

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ И НАУКЕ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ
ГОУ ВПО
АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
БЛАГОВЕЩЕНСКИЙ ФИЛИАЛ НОУ ВПО МОСКОВСКАЯ АКАДЕМИЯ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ Г. МОСКВЫ

КОВАЛЕНКО А.И., ПИСКУН А.И., ТИМОШЕНКО Т.В.

МОРАЛЬ И ПРАВО В МЕДИЦИНЕ

Учебное пособие

**г. Благовещенск
2007 г.**

УДК 614.253

Коваленко А.И., Пискун А.И., Тимошенко Т.В.

Мораль и право в медицине: Учебное пособие – Благовещенск, 2007.

Рецензенты: В.М. Барковский – профессор кафедры философии, политологии и социологии Благовещенского государственного педагогического университета, к.ф.н.
Л.Н. Войт – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Амурской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор
Т.Б. Чердакова – заведующая кафедрой уголовного права Амурского государственного университета, к.ю.н., доцент

Рекомендовано Дальневосточным региональным учебно-методическим центром (ДВ РУМЦ) в качестве учебного пособия для студентов медицинских специальностей вузов региона (протокол №25 от 07.06.2007 г.)

© – А.И. Коваленко

© – А.И. Пискун

© – Т.В. Тимошенко

©- ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия

©- Благовещенский филиал НОУ ВПО Московская академия предпринимательства при правительстве г. Москвы

ГЛАВА I

СОЦИАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. УРОВНИ СОЦИАЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В процессе эволюции регулирования общественных отношений в сфере медицинской деятельности сформировалась целостная картина того, каким образом в настоящее время происходит упорядочение всей сферы здравоохранения с ее многочисленными характерными особенностями. Взаимодействие отдельных правил поведения, норм и составляет общую систему социальной регуляции (от лат. *socialis* – общественный).

Рассматривая общую структуру медицинской деятельности, необходимо различать следующие виды социальных норм, регулирующих многочисленные общественные отношения, возникающие в различных направлениях сферы здравоохранения:

- обычаи;
- нормы морали;
- корпоративные нормы;

Эти виды социальных норм органически связаны друг с другом и действуют как составные части общей системы регламентации медицинской деятельности. Для более полного понимания роли и значения каждого из видов социальных норм рассмотрим их более подробно.

ОБЫЧАИ – это правила поведения, сложившиеся в медицинской среде и в результате их многократного повторения ставшие привычными для

людей.

Обычаи, если их рассматривать с позиций врачей, имеют самое непосредственное отношение к их профессиональной деятельности. Так, существует обычай типичного обследования больного, когда после опроса жалоб выясняется анамнез жизни и болезни пациента, исследуется его объективный статус. Такой порядок кажется естественным и привычным для медицинских работников, однако по своей социальной природе это обычай, который по причине целесообразности и многократного повторения стал привычным для медиков.. Правовые документы зачастую не содержат такого рода детализирующих норм, в то же время как обычаи они, безусловно, играют роль социального регулятора медицинской деятельности. В общем виде обычаи можно сравнить со своего рода неписаными правилами оказания медицинской помощи.

НОРМЫ МОРАЛИ – это правила поведения, которые устанавливаются в обществе применительно к медицине в соответствии с представлениями людей о добре и зле, справедливости и несправедливости.

Нормы морали обеспечиваются и охраняются внутренним убеждением человека и силой общественного мнения. Нормы морали долгое время были основным, а часто и единственным регулятором взаимоотношений врачей и их пациентов, а также определяющим мотивом в профессиональной деятельности медиков. Именно на этом основании и сегодня еще встречаются точки зрения о преобладающей роли моральных ценностей в оценке профессиональных поступков медиков.

КОРПОРАТИВНЫЕ НОРМЫ – это правила поведения, устанавливаемые различными общественными организациями, обеспечиваемые и охраняемые с помощью мер социального воздействия, предусмотренных уставами данных организаций.

Корпоративные нормы регулируют общественные отношения между членами общественных организаций. Медицинское сообщество с давних времен отличалось корпоративностью. Это проявлялось в особого рода

солидарности, во взаимном уважении друг друга, а иногда и в стремлении «не выносить сор из избы» при дефектах оказания медицинской помощи.

Взаимодействие правовых и корпоративных норм отмечается в реальной практике, что явилось основанием внесения такого сотрудничества в нормативно-правовую базу. Так, в соответствии с положениями ст. 62 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993г. № 5487-1 у общественных организаций в сфере медицинской деятельности имеются определенные полномочия. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие:

- в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;
- 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;
- в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации 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 специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий.

Следует отметить, что в структуре социальной регуляции медицинской деятельности отчетливо прослеживается взаимодействие норм морали и права.

Единство норм морали и права в системе медицинской деятельности:

- являются разновидностями социальных норм;

- воздействуют на один и тот же объект регулирования;
- используются для упорядочения общественных отношений в сфере здравоохранения.

