Из этих принципов мы получаем некоторые из наших обязательств друг к другу.

¹²³ Ролз Дж. Теория справедливости. – С. 222.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Но, утверждает Ролз, имеются также «естественные обязанности»¹²⁴ ["natural duties"], которые признавались бы сторонами в исходном положении. Среди естественных обязанностей Ролз упоминает (1) *обязанность справедливости* – «требуем от нас поддержки и подчинения справедливым институтам»,¹²⁵ (2) *«обязанность помогать другому, когда тот находится в трудном положении, при условии, что это делается без излишнего риска»*,¹²⁶ (3) *обязанность не причинять другому вреда* или излишних страданий и (4) *обязанность выполнять наши обещания*.

По большей части, это обязанности, которые имеют силу среди людей. Они являются лишь некоторыми из обязанностей, которые предложили бы стороны в исходном положении, как безусловные обязанности. Таким образом, Ролз, в сущности, признаёт такие же обязательства, подобно обязательствам, которые Росс представил в качестве *prima facie* моральных обязательств. Ролз сознает, что проблема конфликта долга осталась нерешённой у Росса, и испытывает потребность определения приоритетов обязательств, располагая их выше или ниже. Ролз убеждён, что полная система принципов, выведенная из исходного положения, включала бы правила для ранжирования моральных обязательств. Однако Ролз касается, прежде всего, справедливости в социальных институтах и не пытается установить какие-либо правила ранжирования.

б) Теория справедливости Ролза в медицинском контексте.

«Естественные обязанности» Ролза являются, в сущности, теми же самыми, что и *prima facie* моральные обязательства Росса. Следовательно, большее из того, что мы говорили о *prima facie* моральных обязательствах и принятии моральных решений, применимо к Ролзу.

Ролз подтверждает легитимность патернализма, хотя он и не пытается точно установить, вдаваясь в детали, принципы оправдания индивидуальных случаев. Он просто говорит нам, что мы бы рассматривали предпочтения других, когда последние известны нам и когда мы находимся в ситуации, в которой мы должны действовать за них, потому что они не способны действовать за себя.

Например, предположим, мы знаем, что некий человек одобряет электрошоковую терапию [ЕСТ – electroconvulsive therapy] для лечения тяжелой депрессии. Если бы этот человек стал настолько подавленным, что был бы не способным прийти к решению относительно своего собственного лечения, тогда мы бы имели основание позаботиться о том, чтобы он подвергся электрошоковой терапии.

Возьмем похожий случай. Предположим, что вы хирург и имеете пациентку, которая выразила вам своё желание избежать многочисленных операций, которые могут продлить её жизнь на шесть месяцев, или около этого, но не в состоянии восстановить её здоровье. Если оперируя ее, вы узнали, что у неё форма маточно-

¹²⁴ В противоположность обязательствам одной из характеристик естественных обязанностей является то, что они применимы к нам без всякого участия наших добровольных действий и не имеют необходимой связи с институтами или социальными практиками.

¹²⁵ Ролз Дж. Теория справедливости. – С. 109.

¹²⁶ Там же, с. 108.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. го рака, который распространился по её нижним конечностям, и если по вашей лучшей оценке ничего нельзя сделать для того, чтобы восстановить её здоровье, тогда было бы вашим долгом перед ней, позволить ей умереть, как она решила. Повторные операции были бы вопреки её представлению о её собственном благе.

Наиболее важным вопросом в изучении теории Ролза является вопрос, как можно применить два принципа справедливости к социальным институтам и практикам медицинского обслуживания и исследования. Наиболее явно, принципы Ролза возмещают недостаток утилитаризма в отношении человеческого экспериментирования. Никогда не было бы правильным, с точки зрения Ролза, эксплуатировать одну группу людей, или даже одного человека, во имя блага других. Таким образом, исключаются эксперименты, в которых людей принуждают быть объектами или обманом склоняют к участию. Такие эксперименты включают в себя нарушение основных свобод индивидов и безусловного уважения к человеческим личностям, то есть нарушение того, что требуют принципы справедливости.

Человек имеет право решать, насколько будет он рисковать своей жизнью и здоровьем. Таким образом, требуется добровольное согласие до того, как кто-либо на законном основании может стать объектом исследования. Однако общество может решить вознаграждать лиц, добровольно участвующих в исследованиях, деньгами, наградами или социальными привилегиями, чтобы поощрять участие в исследованиях. Эта практика является вполне легитимной, пока она приносит выгоды (в идеале) всем и возможность получения вознаграждений за участие открыта для всех, при условии, что полная структура общества уже соответствует двум принципам справедливости.

Что касается выделения общественных ресурсов для обучения медицинского персонала (врачей, медсестер, интернистов и т. п.), то можно сделать один вывод, что такие инвестирования являются оправданными при том условии, что отмена поддержки поставила бы в неблагоприятное положение тех, кто уже находится в наиболее неблагоприятном положении. Общественные деньги могут быть потрачены в форме стипендий или институциональных дотаций для того, чтобы обучать персонал, который затем может приносить большие социальные и экономические выгоды от их образования. Но производимое при этом неравенство, по Ролзу, не является обязательно несправедливым. Общество может инвестировать свои ресурсы таким способом, если оно приносит выгоды тем, кто наиболее нуждается в них.

Смысл этой позиции представляется в том, что все имеют право на охрану здоровья. Во-первых, могут привести доводы, что здоровье находится среди «первичных благ», которые принципы Ролза предназначены защищать и поддерживать. Затем, без здоровья индивидум едва ли в состоянии добиваться других более специфических благ и стороны в исходном положении могут быть представлены сознающими это и одобряющими только те принципы справедливости, которые требовали бы предоставлять, по крайней мере, самую существенную охрану здоровья всем в обществе. Кроме того, могут привести доводы, что неравенства в системе здравоохранения могут быть оправданы, только если те, кто в наибольшей нужде, могут извлекать выгоду

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. от них. Так как с существующей ныне системой явно дело обстоит не так, принципы Ролза, представляется, требуют реформы, которая предоставила бы охрану здоровья тем, кто не в состоянии её оплачивать.

Представляется обоснованным полагать, что принципы Ролза, в частности второй, можно использовать для того, чтобы ограничить доступ к определённым видам медицинской помощи. Вообще, индивидуумы могут тратить свои деньги тем или иным образом, когда они желают добиться того, что представляется им благом.

Так, если кто-либо желает косметическую операцию для того, чтобы изменить очертание подбородка, и имеет деньги для оплаты операции, тогда он имеет возможность ее осуществить. Но если медицинское оборудование и персонал становится перегруженными и неспособными обеспечивать необходимую помощь лицам, значительно в большей степени поражённым болезнью, тогда общество было бы обязано препятствовать косметической операции. Поступая так, общество, тем самым, увеличило бы общий доступ всем его членам, нуждающимся в медицинской помощи. Богатому, желавшему косметическую операцию, не позволили бы обделять бедного, который лишился бы необходимой медицинской помощи.

Мы представили только несколько значений, которые имеет теория Ролза для медицинского исследования и практики. В заключение отметим, что эвристический потенциал теории достаточно велик и область её применения будет расширяться.

в) Споры вокруг теории Ролза.

В настоящее время теория Ролза является предметом многочисленных дискуссий в философии. Дебаты часто носят в высшей степени специальный характер и, кроме того, они вызвали множество возражений. Однако среди имеющихся возражений, нет таких, с которыми были бы согласны все критики. Поэтому мы просто укажем на два аспекта теории Ролза, которые признаются спорными, и попытаемся подвести некоторые итоги.

Один аспект критики касается исходного положения и его занавеса неведения. Ролз не дает возможности сторонам в исходной позиции знать что-либо об их собственных целях, планах или интересах, т. е. об их представлении о благе. Они не знают, предпочитают ли они теннис Теннисону, удовольствия ума над удовольствиями тела. Им разрешается принимать во внимание только такие блага: чувство собственного достоинства, богатство, общественное положение. Таким образом, утверждают критики, Ролз исключил важное в моральном отношении знание. Невозможно понять, каким образом люди могут прийти к согласию по принципам, которые призваны регулировать их жизни, когда они находятся в таком неведении о своих желаниях и целях. Ролз, кажется, настроил исходное положение в свою пользу, и это ставит под сомнение его утверждение о том, что исходное положение является честным и разумным способом прийти к принципам справедливости.

Второй аспект критики концентрируется на том, действительно ли теория Ролза так отличается от утилитаризма, как она кажется. Теория Ролза может вполне разрешать при определённых условиях неравенства лечения таким же

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. образом, как и разрешает их принцип полезности. Принципы справедливости, которые были определены раньше, применяются, утверждает Ролз, только тогда, когда свобода может эффективно упрочиться и поддерживаться. Ролз очень неясен относительно того, когда некую ситуацию можно считать ситуацией такого рода. Когда же этого нет, его принципы справедливости являются принципами «общей концепции». По этой концепции, свободы индивидуумов могут ограничиваться, при условии, что ограничения осуществляют для пользы всех. Тогда возможно представить себе обстоятельства, при которых мы можем заставить отдельных лиц стать объектами экспериментов и для их собственного блага, и для блага других. Мы можем, например, потребовать, чтобы все курильщики участвовали в экспериментах, предназначенных получать знание о лёгочных и сердечных нарушениях. Так как все, прямо или косвенно, извлекли бы пользу из такого знания, принуждение их к участию было бы легитимным. Таким образом, согласно общей концепции справедливости, различия между принципами Ролза и принципом полезности может, фактически, стать бесконечно малым.

г) Либертарианская теория справедливости Р. Нозика.

Вариант либертарианизма **Роберта Нозика** [Robert Nozick, 1974]¹²⁷ является второй деонтологической теорией справедливости. Либертарианская справедливость гарантируется результатами свободных и честных обменов на рынке, не имея никакого дела до того, приносит ли отдельное распределение благ выгоду всем. «В свободном обществе различные ресурсы контролируются различными людьми и из их деятельности и добровольного обмена возникают новые и новые владения. В таком обществе просто не может быть распределения, как не может быть распределения женщин в обществе, в котором каждый свободно выбирает, с кем ему вступать в брак. Результат складывается из множества индивидуальных решений, принимаемых заинтересованными индивидами».¹²⁸ Ролзовское и утилитаристское перераспределение благ является несправедливым, с точки зрения Нозика, потому что они принудительно требуют от определённых индивидуальных лиц помогать другим (посредством налогообложения). Единственными подлинными правами являются права на основные свободы. «Минимальное государство оправдано. Никакое государство с более широкими функциями уже не может быть оправданным, ибо нарушает права людей»,¹²⁹ – доказывает Нозик. Так, единственная справедливая система распределения ресурсов здравоохранения – это

¹²⁷ Nozick R. Anarchy, state, and utopia. – N. Y.: Basic books, 1974. Американский философ сочетает подход в духе аналитической философии с защитой учений классической либеральной традиции о государстве и правах индивида. В своей книге он защищает утверждение, что оправдано существование только «минимального государства», т. е. государства, функции которого ограничены исключительно защитой своих граждан от насилия или мошенничества (государство с функциями «ночного сторожа»). Государство, как доказывает Нозик, не вправе брать на себя никаких более широких или значительных функций, например, устанавливать подлинно справедливое распределение.

¹²⁸ Nozick R. Anarchy, state, and Utopia. – N. Y.: Basic books, 1974. – P. 149.

¹²⁹ Ibid.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. система, в которой страхование на право получения медицинской помощи добровольно покупается по инициативе индивидуальных лиц.

3. 5. ЭТИКА ДОБРОДЕТЕЛИ.

Теоретики добродетели считают основной этической категорией характер (нрав), сосредоточиваясь на вопросе «Каким я должен быть?» Современное обращение к теории добродетели ознаменовало, что вновь появилась разновидность этической теории, представленной Платоном и Аристотелем.

а) Этика добродетели Аристотеля.

Аристотель в начале «Никомаховой этики» утверждает, что все поступки человека тяготеют к неким целям как к благу. Поступки и цели между собой субординированы и подчинены некой «последней цели», или «последнему благу», относительно которого все согласны, что это – **счастье**. Однако представление о счастье у разных людей разное. Для многих это удовольствие и наслаждение, но жизнь растраченная для наслаждений; – рабская жизнь, достойная животного. Для других счастье – это почести. Однако последние есть, по большей части, нечто внешне зависимое от других (кто присваивает и признает). Для кого-то счастье состоит в умножении богатства, а это, по мнению Аристотеля, одна из наиболее абсурдных целей, так как богатство составляет средство для чего-то, а как цель смысла не имеет.

Аристотель утверждает, что высшее благо и счастье, доступное человеку, – в совершенствовании себя как человека, т. е. в активности, которой он отличается от всех прочих существ. Активность разума – цель, достойная человека. Благо человека состоит в активности души, согласной с добродетелью, а поскольку добродетелей души много, – то в согласии с лучшей и наилучшей из них. Но, следует добавить, – и в жизни исполненной. Ведь и в самом деле; одна ласточка не делает весны, ни даже дня весны: один день не делает человека блаженным и счастливым.¹³⁰ Таким образом, для Аристотеля счастье – это, прежде всего, превосходство рациональной мысли и рациональных решений, принимаемых в нашей повседневной жизни.

Человек – это, прежде всего, разум, но не только. В душе, утверждает Аристотель, есть нечто чуждое разуму, ему сопротивляющееся, но что, тем не менее, в нём участвует. Вегетативная часть души никак не участвует в разуме, но способность желать так или иначе в нём участвует, как и страсти, заставляя его порой слушать себя и подчиняться. **В господстве над этой частью души, в умении вписывать вожелания в контуры здравого смысла, и состоит «этическая добродетель», достоинство практического пове-**

¹³⁰ См.: Аристотель. Никомахова этика // Аристотель. Соч., М., 1984. – Т. 4. – С. 64-65.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. дения. Этот тип поведения достигается повторением серии выверенных поступков, образующих затем привычку.

Так как есть множество природных импульсов, которые разум должен дозировать, контролировать и темперировать, так есть множество добродетелей. Однако все добродетели имеют одну существенную характеристику. Импульсы, страсти, чувства всегда тяготеют к излишества, либо много, либо мало, всегда чрезмерны, и в этом их дефектность. Вторжение разума несёт с собой «точную меру», средний путь между крайностями. Теория Аристотеля – это *теория золотой середины*. Правильно выбирать означает выбирать между двумя крайностями. Мужество, к примеру, это путь между безрассудством и трусостью, щедрость – точная мера между жадностью и расточительством. *Добродетель, таким образом, есть род умеренности, удерживающей нас от ошибок, к которым влекут страсти, и от проклятий. Путь правды и правоты – средний путь.* Аристотель утверждает, что для правильного выбора необходимы две основные добродетели: *мужество* и *умеренность*. Мужественная личность – это личность, делающая правильный выбор перед лицом суровых обстоятельств. Умеренная личность – это личность, делающая правильный выбор в ситуации удовольствия.

Среди всех добродетелей Аристотель выделяет одну, в которой спрессованы все прочие, – это справедливость. Рациональная душа двухаспектна, т. к. имеет дело с меняющейся реальностью, с одной стороны, и с неизменными принципами, с другой. Отсюда две добродетели: *рассудительность* ("phronesis") и *мудрость* ("sophia"). *Рассудительность*, или *практическая мудрость*, состоит в правильном установлении того, что благо, и что зло для человека. Мудрость же состоит в познании реальности, которая лежит по ту сторону, выше него, которую исследует метафизика. Именно совершенствуя себя в созерцательной активности, человек может достичь высшего счастья.

Аристотелю принадлежит та заслуга, что он попытался обнаружить психические процессы, определяющие моральное действие. В центре его внимания – акт выбора, который связан с принятием решения. Когда мы хотим достичь определённых целей, то сначала устанавливаем, какие и сколько средств должны быть приведены в действие для достижения этих целей. Выбирая средства, мы приводим их в действие. Таким образом, согласно Аристотелю, выбор относится к средствам, а не к целям. Последние не являются ни хорошими, ни плохими по необходимости. Благими могут быть лишь достигнутые цели, которые являются объектами не выбора, а воления. Воля же всегда желает только блага или, вернее, того, что ей представляется как благо. Из этого следует, что необходимо желать истинного блага, а не кажущегося. В свою очередь истинное благо доступно лишь добродетельному человеку.

«Хорошая жизнь для Аристотеля – нравственная жизнь – состоит в том, чтобы быть личностью, выделяющейся как выбором образа действия, так и

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. их интеллектуальным обоснованием. Подобная жизнь будет заключать в себе множество удовольствий».¹³¹

6) Современные теории добродетели.

Современные теоретики добродетели считают суждения о чертах характера личности, нраве и мотивах (побуждениях) более важными, чем суждения по поводу поступков. Если кардиолог делает техническую ошибку или ошибку в суждении, приводящую к дальнейшим медицинским осложнениям, тогда моральные суждения должны, вероятно, касаться того, произошла ли ошибка по недосмотру (вследствие неосторожного обращения) или плохого отношения, или она была невинной ошибкой, т. е. «нехарактерной». Эти суждения касаются характера (нрава) и мотивов.

Теоретики добродетели также убеждены в том, что правила и принципы, которые или, как правило, бывают сложными, или часто вступают в противоречие друг с другом, не представляются полезными на практике. Так, например, при неотложной медицинской помощи, врачу было бы полезней положиться на глубоко укоренившиеся черты характера (например, благоразумие, благожелательность, правдивость), а не пытаться справляться в абстрактных правилах поведения. (Тем не менее, следует заметить, что для каждой добродетели имеется соответствующий принцип, как например, благожелательности соответствует принцип благодеяния [милосердия]).

Некоторые теории добродетели основываются на убеждении, что обладание добродетелями отвечает собственным долгосрочным интересам моральной личности. Они утверждают, что добродетели способствуют полезным взаимоотношениям с другими, дают возможность избежать судебных и социальных конфликтов и повышают чувство собственного достоинства.

¹³¹ Brody B. A., Engelhardt H. T., jr. Bioethics: Readings and cases. - N. Y., - P. 35.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ.

УКАЗАНИЯ: Каждый вопрос ниже содержит пять предполагаемых ответов. Выберите к каждому вопросу наиболее правильный ответ.

ВОПРОСЫ 1-3.

В городском бюджете имеется 50 млн. рублей. Эту сумму необходимо эффективно распределить. Один член совета настаивает, чтобы эти 50 млн. руб. были израсходованы на детей-инвалидов в городском центре, которые живут в жалких условиях с перегруженным, плохо обученным персоналом. Она убеждает, что этими несчастными гражданами пренебрегли в прошлом, и они заслуживают любую помощь, какую им может предоставить государство. Второй член совета настаивает на том, что 50 млн. руб. слишком много, чтобы их инвестировать в такое малое количество граждан, и что они были бы гораздо более продуктивно использованы для приобретения годовой стоимости школьного питания для всех детей города, зарегистрированных в средних школах.

1. Вопрос о том, как использовать городские фонды, наиболее существенно касается принципа

- a) автономии
- b) патернализма
- c) справедливости
- d) милосердия
- e) ни один из вышеупомянутых.

2. Этической теорией, выраженной в точке зрения второго члена совета, является

- a) либертарианизм
- b) теория прав
- c) теория добродетели
- d) утилитаризм
- e) строгий эгалитаризм.

3. Этической теорией, принимаемой первым членом совета, может считаться любая из следующих теорий, исключая

- a) либертарианизм

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

- b) теория прав
- c) теория добродетели
- d) социализм
- e) строгий эгалитаризм.

ВОПРОСЫ 4 и 5.

Пациент, который проявляет все признаки присутствия способности ясно мыслить, и действует на основании собственного обдумывания, объявляет о своём намерении в Сочельник отрубить себе ноги (ступни). Он утверждает, что его долг делать то, что внушает ему Бог, и что Бог приказал ему этот акт увечья в качестве доказательства его набожности. Будучи убеждён в том, что пациент компетентен (даже если и эксцентричен в своих религиозных убеждениях), его врач первичной медицинской помощи обдумывает вмешательство в планы пациента, при помощи принудительного удержания его накануне Рождества.

4. Вопрос о том, является ли оправданным принудительное удержание пациента, поднимает проблему

- a) конфиденциальности
- b) права на невмешательство
- c) сильного патернализма
- d) отказа от лечения
- e) справедливости.

5. Какие этические принципы необходимо уравновесить, если установлено, что удержание пациента, несомненно, будет недобровольным?

- a) милосердия и уважения автономии.
- b) милосердия и патернализма.
- c) справедливости и уважения автономии.
- d) автономии пациента и автономии врача.
- e) ни один из вышеуказанных.

ВОПРОС 6.

Мужчина преклонного возраста, который боится медицинского персонала, был сбит машиной и находится в состоянии шока. Он настоятельно требует, чтобы врачи не лечили его, хотя показано, что в противном случае он может умереть в течение нескольких недель. (Он не находится в непосредственной смертельной опасности). Этически оправданной реакцией в этой ситуации будет

- a) немедленно выписать пациента
- b) должен оставаться в клинике без лечения
- c) лечить его полностью, несмотря на его отказы
- d) предоставить паллиативную помощь, но не лечить его от повреждений
- e) попытаться успокоить его, объяснить релевантные данные и затем попытаться убедить его согласиться на лечение.

ВОПРОСЫ 7 и 8.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. 30-летняя безработная женщина, обученная работе среднего юридического персонала, имеет двух детей и мужа, который длительное время не имеет работы, вследствие алкоголизма и незначительного стажа работы. Фирма по общественным связям, которая пытается убедить общественность в том, что аборты необходимо сохранить легальными, предлагает ей работу с хорошим жалованьем. Она является непреклонной противницей абортов. Ей не хотелось бы работать на организацию, поддерживающую судебные дела, против которых она так страстно возражает, хотя она знает, что получение работы оказало бы большую помощь её семье и что фирма найдёт кого-либо ещё, если она отвергнет позицию фирмы; просто она желает быть такой личностью, которая верна своим наиболее глубинным этическим убеждениям.

7. Теория, которая наиболее убедительно поддерживает принятие приглашения на работу, есть

- a) теория моральных обязательств *prima facie*
- b) теория справедливости Ролза
- c) утилитаризм
- d) теория добродетели
- e) ни одна из перечисленных выше.

8. Отклонение приглашения на работу должно наиболее удовлетворительно обосновываться

- a) теорией добродетели
- b) утилитаризмом
- c) теорией моральных обязательств *prima facie*
- d) либертарианством
- e) теорией прав.

ВОПРОС 9.

Какая из следующих традиций имеет тенденцию поощрять личность руководствоваться разумом и совестью, при ослаблении роли других в качестве моральных авторитетов?

- a) иудаизм
- b) католицизм
- c) протестантизм
- d) большинство не западных религий
- e) либертарианизм.

ВОПРОС 10.

29-летний мужчина, отец которого умер от хорей Гентингтона, когда он был еще ребенком, навязчиво обеспокоен развитием заболевания, симптомы которого появляются в возрасте после 30 или 40 лет. Хотя он знает немного о генетическом расстройстве, он осведомлён, что имеется 50% вероятность того, что он имеет доминантный ген Гентингтона. Однажды, он импульсивно бросается в исследовательский центр и требует приступить к пресимптоматическому тестированию, не делая попытки скрыть своего намерения совершить суицид, если он получит положительные результаты.

Будет ли этически оправданным для персонала исследовательского центра

- а) отказаться начать тестирование
- б) просветить его о болезни и приступить к тестированию
- в) предложить консультирование, чтобы смягчить его волнения, просветить его о болезни и отсрочить тестирование до тех пор, пока он не станет более устойчивым
- г) тестировать его и сообщить отрицательные результаты, независимо от действительных результатов
- д) тестировать его на другие заболевания.

ВОПРОС 11.

Пациент, страдающий синдромом приобретённого иммунного дефицита (СПИД), проявил своё намерение причинить вред человеку, от которого он заразился вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Если его врач первой медицинской помощи поддерживает разглашение этой информации властям, а другой врач убеждён, что конфиденциальность должна сохраняться, они, вероятно, расходятся во мнениях на уровне

- а) ценностей или принципов
- б) понимания отдельной ценности
- в) относительного значения различных ценностей или принципов
- г) наилучших средств достижения ценности или осуществления принципа
- д) информированного согласия.

ВОПРОС 12.

Гиппократов взгляд на отношение врач-пациент лучше всего характеризуется как

- а) уважающий автономию пациента
- б) испытывающий преобладающее влияние принципа "не навреди"
- в) патерналистский
- г) определяемый принципами справедливости
- д) либертарианский.

УКАЗАНИЯ: Каждый вопрос содержит четыре предполагаемых ответа, из которых один или более являются правильными. Выберите ответ

- а) если 1, 2 и 3 являются правильными
- б) если 1 и 3 являются правильными
- в) если 2 и 4 являются правильными
- г) если 4 является правильным
- д) если 1, 2, 3 и 4 являются правильными.

ВОПРОС 13.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. 30-летний мужчина с биполярным расстройством¹³² имеет маниакально-депрессивные эмоциональные лабильности между периодами полной ясности сознания. Осознавая последствия его маниакальных приступов на его семью и самого себя, он просит своего психиатра во время ремиссии лечить его, а если возникнет необходимость, то против его воли, в следующий раз, когда он будет нуждаться, но откажется от лекарственной терапии или госпитализации. Шесть месяцев спустя, во власти маниакального психоза, он становится агрессивным, неестественным и помпезным, вызывающим крайне натянутые отношения на его новой работе, опустошающим семейные денежные средства на азартные игры и пугающим соседских детей. Он отказывается принимать лекарственную терапию, утверждает, что он не является больным, и не желает обсуждать вопрос о госпитализации.

Если психиатр примет меры, которые принудили бы его пациента к госпитализации, он будет действовать в соответствии с

1. милосердием
2. не нанесением вреда
3. уважением автономии
4. справедливостью.

ВОПРОСЫ 14 и 15.

17-летний студент колледжа, который впервые вдали от дома, после приступа приходит в кабинет неотложной помощи. Он соглашается на лечение лишь после того, как настоятельно просит, чтобы его матери, которая живёт одна и которая обеспокоена по поводу его жизни вдали от неё, ничего не сообщали. Он знает, что она не сможет пережить стресс, когда узнает, что с ним что-то случилось, и он ясно дает понять, что если его матери сообщат, то он прекратит дальнейшее лечение. Компьютерная томография показывает присутствие васкулярной выпуклости, вызывающей подозрение о наличии большой аневризмы. Требуется ангиограмма, а это требует согласия матери, так как пациенту ещё не исполнилось восемнадцать лет.

ВОПРОС 14.

Соблюдение пожелания пациента, чтобы его мать не информировали, оправдывается на основании

5. уважения автономии
6. патернализма
7. выполнения обещания
8. справедливости.

ВОПРОС 15.

Информирование матери пациента о его болезни, в нарушение его пожеланий, является оправданным, потому что

1. милосердие является более важным принципом, чем уважение автономии

¹³² Биполярное расстройство – Эмоциональное расстройство, характеризующееся маниакальными эпизодами или чередованием маниакальных эпизодов с депрессивными.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

2. стремление соблюдать автономии матери является этически обязывающим
3. обещание, данное несовершеннолетнему, не является этически обязывающим
4. это необходимо для того, чтобы получить законно обоснованное информированное согласие на лечение.

ВОПРОСЫ 16 и 20.

УКАЗАНИЯ: Выберите философа, являющегося автором приведенного ниже утверждения.

- a) Кант
- b) Милль
- c) Ролз
- d) Росс
- e) Нозик.

ВОПРОС 16.

Источником морального авторитета является чистый разум.

ВОПРОС 17.

Справедливость обеспечивается результатами свободных и честных обменов на рынке.

ВОПРОС 18.

Правильное действие максимизирует хорошие последствия.

ВОПРОС 19.

Различия в основных социальных благах допускается единственно, если все извлекают из них выгоду.

ВОПРОС 20.

В ситуациях морального конфликта следует взвесить два или больше моральных обязательств *prima facie*.

ОТВЕТЫ И ПОЯСНЕНИЯ.

1. Ответом является с. Любая проблема правильного в этическом отношении способа выделения фондов, по существу, касается справедливости. Автономия лишь косвенно затрагивается (по поводу автономии округа в выделении своих фондов), а патернализм не имеет отношения к делу. Принцип милосердия отчасти уместен, потому что любой план будет приносить пользу некоторым людям, однако относящийся к существу вопрос касается того, какое из предлагаемых выделений является в этическом отношении правильным.

2. Ответом является d. Настаивая на том, что расходование фондов на небольшое число людей было бы неправильным и что было бы более продуктивно израсходовать их на содержание школьников, второй член совета определённо мыслит в направлениях максимизации выгод (хороших последствий) - утилитаристский подход. Либертарианизм, теория прав и теория добродетелей, как представляется, не играют роли. Эта точка зрения, очевидно, не есть строгий эгалитаризм, потому что дети-инвалиды, которые имеют большие потребности, не извлекли бы выгоду от такого урегулирования.

3. Ответом является a. Позиция первого члена совета не является либертарианской, поскольку последняя утверждает, что ни один человек не имеет морального обязательства помогать другим, всю благотворительность осуществляя сугубо добровольно. Ею может быть теория прав, согласно которой дети могли бы рассматриваться имеющими право на лучшее обслуживание. Её позиция может предполагать теорию добродетели тем, что она ссылается на то, что добродетельные люди как правило желали бы исправить несправедливости прошлого отсутствия заботы. А если она убеждена в том, что справедливость требует эгалитарных (уравнительных) распределений товаров и услуг, её точка зрения могла бы быть или точкой зрения социализма, или строгого эгалитаризма.

4. Ответом является с. Этот вопрос поднимает проблему сильного патернализма, потому что он вызывает вопрос о том, является ли правильным вмешаться в план действия компетентного пациента для его же собственного блага. Конфиденциальность, право на невмешательство [privacy] и справедливость не имеют отношения к делу; также не является спорным вопросом отказ от лечения, так как врач не имеет намерения лечить пациента.

5. Ответом является а. Очевидно, уважение автономии пациента находится под угрозой. Кроме того, принцип милосердия гораздо больше имеет отношение к делу здесь, чем автономия врача, потому что центральной проблемой является конфликт между тем, что врач должен делать, чтобы предотвратить вред пациенту, и тем, что пациент планирует делать; данный случай не создаёт специальной проблемы того, что врач планирует или желает делать (помимо защиты пациента). Принцип справедливости не играет роли в этом случае. Кроме того, вспомним, что принцип не навреди [*nonmaleficence*] содержит негативное моральное обязательство не вредить, а не моральное обязательство предпринимать активные меры для того, чтобы предотвратить вред. Таким образом, принцип не навреди не является предметом обсуждения.

6. Ответом является е. Есть основательная причина подвергнуть сомнению компетентность пациента, так что его право отказаться от лечения не является применимым безусловно. Попытка успокоить его и объяснение релевантных данных могут помочь привести его в компетентное состояние в котором он может принять информированное решение. Попытка склонить его согласиться на лечение согласуется с уважением его автономии. Если не лечить его, в отсутствие компетентного отказа, это нарушало бы долг врача оказывать помощь пациенту.

7. Ответом является с. Дать согласие на работу было бы поддержано утилитаристскими соображениями, так как этим она помогла бы своей семье. Кроме того, отказ от работы не предотвратил бы возможный вред (как она это понимает) попыток убедить общественность в пользу абортов, потому что кто-либо ещё наверняка примет приглашение на работу в случае, если она откажется. Теория добродетели поддержала бы отказ от работы, но не ясно, каким образом теорию *prima facie* или ролзовскую справедливость можно было бы применить к этому случаю.

8. Ответом является а. Её озабоченность тем, чтобы быть такой личностью, которая живёт согласно своим наиболее глубоким этическим убеждениям, является заботой о добродетели. Ни утилитаризм, теория моральных обязательств *prima facie*, либертарианизм, ни теория прав не представляются здесь особенно уместными.

9. Ответом является с. Протестантские этики предоставляют обычно право именно отдельной личности в принятии морального решения советоваться с разумом и его (или её) совестью. Как иудаизм, так и католицизм (как и православие) ставят много больше ударения на религиозных авторитетах. Либертарианство требует, чтобы личность уважала свободу других, независимо от того, что ей диктует разум и совесть. (Роль разума и совести в западных религиях никогда не обсуждался.

10. Ответом является с. Очень эмоциональное состояние мужчины указывает на то, что он может быть некомпетентным. Предоставление консультирования и обучение его относительно его выборов, сделают разумное решение возможным. До тех пор, пока он не проявит компетентность, его требование тестирования отвергается моральным обязательством врача предот-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. вращать суицид (милосердие). Введение пациента в заблуждение о результатах теста, оказало бы неуважение его автономии; тоже произойдёт, если отказать тестировать его, не пытаясь способствовать душевному состоянию, в котором он смог бы принять обоснованное (разумное) решение. Тестирование на другие заболевания было бы неуместным, а также и непрактичным.

11. Ответом является с. Нет основания полагать, что оба врача расходятся во мнениях на уровне ценностей или принципов, так как их расхождение является совместимым с соблюдением ими обоими принципов милосердия и уважения автономии. Ни индивидуальные концепции ценностей, ни средства их достижения не кажутся релевантными. Они скорее всего расходятся во мнениях по относительной важности, придаваемым двум принципам (то есть какой принцип предпочитается при данных обстоятельствах). Информированное согласие не играет роли в этом спорном вопросе.

12. Ответом является с. Клятва Гиппократова обходит молчанием автономию пациента, или право участвовать в принятии медицинского решения. Врач должен пытаться производить благо пациенту, в соответствии с его собственным мнением. По смыслу, врач может патерналистски не принимать во внимание пожелания пациента. Клятва действительно утверждает важность ненанесения вреда, но этот принцип не имеет преобладающего влияния. Обходится молчанием и справедливость или либертарианизм.

13. Ответом является b (1, 3). Несомненно, принятие мер, которые принудили бы пациента к госпитализации, содержит милосердие, потому что такие действия предполагают принятие активных мер к предотвращению вреда. Менее очевидно, недобровольная принудительная госпитализация не нарушала бы автономию пациента, так как последний просил, чтобы его принудительно госпитализировали при таких обстоятельствах, а его непреклонные отказы были сделаны при обстоятельствах пониженной компетенции. Справедливость не имеет отношения к делу. Ненанесение вреда также не имеет отношение, так как возможность причинения вреда кому-либо врачом не упоминается.

14. Ответом является b (1, 3). Вопреки тому факту, что этот пациент несовершеннолетний и, следовательно, является предметом специальных юридических рассматриваний, в этическом отношении его автономию как умственно компетентного человека должны соблюдать. Выполнение обещания можно обосновать автономией или может рассматриваться в качестве имеющего своё собственное *prima facie* значение, как полагает Росс. Патернализм и справедливость не относятся к делу.

15. Ответом является d (4). Так как пациент несовершеннолетний, для законного обоснованного информированного согласия требуется родительское (материнское) разрешение. Это не тот случай, что милосердие является более важным, в общем, чем соблюдение автономии, или что обещания, данные несовершеннолетним (или членам какой-либо другой возрастной группы), этически не обязывают. Автономия матери не имеет центрального значения, так как не она является пациентом.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

16. Ответом является *a*. Кант полагал, что разум, особенно чтобы избежать непоследовательности, даёт возможность нам знать наши моральные обязательства.

17. Ответом является *e*. Нозик утверждал, в противоположность Ролзу, что справедливость не является делом особого распределения благ между членами общества, а скорее есть результат честной конкуренции на свободном рынке.

18. Ответом является *b*. Милль был классическим утилитаристом и, следовательно, был приверженцем этого принципа.

19. Ответом является *c*. Ролз, в отличие от строгого эгалитаризма, допускает различия в распределении основных социальных благ, но только в том случае, если они приносят выгоду всем.

20. Ответом является *d*. Росс является автором теории моральных обязательств *prima facie*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

МЕДИЦИНСКИЕ КОДЕКСЫ В ЭТИКЕ.

КЛЯТВА ГИППОКРАТА.

Немного известно о жизни Гиппократе; греческий врач родился около 460 г. до н.э. Мы знаем, что он был очень популярным, пользующимся известностью и влиятельным исцелителем, который прожил, говорят 85, 90, 104 или 109 лет. Сборник документов, известный как Сочинения Гиппократе (с большой вероятностью написанные в I-IV столетиях до н.э.), полагают, представляет сохранившиеся произведения гиппократовой школы в медицине. Некоторые произведения в этом сборнике приписывают Гиппократу. Клятва, перепечатанная здесь, тем не менее, полагают, была написана философским течением, известное как пифагорейцы, в конце IV столетия до н.э.

На протяжении Средних веков и в более поздние столетия, Клятва Гиппократе воплощала самые высшие стремления врача. Она формулирует две группы моральных обязательств: (1) моральные обязательства к пациенту и (2) моральные обязательства к другим членам медицинского цеха (профессии). Что касается пациента, она содержит ряд абсолютных запретов (например, против аборта и эвтаназии), а также формулировку обязательства врача приносить пользу и не вредить пациенту.

Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому. Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла: точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство. Я ни в каком случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом. В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

(Текст Клятвы перепечатан из книга: Гиппократ. Избранные книги /Пер. с греч. В. И. Руднева.-- Репринт. воспроиз. изд. 1936 года.-- М.: "СВАРОГ", 1994.-- С. 87-88)

ФАКУЛЬТЕТСКОЕ ОБЕЩАНИЕ.

«Факультетское обещание» русских врачей в XIX-XX вв., после удовлетворительной защиты диссертации и провозглашения диссертанта доктором, читалось ему деканом факультета и его новый доктор подписывал. Оно же печаталось на обратной стороне диплома. Обещание имело своим первоисточником Гиппократов сборник.

Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукой права врача и постигая всю важность обязанностей возлагаемых на меня сим званием, я даю обещание в течение всей своей жизни ничем не помрачать чести сословия, в которое ныне вступаю. Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим, свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия. Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми силами её процветанию, сообщая учёному свету всё, что открою. Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств. Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности; однакоже, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицемерия. В важных случаях обещаю прибегать к советам вра-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. чей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям.

(Текст Обещания перепечатан из книги: Гиппократ. Избранные книги.- С.89)

ПРИСЯГА ВРАЧА СОВЕТСКОГО СОЮЗА.

Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;

быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну;

постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь.

(Утверждена Указом Президиума Верховного Совета СССР № 1364-VIII от 26 марта 1971 г.)

О ПРИНЯТИИ ВЫПУСКНИКАМИ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ ОБЕЩАНИЯ ВРАЧА РОССИИ.

Коренная ломка политического уклада и экономических отношений в России, восстановление приоритета общечеловеческих ценностей позволяют вернуть медицине её гуманную роль защитницы здоровья каждого человека, создают условия для возрождения нравственных устоев российского врача.

В связи с этим начиная с 1992 года ввести Обещание врача России как свод обязательных условий его деятельности на территории Российской Федерации. За основу Обещания взяты тексты древней "Клятвы Гиппократа" и "Факультетского обещания" выпускников российских университетов с устранением в них очевидных анахронизмов.

Обещание врача России принимается окончившими высшие медицинские учебные заведения. Текст Обещания един на всей территории страны.

ОБЕЩАНИЕ ВРАЧА РОССИИ.

Перед лицом своих Учителей и собратьев по великой науке врачевания, принимая с глубокой признательностью даруемые мне права Врача ТОРЖЕСТВЕННО ОБЕЩАЮ:

- считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, помогать ему в его делах и нуждах;
- наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим ученикам, связанным обязательством по закону медицинскому, но никакому другому;
- чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и своё искусство, творя милосердие и не причиняя зла людям;
- никогда и никому не откажу я во врачебной помощи и буду оказывать её с одинаковым старанием и терпением больному всякого достатка, национальности, вероисповедания и убеждений;
- в какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренно несправедного и пагубного, особенно от любовных дел;
- направлять режим и лечение больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости;
- никогда не обращу я мои знания и умения во вред здоровью человека, даже врага;
- я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла;
- что бы при лечении, а также без лечения, я ни увидел и ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной;
- обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами её процветанию, сообщая учёному свету всё, что открою;
- обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств;
- обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности; однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицепрятия;
- в важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям.

Мне, нерушимо выполняющему это Обещание, да будет дано счастье в жизни и в искусстве. Преступившему и дающему ложное Обещание да будет обратное этому.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.
КЛЯТВА РОССИЙСКОГО ВРАЧА.

Утверждена 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994г

Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить ее и сделать лучше; здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой.

Клянусь постоянно совершенствовать мои медицинские познания и врачебное мастерство, отдать все знания и силы охране здоровья человека и ни при каких обстоятельствах я не только не использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности.

Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного, религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мной и моим пациентом.

Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую помощь любому, кто в ней нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти, обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться Этическим кодексом российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая, не признаваемое Ассоциацией врачей России, положение о допустимости пассивной эвтаназии.

Я даю эту клятву свободно и искренне. Я исполню врачебный долг по совести и с достоинством.

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ.
РМА – НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЭТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ.

КОДЕКС ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ.

Одобен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.

I. ВРАЧ И ОБЩЕСТВО.

1. Предметом особой заботы государства и общества являются обеспечение, сохранение жизни и здоровья граждан. Полноценная охрана здоровья народа

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. и обеспечение условий, позволяющих ему достойно существовать и развиваться, являются критериями нравственной политики государства. В осуществлении этой социальной задачи большая роль принадлежит врачу, его профессиональной деятельности и нравственной позиции.

2. Главная цель профессиональной деятельности врача (практика и ученого) – сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократов, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции России и законодательством РФ «О праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь».

3. Врач несет всю полноту ответственности за свои решения и действия. Для этого он обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений. В своей деятельности врач должен использовать последние достижения медицинской науки, известные ему и разрешенные к применению МЗ РФ.

4. Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения.

5. Врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных препаратов за назначение предлагаемых ими лекарств.

6. Врач должен при назначении лекарств строго руководствоваться медицинскими показаниями и исключительно интересами больного.

7. Как в мирное, так и в военное время врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение.

8. Врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к учреждению, в котором он работает.

9. Врачи, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания.

10. Врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.

11. Врач может заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерба пациентам и его врачебной деятельности.

12. В соответствии со ст. 41 Конституции РФ в условиях государственных лечебно-профилактических учреждений врач оказывает пациентам помощь бесплатно.

13. Право на частную практику врача регулируется законом.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

14. Бесплатное лечение других врачей и их ближайших родственников, а также вдов и сирот является долгом российского врача и элементом профессиональной нравственности.

15. Гуманные цели, которым служит врач, дают ему основание требовать законной защиты его личного достоинства, достаточного материального обеспечения, создания условий для осуществления профессиональной деятельности как в мирное, так и в военное время.

16. Участвуя в организационных (предусмотренных законодательством РФ) формах протеста, врач не освобождается от обязанности обеспечивать необходимую медицинскую помощь пациентам, находящимся под его наблюдением.

17. Врач обязан содействовать врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.

18. За свою врачебную деятельность врач прежде всего несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации – перед судом. Но врач прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути – это его собственная совесть.

19. Контроль за соблюдением врачебной этики осуществляют профессиональные ассоциации и созданные при них этические комитеты (комиссии).

20. Российская медицинская ассоциация и ее этический комитет (ЭК) отстаивают и защищают в СМИ, обществе (государстве) и в суде честь и достоинство врача, если коллегиально принято такое решение.

II. ВРАЧ И ПАЦИЕНТ.

1. Врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег.

2. Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. При выборе любого метода лечения врач прежде всего должен руководствоваться заповедью «Non nocere!».

3. За исключением случаев неотложной помощи, когда он обязан принимать меры, не усугубляющие состояние больного, врач имеет право отказаться от лечения больного, если уверен, что между ним и пациентом нет необходимого взаимного доверия, если чувствует себя недостаточно компетентным или не располагает необходимыми для проведения лечения возможностями. В этих и подобных случаях врач должен принять все меры к информированию об этом соответствующего органа здравоохранения и порекомендовать больному компетентного специалиста.

4. Врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер. Добровольное согласие пациента на лечение врач обычно получает при личном разговоре с больным. Это согласие должно быть осознанным, больной должен быть непременно информирован о методах лечения, о последствиях их применения, в частности, о возможных осложнениях, других альтернативных методах лечения. Проведение лечебно-диагностических мероприятий без согласия пациента разрешено только в случаях угрозы для жизни и здоровья пациента и неспособности его адекватно оценивать ситуацию. Желательно решение в подобных случаях принимать коллегиально. При лечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, врач должен руководствоваться Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». При лечении ребенка врач обязан предоставлять полную информацию его родителям или опекунам, получить их согласие на применение того или иного метода лечения или лекарственного средства.

5. Врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного, но в то же время он не должен без достаточных на то профессиональных причин вмешиваться в частные дела пациента и членов его семьи.

6. Если пациент не способен осознанно выразить свое согласие, его должен выразить законный представитель или лицо, постоянно опекающее пациента.

7. Пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, но он может от нее отказаться или указать лицо, которому следует сообщать о состоянии его здоровья.

Информация может быть скрыта от пациента в тех случаях, если имеются веские основания полагать, что она может нанести ему серьезный вред. Однако по четко выраженному пациентом требованию врач обязан предоставить ему полную информацию. В случае неблагоприятного прогноза для больного необходимо проинформировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на продление жизни, на возможный благоприятный исход.

8. По желанию пациента, врач не должен препятствовать реализации его права на консультацию другим врачом.

9. Самореклама при общении врача с больным недопустима.

10. При совершении ошибки или развитии в процессе лечения непредвиденных осложнений врач обязан проинформировать об этом больного, в необходимых случаях – орган здравоохранения, старшего коллегу и немедленно приступить к действиям, направленным на исправление вредных последствий, не дожидаясь указаний на это.

11. При отборе больных, требующих проведения сложных профилактических, диагностических и особенно лечебных (например, трансплантация органов и др.) мероприятий, врачи, вынужденно устанавливающие очередность в оказании помощи, должны исходить из строгих медицинских показаний и

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. принимать решения самостоятельно, а лучше коллегиально, с участием членов этического комитета (комиссии).

12. Врачебную практику врач может осуществлять только под собственной фамилией, не используя псевдоним и не указывая не присвоенных официально титулов, степеней, званий.

III. КОЛЛЕГИАЛЬНОСТЬ ВРАЧЕЙ.

1. В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и чувство благодарности к тому, кто научил его искусству врачевания.

2. Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.

3. Врач не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо иным образом его дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии). Медицинское сообщество обязано оказывать помощь врачу в восстановлении его профессиональной репутации.

4. В трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного.

5. Врачи-руководители научных и лечебных учреждений обязаны заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

6. Врачи обязаны с уважением относиться к другому медицинскому и вспомогательному персоналу учреждения, постоянно заботясь о повышении его квалификации.

IV. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА.

1. Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач, равно как и другие лица, участвующие в оказании медицинской помощи, обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.

2. Тайна распространяется на все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (диагноз, методы лечения, прогноз и др.).

3. Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:

- по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;
- по мотивированному требованию органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;
- если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);
- в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

4. Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну.

5. Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.

6. В процессе научных исследований, обучения студентов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного возможна только с его согласия.

V. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И БИОМЕДИЦИНСКИЕ ИСПЫТАНИЯ.

1. Перед началом биомедицинских исследований, в том числе апробации новых лекарственных средств, биологически активных добавок, способов обследования и методов лечения врач должен получить согласие на их проведение этического комитета (комиссии или ученого совета) учреждения с утверждением плана (протокола) предполагаемого исследования, в котором должны быть четко определены цели и этические аспекты, ход эксперимента, возможные осложнения.

2. Испытуемый после ознакомления с целями, методами, потенциальной пользой и возможным риском должен дать свое явно выраженное письменное согласие на участие в исследовании, которое по желанию пациента может быть беспрепятственно на любом этапе денонсировано им.

3. В отношении пациентов, неспособных дать осознанное согласие на участие в исследовании, согласие должно быть получено в письменной форме от родителей или другого законного представителя – юридически ответственного лица. Подобные исследования могут проводиться только в интересах спасения жизни, восстановления или поддержания здоровья исследуемого, без нанесения ему вреда, ухудшения здоровья и течения имеющегося заболевания.

4. Биомедицинские исследования на людях могут проводиться врачами в следующих случаях:

- если они служат улучшению здоровья пациентов, участвующих в эксперименте;
- если они вносят существенный вклад в медицинскую науку и практику;
- если результаты предшествующих исследований и данные научной литературы не свидетельствуют о риске развития осложнений.

5. Биомедицинские исследования на людях должны проводиться квалифицированными в научном плане врачами-исследователями под наблюдением компетентных специалистов. Исследователи обязаны прервать испытание в случаях появления признаков, опасных для жизни и здоровья испытуемого. Испытания на беременных женщинах, на плодах и новорожденных запрещаются.

6. Испытатели обязаны застраховать свою ответственность на случай причинения неумышленного вреда здоровью испытуемых.

7. В экспериментах на животных врач-исследователь должен соблюдать принципы гуманности, облегчая по мере возможности их страдания, стре-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. миться к сокращению числа экспериментальных животных в максимально возможной степени.

8. О результатах своих исследований врач после оформления авторского права на открытие, изобретение и др. должен через доступные ему средства профессиональной информации оповестить своих коллег.

9. Врачи, особенно руководители научных коллективов, в научных публикациях должны строго соблюдать авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив, либо умалчивание фамилий лиц, активно участвовавших в исследованиях, является нарушением принципов профессиональной этики.

VI. ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ В ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ.

1. Врач должен приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить больному необходимую медицинскую помощь в экстремальных условиях.

2. Врач не должен прибегать к эвтаназии, равно как и привлекать к ее исполнению других лиц, но обязан облегчить страдания больных, находящихся в терминальном состоянии, всеми доступными, известными ему и разрешенными способами.

3. Вопрос о прекращении реанимации, особенно в случаях, если нет энцефалографических подтверждений полного прекращения мозговой деятельности, следует по возможности решать коллегиально.

4. Врач должен способствовать пациенту в осуществлении его права воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии.

VII. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ, РЕПРОДУКЦИЯ, ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА.

Действия врача, его морально-этическая ориентация при трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательстве в геном человека, в репродуктивную функцию определяются этико-правовыми и законодательно-нормативными актами РФ, Всемирной медицинской ассоциации и Всемирной организации здравоохранения.

Врач не должен эти области науки и практики использовать для извлечения личной финансовой выгоды.

VIII. ИНФОРМАЦИЯ И РЕКЛАМА.

1. Врач не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и особенно лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

2. Публикации медицинского характера, выступления врачей на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.

3. Врач обязан сообщать в Фармакологический государственный комитет МЗ РФ или в Федеральный центр по изучению побочных действий лекарств МЗ РФ о наблюдаемых им всех неизвестных, нежелательных побочных действиях лекарственных препаратов.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

4. В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, врач должен, прежде всего, ориентироваться на информационные цели и лично не проводить рекламную работу среди больных по покупке указанных средств до их государственной регистрации в установленном порядке.

5. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методов и средств оккультно-мистического и религиозного характера.

IX. ВРАЧЕБНЫЕ СПРАВКИ.

1. Врачебные справки врач может выдать только в соответствии с действующими законодательными, нормативно-методическими и инструктивными документами.

Настоящий кодекс действует на всей территории Российской Федерации и обязателен для всех врачей, входящих в Российскую медицинскую ассоциацию, ее региональные отделения (филиалы), а также профессиональные объединения, признавшие Этический кодекс врача официально.

Врач, не входящий в профессиональные ассоциации, объединения, может лично принять Этический кодекс врача и руководствоваться им в своей профессиональной деятельности.

НЮРНБЕРГСКИЙ КОДЕКС

Тяжесть свидетельских показаний, лежащих перед нами, заставляет делать вывод, что некоторые виды медицинских экспериментов на человеке отвечают этическим нормам медицинской профессии в целом лишь в том случае, если их проведение ограничено соответствующими, четко определенными рамками. Защитники практики проведения экспериментов на людях оправдывают свои взгляды на том основании, что результаты таких экспериментов чрезвычайно полезны для всего общества, чего невозможно достичь с помощью других методов исследования. Все согласны, однако, что нужно соблюдать определенные основополагающие принципы, удовлетворяющие соображениям морали, этики и закона.

1. Абсолютно необходимым условием проведения эксперимента на человеке является добровольное согласие последнего.

Это означает, что лицо, вовлекаемое в эксперимент в качестве испытуемого, должно иметь законное право давать такое согласие; иметь возможность осуществлять свободный выбор и не испытывать на себе влияние каких-либо элементов насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм давления или принуждения; обладать знаниями, достаточными для того, чтобы понять суть эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до принятия утвердительного решения о возможности своего участия в том или ином эксперименте испытуемый был инфор-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. мирован о характере, продолжительности и цели данного эксперимента; о методах и способах его проведения; обо всех предполагаемых неудобствах и опасностях, связанных с проведением эксперимента, и, наконец, возможных последствиях для физического или психического здоровья испытуемого, могущих возникнуть в результате его участия в эксперименте.

Обязанность и ответственность за выяснение качества полученного согласия лежит на каждом, кто инициирует, руководит или занимается проведением данного эксперимента. Это персональная обязанность и ответственность каждого такого лица, которая не может быть безнаказанно переложена на другое лицо.

2. Эксперимент должен приносить обществу положительные результаты, недостижимые другими методами или способами исследования; он не должен носить случайный, необязательный по своей сути характер.

3. Эксперимент должен основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных, знании истории развития данного заболевания или других изучаемых проблем. Его проведение должно быть так организовано, чтобы ожидаемые результаты оправдывали сам факт его проведения.

4. При проведении эксперимента необходимо избегать всех излишних физических и психических страданий и повреждений.

5. Ни один эксперимент не должен проводиться в случае, если "a priori" есть основания предполагать возможность смерти или инвалидизирующего ранения испытуемого; исключением, возможно, могут являться случаи, когда врачи-исследователи выступают в качестве испытуемых при проведении своих экспериментов.

6. Степень риска, связанного с проведением эксперимента, никогда не должна превышать гуманитарной важности проблемы, на решение которой направлен данный эксперимент.

7. Эксперименту должна предшествовать соответствующая подготовка, и его проведение должно быть обеспечено оборудованием, необходимым для защиты испытуемого от малейшей возможности ранения, инвалидности или смерти.

8. Эксперимент должен проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию. На всех стадиях эксперимента от тех, кто проводит его или занят в нем, требуется максимум внимания и профессионализма.

9. В ходе проведения эксперимента испытуемый должен иметь возможность остановить его, если, по его мнению, его физическое или психическое состояние делает невозможным продолжение эксперимента.

10. В ходе эксперимента исследователь, отвечающий за его проведение, должен быть готов прекратить его на любой стадии, если профессиональные соображения, добросовестность и осторожность в суждениях, требуемые от него, дают основания полагать, что продолжение эксперимента может привести к ранению, инвалидности или смерти испытуемого.

(Международная клятва врачей)

Принята 2^{ой} Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в сентябре 1948 года, дополнена 22^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.

Вступая в медицинское сообщество, я добровольно решаю посвятить себя нормам гуманности и клянусь:

- На всю жизнь сохранить благодарность и уважение к своим учителям.
 - Исполнять свой профессиональный долг по совести и с достоинством.
 - Здоровье моего пациента будет моим первейшим вознаграждением.
 - Уважать доверенные мне секреты даже после смерти моего пациента.
 - Делать все, что в моих силах, для поддержания чести и благородных традиций медицинского сообщества.
 - Коллеги будут мне братьями.
 - Не позволить соображением религиозного, национального, расового, партийно-политического и социального характера встать между мной и моим пациентом.
 - Я буду проявлять абсолютное уважение к человеческой жизни с момента зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую своих медицинских знаний в ущерб нормам гуманности.
- Я принимаю эти обязательства обдуманно, свободно и честно.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.

Принят 3^{ей} Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в октябре 1949 года, дополнен 22^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 года и 35^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.

Общие обязанности врачей:

Врач обязан всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты.

Принимая профессиональные решения, врач должен исходить из соображений блага для пациента, а не из собственных материальных интересов.

Вне зависимости от профессиональной специализации, врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи.

Врач должен быть честен с пациентом и коллегами. Он не имеет права покрывать коллег, обманывающих своих пациентов.

С нормами медицинской этики не совместимы:

- а) Самореклама, если она специально не предусмотрена законами страны и этическим кодексом Национальной Медицинской Ассоциации.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

б) Выплата врачом комиссионных за направление к нему пациента, либо получением платы или иного вознаграждения из любого источника за направление пациента в определенное лечебное учреждение, к определенному специалисту или назначение определенного вида лечения без достаточных медицинских оснований.

Врач должен уважать права пациента, коллег, других медицинских работников, а также хранить врачебную тайну.

Врач может осуществить вмешательство, способное ухудшить физическое или психическое состояние пациента лишь в интересах последнего.

Врач должен быть крайне осторожен, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

Врач должен утверждать лишь то, что проверено им лично.

Обязанности врача по отношению к больному:

С целью сохранения здоровья и жизни пациента врач должен использовать весь свой профессиональный потенциал. Если необходимое обследование или лечение выходит за уровень возможностей врача, он должен обратиться к более компетентным коллегам.

Смерть больного не освобождает врача от обязанности хранить врачебную тайну.

Оказание ургентной помощи - человеческий долг врача.

Обязанности врача по отношению друг к другу:

По отношению к своим коллегам врач должен вести себя так, как он хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

Врач не должен переманивать пациентов у своих коллег.

Врач обязан соблюдать принципы Женевской Декларации, одобренной Всемирной Медицинской Ассоциацией.

12 ПРИНЦИПОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЮБОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Приняты 17^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Нью-Йорк, США, в октябре 1963 года, дополнены 35^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.

Преамбула:

На планете работают различные системы здравоохранения от полностью автономных до исключительно государственных.

В одних странах помощь оказывается лишь остро в ней нуждающимся, в других -- существует развитая система медицинского страхования, третьи существенно продвинулись в организации комплексной охраны здоровья. Различные степени сочетания частной инициативы и государственной политики в области здравоохранения порождают множество вариантов систем предоставления медицинской помощи.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

В идеале необходимо обеспечить *наиболее современный уровень медицинской помощи при полной свободе выбора как для врача, так и для пациента.*

Однако эта формула носит слишком общий характер и, к сожалению, мало помогает при решении конкретных проблем здравоохранения в конкретной стране.

Всемирная Медицинская Ассоциация считает своим долгом встать на защиту основных принципов медицинской практики и свободы медицинской профессии, а потому, не вдаваясь в оценку ни одной из национальных систем здравоохранения, декларирует условия, соблюдение которых необходимо для эффективного сотрудничества медицинского сообщества с государственной системой здравоохранения.

Принципы:

1. В любой системе здравоохранения условия работы медиков должны определяться с учетом позиции общественных врачебных организаций.

2. Любая система здравоохранения должна обеспечить пациенту право выбора врача, а врачу -- право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациентов. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь оказывается в медицинских центрах. Профессиональная и этическая обязанность врача -- оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений.

3. Любая система здравоохранения должна быть открыта для всех врачей, имеющих право практики: ни медиков вообще, ни одного врача в частности нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

4. Врач должен быть свободен в выборе места своей практики и ограничен лишь пределами своей специализации. Медицинское сообщество должно помогать государству, ориентируя молодых врачей на работу в тех регионах, где они наиболее необходимы. Врачам, соглашающимся работать в менее престижных районах, должна быть оказана такая помощь, чтобы оснащение практики и уровень жизни врача соответствовали статусу их профессии.

5. Медицинское сообщество должно быть адекватно представлено во всех государственных институтах, имеющих отношение к проблемам охраны здоровья.

6. Все, кто принимает участие в лечебном процессе, или контролирует его, должны осознавать, уважать и сохранять конфиденциальность взаимоотношений врача и пациента.

7. Необходимы гарантии моральной, экономической и профессиональной независимости врача.

8. Если размер гонорара за медицинские услуги не определен прямым договором между пациентом и врачом, организации, финансирующие предоставление медицинских услуг, обязаны адекватно компенсировать труд врача.

9. Объем гонорара врача должен зависеть от характера медицинской услуги. Цена медицинских услуг должна определяться соглашением с участием представителей медицинского сообщества, а не односторонним решением

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы организаций, финансирующих предоставление медицинских услуг, или правительства.

10. Оценка качества и эффективности медицинской помощи, оказываемой врачом, объема, цены и количества предоставляемых им услуг, должны осуществлять только врачи, руководствуясь в большей степени региональными, нежели национальными стандартами.

11. В интересах больного не может быть никаких ограничений права врача на выписку любых препаратов и назначение любого лечения, адекватного с точки зрения современных стандартов.

12. Врач должен активно стремиться к углублению своих знаний и повышения профессионального статуса.

ЛИССАБОНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТА.

Принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/октябрь 1981.

Врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, с учетом юридических, этических и практических норм той страны, где он практикует. Настоящая «Декларация» утверждает основные права, которыми, с точки зрения медицинского сообщества, должен обладать каждый пациент.

Если в какой-либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации нижеперечисленных прав, врачи должны стремиться всеми доступными способами восстановить их и обеспечить их соблюдение.

а) Пациент имеет право свободно выбирать врача.

б) Пациент имеет право получать помощь врача, независимого от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях.

в) Пациент имеет право, получив адекватную информацию, согласиться на лечение или отказаться от него.

г) Пациент имеет право рассчитывать на то, что врач будет относиться ко всей медицинской и личной информации, доверенной ему, как к конфиденциальной.

д) Пациент имеет право умереть достойно.

е) Пациент имеет право воспользоваться духовной или моральной поддержкой, включая помощь служителя любой религиозной конфессии, или отклонить ее.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

ВЕНЕЦИАНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ.

Принято 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983

1. В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами.
2. Исключения из приведенного выше принципа (п. 1) не допускаются даже в случае неизлечимых заболеваний и уродств.
3. Исключениями из приведенного выше принципа (п. 1), не считаются следующие случаи:

3.1. Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания -- по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца.

Отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания.

3.2. Врач должен воздерживаться от применения нестандартных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному.

3.3. Врач может искусственно поддерживать жизненные функции умершего с целью сохранения органов для трансплантации, при условии, что законы страны не запрещают этого, есть согласие, данное до наступления терминального состояния самим больным, либо, после констатации факта смерти, его законным представителем и смерть констатирована врачом, прямо не связанным ни с лечением умершего, ни с лечением потенциального реципиента. Врачи, оказывающие помощь умирающему не должны зависеть ни от потенциального реципиента, ни от лечащих его врачей.

Хельсинкская декларация всемирной медицинской ассоциации. (1964 г.)

Приняты 18-й Всемирной медицинской ассамблеей (Хельсинки, 1964 г.)

Пересмотрены 29-й Всемирной медицинской ассамблеей (Токио, 1975 г.)

Пересмотрены 35-й Всемирной медицинской ассамблеей (Венеция, 1983 г.)

Пересмотрены 41-й Всемирной медицинской ассамблеей (Гонконг, 1989 г.)

Введение.

Предназначение врача состоит в том, чтобы охранять здоровье людей. Его знания и опыт должны служить достижению этой цели.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации говорит о долге врача: "Здоровье моего больного будет предметом моей главной заботы"; Международный Кодекс Медицинской Этики гласит: "Врач должен действовать только в интересах больного, если в процессе лечения возможно ухудшение его физического или психического состояния".

Целью биомедицинских исследований с участием людей должно быть повышение качества диагностических, лечебных и профилактических манипуляций и понимание этиологии и патогенеза заболеваний.

В существующей медицинской практике большинство диагностических, лечебных и профилактических манипуляций связано с определенным риском. Это особенно относится к биомедицинским исследованиям.

Медицинский прогресс невозможен без исследований, которые на конечном этапе включают эксперименты с участием людей.

В области биомедицинских исследований необходимо проводить фундаментальное различие между медицинскими экспериментами, непосредственной целью которых является установление диагноза и лечение больного, и медицинскими экспериментами, в значительной степени чисто научными и не имеющими прямого диагностического и терапевтического значения для человека, служащего объектом исследования.

Особой осторожности требует проведение исследований, влияющих на состояние окружающей среды; кроме того, никогда не следует забывать, что животные, используемые для экспериментов, являются живыми существами.

Учитывая важность того, что применимые к людям результаты лабораторных экспериментов способствуют дальнейшему развитию научных знаний и облегчению человеческих страданий, Всемирная Медицинская Ассоциация подготовила следующие рекомендации как руководство для каждого врача, занимающегося биомедицинскими исследованиями с участием людей. В будущем они могут пересматриваться. Необходимо подчеркнуть, что правила составлены только как рекомендации врачам всего мира. Врачи не освобождаются от уголовной, гражданской и этической ответственности в соответствии с законами своей страны.

1 Основные принципы.

1.1. Биомедицинские исследования, объектом которых является человек, должны соответствовать общепринятым научным принципам и основываться на достаточном объеме лабораторных исследований и опытов на животных, а также на всестороннем знании научной литературы.

1.2. Дизайн и порядок проведения каждого эксперимента, объектом которого является человек, должны быть четко сформулированы. Протокол эксперимента должен быть передан для рассмотрения, оценки и внесения поправок специально назначаемому Комитету, независимому от исследователя и спонсора, при условии, что этот независимый Комитет действует в соответствии с законами и подзаконными актами той страны, в которой выполняется исследовательский эксперимент.

1.3. Биомедицинские исследования, объектом которых являются люди, должны проводиться только квалифицированными научными работниками и под руководством компетентного клинициста. Ответственность за лиц - объектов исследования всегда должна возлагаться на врача и никогда не должна возлагаться на объекты исследования, несмотря на полученное от последнего информированное согласие.

1.4. Биомедицинские исследования, объектом которых являются люди, не могут выполняться, если значимость цели исследования непропорциональна степени сопряженного риска для исследуемого.

1.5. Каждый проект биомедицинского исследования, объектом которого являются люди, должен быть предварен тщательной оценкой потенциального предсказуемого риска в сравнении с ожидаемыми благоприятными для исследуемого или других лиц результатами.

1.6. Всегда должно соблюдаться право исследуемого на защиту его от вредных воздействий. Должны быть предприняты все возможные меры предосторожности, направленные на уважение личных свобод и интимных чувств и минимизацию влияния исследования на физическую и умственную целостность исследуемого и на его личность.

1.7. Врачи должны воздерживаться от проведения исследовательских программ, объектом которых являются люди, если у них отсутствует убежденность, что сопряженный риск можно считать предсказуемым. Врач должен прекратить любое исследование, если в ходе его выясняется, что риск превышает благоприятные результаты.

1.8. При публикации результатов своего исследования врач обязан сохранять точность полученных данных. Отчеты об экспериментах, не соответствующих принципам данной Декларации, не должны приниматься к печати.

1.9. При любом исследовании на человеке потенциальный испытуемый должен быть предварительно достаточно информирован о целях, методах, ожидаемых положительных результатах и потенциальном риске исследования, а также неудобствах, которые могут быть с ним связаны. Ему или ей должно быть сообщено, что он(а) свободны воздержаться от исследования, а также в любой момент аннулировать свое согласие на участие. После этого врач должен получить информированное согласие исследуемого, предпочтительно в письменном виде.

1.10. При получении согласия на участие в исследовательской программе врач должен быть особенно сдержанным и осторожным, если исследуемый находится в зависимости от него или может дать согласие под принуждением. В этом случае согласие должен получить врач, который не участвует в исследовании и абсолютно независим от связанных с исследованием официальных отношений.

1.11. В случае недееспособности исследуемого согласие должно быть получено от законного опекуна в соответствии с национальным законодательством. Если физическая или умственная несостоятельность исследуемого делает невозможным получение согласия, или если исследуемый несовершеннолетний, то разрешение исследуемого может быть заменено разрешением

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ответственного родственника в соответствии с национальным законодательством.

1.12. В протокол исследования всегда должно входить заявление об этических аспектах исследования и должно быть указано, что протокол соответствует принципам, провозглашенным в настоящей Декларации.

2. Сочетание медицинских исследований с профессиональной деятельностью (Клинические исследования)

2.1. При лечении больного человека врач должен быть свободен в использовании нового диагностического и лечебного метода, если по его (ее) суждению он дает надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или облегчение страданий.

2.2. Потенциальный благоприятный эффект, риск или дискомфорт нового метода должны быть сопоставлены с преимуществами наилучших из общепринятых диагностических или лечебных методов.

2.3. Перед любым медицинским исследованием каждый исследуемый - включая лиц контрольной группы - должен быть поставлен в известность о наилучших из апробируемых диагностических и лечебных методах.

2.4. Отказ исследуемого от участия в эксперименте никогда не должен влиять на отношение врача к исследуемому.

2.5. Если врач считает необходимым избежать процедуры получения согласия, особые причины такого предложения должны быть заявлены в протоколе эксперимента для передачи в независимый Комитет (см. п.1.2.).

2.6. Врач может сочетать медицинское исследование с оказанием медицинской помощи, ставя цель получения новых медицинских знаний, но лишь в той степени, в которой медицинское исследование оправдано потенциальной диагностической или лечебной ценностью для исследуемого.

3. Нетерапевтические биомедицинские исследования с участием людей (неклинические биомедицинские исследования)

3.1. При чисто научных целях медицинского исследования, проводящегося на человеке, долг врача - оставаться защитником жизни и здоровья того лица, которое подвергается биомедицинскому исследованию.

3.2. Исследуемые должны быть добровольцами, либо здоровыми лицами, либо больными, заболевание которых не связано с условиями и задачами.

3.3. Исследователь или коллектив исследователей должны прервать исследование, если по его (ее) или их суждению продолжение эксперимента может принести вред человеку.

3.4. При исследованиях на человеке интересы науки и общества никогда не должны превалировать над соображениями, связанными с благополучием исследуемого.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

І. КОНСТИТУЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (извлечение).

(принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.)

Статья 41.

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-противоэпидемическому благополучию.

3. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

II. ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН (ИЗВЛЕЧЕНИЯ)

(приняты ВС РФ 22 июля 1993 г.)

Статья 1. Охрана здоровья граждан.

Охрана здоровья граждан -- это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Статья 2. Основные принципы охраны здоровья граждан.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Статья 15. Порядок и условия выдачи лицензий предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения.

Предприятия, учреждения и организации государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения могут осуществлять свою деятельность только при наличии лицензии на избранный вид деятельности.

Предприятия, учреждения и организации государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения получают лицензию на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартам. В случаях оказания медицинской помощи по нескольким профилям в лицензии указывается отдельно каждый вид деятельности.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Выдачу указанных лицензий и сертификатов проводят лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта Российской Федерации или местной администрацией по поручению соответствующего органа государственного управления субъекта Российской Федерации.

В состав лицензионных комиссий входят представители органа государственного управления субъекта Российской Федерации или местной администрации, органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций. Лицензионные комиссии несут ответственность за обоснованность принимаемых решений.

При несоответствии условий деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения установленным стандартам лицензия и сертификат не выдаются. При этом лицензионные комиссии могут определить допустимые виды деятельности либо установить срок повторного лицензирования.

По инициативе органов управления здравоохранением, лечебно-профилактических учреждений, аптечных учреждений, фармацевтических предприятий и организаций, профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций допускается внеочередное лицензирование.

Лишение лицензий, а также приостановление их действия осуществляется лицензионными комиссиями при несоблюдении предприятиями, учреждениями и организациями требований стандартов качества медицинской помощи. Решение лицензионной комиссии может быть обжаловано в суд должностными лицами предприятий, учреждений и организаций.

Порядок и условия выдачи лицензий предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 16. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан.

При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области, для участия в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с их нарушением, в подготовке рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской деятельности, для решения иных вопросов в области охраны здоровья граждан.

В состав комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан входят лица, представляющие интересы общественности, включая специалистов по медицинской этике, юристов, деятелей науки и искусства, представителей духовенства, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов и других общественных объединений.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Положение о порядке создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан утверждается Верховным Советом Российской Федерации.

Статья 17. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья.

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь.

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

(Примечание администрации: часть 4 статьи 20 изменена см. Федеральный закон от 02.12.2000 № 139-ФЗ)

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации. Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, коррегирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются Правительством Российской Федерации.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьей 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы санитарно-эпидемиологической службой вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Работающие граждане в случае болезни имеют право на три дня неоплачиваемого отпуска в течение года, который предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания.

Статья 30. Права пациента.

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья.

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставля-

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. ются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Статья 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона.

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона.

Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии письменного согласия супругов (одиноким женщиной).

Сведения о проведенном искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну.

Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство.

Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 36. Искусственное прерывание беременности.

Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока беременности.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации, а перечень социальных показаний -- положением, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

(Примечание администрации: в настоящее время перечень социальных показаний определен Постановлением Правительства от 11.08.2003 г. № 485, перечень медицинских показаний см. приказ Минздрава РФ от 28.12.93 № 302)

Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 37. Медицинская стерилизация.

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина -- независимо от возраста и наличия детей.

Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации. Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований.

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет, только

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей.

Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации или иными уполномоченными на то органами.

Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте.

Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании.

При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии.

Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики и реабилитации осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о рекламе.

Статья 44. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами.

Производство и закупка лекарственных средств и изделий медицинского назначения обеспечиваются в соответствии с потребностями населения Правительством Российской Федерации. Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации или иными уполномоченными на то министерствами и ведомствами.

Категории граждан, обеспечиваемых лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения индивидуального пользования на льготных условиях, устанавливаются Правительством Российской Федерации, правительствами республик в составе Российской Федерации. Право на выписку рецептов для лекарственного обеспечения граждан на льготных условиях

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. имеют лечащие врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Статья 45. Запрещение эвтаназии.

Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 46. Определение момента смерти человека.

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

(Примечание администрации: см. Закон РФ № 4180-1 от 22.12.92 "О трансплантации органов и (или) тканей человека")

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок.

Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 48. Проведение патологоанатомических вскрытий.

Патологоанатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания.

Порядок проведения патологоанатомических вскрытий определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации.

По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии - близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию.

Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патологоанатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ.

Статья 60. Клятва врача.

Лица, окончившие высшие медицинские учебные заведения Российской Федерации и получившие диплом врача, дают клятву врача.

Текст клятвы врача утверждается Верховным Советом Российской Федерации.

Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Статья 61. Врачебная тайна.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи. С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Статья 62. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие:

1) в разработке норм медицинской этики и решения вопросов, связанных с нарушением этих норм;

2) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;

3) в лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности;

4) в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга могут проводить проверочные испытания медицинских и фармацевтических работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации и другие общественные объединения осуществляют деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Статья 68. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с частью первой статьи 66 настоящих Основ.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Статья 69. Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья.

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права и свободы граждан, определенные настоящими Основами, в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней: Пер. с англ. – М.Е Прогресс-Культура; Изд-во Агенства «Яхтсмен», 1995. – 607 с.
2. Аристотель. Никомахова этика. // Аристотель. Сочинения: в 4-х т. Т. 4. - М.: Мысль, 1984. - С. 53-293.
3. Бартко А. Н. Биомедицинская этика: к вопросу о философских основаниях концепций субъективности и современная теория морали // Методологические и социальные проблемы медицины и биологии: Сб. науч. трудов. -- М.: ММСИ, 1993. -- С. 126-137.
4. Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. – М.: Изд-во Моск. Патриархии, 1976. – 1372 с.
5. Биоэтика: проблемы и перспективы/ Отв. ред.: С.М.Малков, А.П.Огурцов. – М.: ИФРАН, 1992. -- 210 с.
6. Бутон К. Медицинская этика: жить или умереть // Америка. – Май - №426. -- М., 1992. -- С. 3-4, 17-18.
7. Гиппократ. Избранные книги: Пер. с греч. Проф. В.И. Руднева. -- М.: "Сварог", 1994. -- 736 с.
8. Кант И. Основы метафизики нравственности// Кант И. Сочинения: в 6-тый т. Т. 4, ч.1. -- М.: Мысль, 1965. -- С.219-310.
9. Кант И. Критика практического разума// Там же, -- С. 311-- 501.
10. Кант И. Метафизика нравов// Там же, т. 4, ч. 2.
11. Медицина и права человека: Нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали: Пер. с франц. -- М.: А/О ИГ "Прогресс", "Прогресс --Интер", 1992. -- 214 с.
12. Мелетий митрополит Никопольский. Аборты. Изд. 3-е. М.: Общество ревнителей православной культуры, 1993. -- 16 с.
13. Милль Дж.С. О свободе. -- СПб, 1906.
14. Милль Дж.С. Утилитарианизм. -- СПб, 1900.
15. Мирский М.Б. Медицина России XVI-XIX веков. -- М.: "Российская политическая энциклопедия" (РОССПЭН), 1996. -- 400 с.
16. Мур Дж. Принципы этики: Пер. с англ. -- М., Прогресс, 1984.

- Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.
17. На грани жизни и смерти: (Краткий очерк современной биоэтики в США)/ Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др.: Пер. с англ. -- М.: Знание, 1989. -- 64 с.
 18. Пеллегрини З. Медицинская этика в США: настоящее и будущее // Человек. -- М., 1990. -- №2. -- С.47-55.
 19. Рикёр П. Герменевтика. Этика. Политика. Московские лекции и интервью.- - М.: АО "КАМИ", Изд. центр "АСАДЕМIA", 1995. -- 160 с.
 20. Ролз Дж. Теория справедливости: Пер. с англ. -- Новосибирск, Изд-во Новосибир. ун-та, 1995. -- 536 с.
 21. Спаси и сохрани. -- 3-е изд. -- М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 1995.-- 64 с.
 22. Шепотьев Н. Врачебная этика древних индийских и греческих врачей. Из лекций по истории медицины// Учёные записки Казанск. ун-та. Вып. XIII, кн. 4. -- Казань, 1890.
 23. Шледер Б. Структура ценностных ориентации: Пер. с англ.// Иностранная психология. -- М., 1994. -- Том 2, №2(4). -- С.47-56.
 24. Харакас С. Православие и биоэтика: Пер. с англ// Человек. -- М., ,1994. -- №2. -- С.91-100.
 25. Этические и правовые проблемы клинических испытаний и научных экспериментов на человеке и животных. Сб. материалов к конференции. -- М.: РНКБ, 1994. -- 170 С.
 26. Beauchamp T.L., Childrese J.F. Principles of biomedical ethics. 4th ed. -- N.Y.: Oxford univ. press, 1994. -- X, 546 p.
 27. Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems /ed. by Thomas A. Shannon. -- 4th ed. - New Jersey: Paulist Press, 1993. -- 542 p.
 28. Biomedical ethics /Ed. by Mappes Th.A./ Zembaty J.S. -- 3d ed. -- N.Y. etc.: McGraw-Hill, 1991. -- XIV. 641 p.
 29. Brandt R. Toward a Credible Form of Utilitarianism. In: Contemporary Utilitarianism/ Ed. by M. Bayles. -- Garden City, 1968. -- Pp. 143-186.
 30. Brody B.A., Engelhardt H.T., jr. Bioethics: Readings and cases. -- Englewood Cliffs: Pentice-Hall, 1987. -- 403 p.
 31. Cassell E.J.. The nature of suffering and the goals of medicine. -- N.Y. etc.: Oxford univ. press, 1991. -- 254 p.
 32. Contemporary issues in bioethics /Ed. by Beauchamp T.L., Walters, LeRoy. -- 4th ed. -- Belmont(Cal.): Wadsworth, 1994. -- 752 p.
 33. DeGrazia D. Ethics in Medicine. In: Behavioral science. -- 2nd ed. -- Media, Pennsylvania: Harwal Publishing Company, 1990. -- XIII, 287 p.
 34. Encyclopedia of Bioethics /Reich W.Th., ed. in chief. -- Rev. ed. -- N.Y. etc.: Macmillan, 1995.
 35. Engelhardt H.T./ jr. The foundations of bioethics. -- N.Y. etc.: Oxford univ. press, 1986. -- XVI, 398 p.
 36. Garrett Th., Baillie Haillie H.W., Garret R.M. Health care ethics: Principles and problems. -- 2nd ed. -- Englewood Cliffs (N.J.): Prentice 1993. -- VIII, 307 p.

- Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.
37. Kamm F.M. Creation and abortion: A study in moral and legal philosophy. -- N.Y. etc.: Oxford univ. press, 1992. -- IX, 227 p.
 38. MacIntyre A. After virtue: A study in moral theory. -- 2n ed, L.: Duckworth, 1994. -- XI, 286.
 39. Mill J.S. Utilitarianism, On Liberty, and Essays on Mill./Ed. with intro. by Mary Warnock. -- N.Y.: New American Library, 1974. -- P. 136-138, 184-189.
 40. Munson R. Interventions and Reflections: Basic Issues in Medical Ethics. -- 4th ed. -- Belmont: Wadworth Publishing, 1992. -- 669 p.
 41. Handbook for Hospital ethics committees 3 Ross J.W., Bayley C., Michel V., Pugh D. -- Chicago Amer. hospital publ., 1986.
 42. Nozick R. Anarchy, state, and Utopia. -- N.Y.: Basic books, 1974.
 43. Parsons T. The present Position and Prospects of systematic Theory in Sociology. In: Essays in sociological Theory: pure and applied. -- Glencoe: Free Press, 1949. -- P. 212-238.
 44. Potter V.R. Bioethics: Bridge to the future. -- New Jersey, 1971.
 45. Ross W.D. The Right and the Good. -- Oxford: Clarendon Press, 1930.
 46. Thomas J.E., Waluchow W.J. Well and good: Case studies en biomedical ethics. -- Rev. ed. -- Peterborough; Lewiston (N.Y.): Broadview press, 1990. -- 218 p.

Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы.
Екатерина Петровна Михайлова
Александр Николаевич Бартко
Научно-педагогическое издание
Учебник

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА:
ТЕОРИЯ, ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ
ЧАСТЬ I:
ТЕОРИЯ И ПРИНЦИПЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Формат 60 90 1/16	ПЕЧАТЬ офс.	Заказ 156
Усл. печ. л. 12,5	Уч.-мед.л./Q	Тираж 1000 экз.
Цена свободная		

Издательство ММСИ
Москва, 103473, ул. ДЕЛЕГОТСКАЯ, 20, 1
Типография ЦНИИТЭИ легпрома
Москва, ул. Вавилова, 69.