Отличия между нормами морали и права в системе медицинской деятельности:

- моральные нормы формируются в сознании людей, тогда как нормы права устанавливаются или санкционируются государством;
- моральные нормы носят абстрактный характер, а правовые — достаточно детализированный;
- нарушение моральных норм приводит к мерам общественного воздействия за счет силы общественного мнения, в то время как нарушение норм права влечет возможность государственного принуждения.

Взаимодействие норм морали и правовых норм выражается в следующем:

- они во многом схожи в требованиях к медицинской деятельности;
- создание норм медицинского законодательства базируется на нравственных, этических принципах;
- моральные нормы положительно влияют на законность и правопорядок в сфере здравоохранения.

Противоречия между нормами морали и права наиболее показательны проявляющиеся в сферах медицинской деятельности:

- трансплантация органов и тканей при использовании в качестве трансплантатов органов и тканей, взятых от трупа;
- искусственное прерывание беременности;
- репродуктивные технологии;
- клонирование.

За время существования медицины сформировались определенные уровни регулирования процесса оказания медицинской помощи, которые отражали влияние общества на профессиональную деятельность медиков.

Различают следующие уровни социального регулирования

медицинской деятельности:

- медицинская этика и медицинская деонтология;
- биомедицинская этика (биоэтика);
- медицинское право.

Прогресс многих направлений медицины во второй половине XX в. ознаменовался появлением целого ряда не известных ранее проблем. Веками устоявшиеся принципы охраны здоровья людей претерпевали значительные изменения. Трансплантация органов и тканей человека, генная инженерия, клонирование, репродуктивные технологии, создание новых лекарственных средств открыли перед человечеством возможности расширения его влияния, на те процессы и болезни, которые ранее казались неизлечимыми.

Различные уровни регламентации нельзя противопоставлять друг другу. Все они являются своеобразными звеньями одной цепи, которая обеспечивает гуманность и законность организации и непосредственного выполнения лечебных процедур. Мораль, биоэтика и право служат общей цели – упорядочиванию общественных отношений в сфере здравоохранения, согласованию интересов личности и общества, обеспечению реализации человеком своих законных прав в области оказания медицинской помощи. Моральное и этическое регулирование в медицине служит своеобразным нравственным ориентиром, формирующим мировоззрение врача, его развитие на принципах гуманизации медицинской профессии, соблюдения должных правил как оказания медицинской помощи, взаимоотношений с коллегами, так и целого ряда других проблемных направлений здравоохранения.

2. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Профессия врача и в древние времена, и настоящее время является одной из наиболее гуманных, что предопределяет сущность и значение отношения общества к представителям данной профессии. Каждый человек на протяжении жизни не раз сталкивался с необходимостью обращения к

врачам по поводу тех или иных недугов. Любой человек, пришедший на прием к врачу, вправе надеяться на достойное, основанное на уважении личности, обращение. Как раз этими проблемами и занимаются врачебная этика и деонтология.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА – это разновидность профессиональной этики, включающая совокупность морально-этических и нравственных правил и принципов оказания медицинской помощи.

Медицинская этика служит своеобразной теоретической основой, обоснованием морально-нравственного поведения медицинских работников.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ – составная часть медицинской этики, которая занимается проблемами должного поведения медика при непосредственном выполнении своих профессиональных обязанностей.

Основоположником врачебной этики по праву считается Гиппократ, который систематизировал имевшиеся на то время правила медицинской этики на основании многовекового опыта медицины. Его труды «Клятва», «О врачах», «О благоприличном поведении» содержали кодекс моральных норм, обязательных для тех, кто избрал врачевание своей профессией. Именно Гиппократу принадлежит знаменитое высказывание: «Медицина есть самое благородное из всех искусств». Термин «деонтология» ввел в обиход английский философ И. Бентам в своей книге «Деонтология, или наука о морали». Деонтология несколько противопоставлялась этике, поскольку если этика в общепризнанном тогда понимании являлась социальным институтом, изучавшим правильное поведение людей в обществе, то деонтология представлялась как личное должное поведение индивида.

Приоритет среди русских врачей в вопросах врачебной этики принадлежит выдающемуся клиницисту С. П. Боткину, который впервые в практике отечественной медицины обосновал необходимость создания нравственного кодекса русского врача. Проблемы деонтологии в нашей медицине были глубоко освещены в работах известного хирурга-онколога Н.Н. Петрова, раскрывшего содержание деонтологии и показавшего пути ее

развития.

Зачастую актуальностью проблем законодательства и необходимостью в этой связи быстрого принятия новых правовых актов объясняется некоторое пренебрежение законодателей и невнимание к вопросам медицинской этики и деонтологии. Поверхностный, недостаточно проработанный, созданный без учета этических и деонтологических предпосылок правовой акт, без сомнения, более вреден, чем полезен.

Существует достаточное количество документов, принятых в настоящее время относительно врачебной этики и медицинской деонтологии. На протяжении весьма длительного времени этические положения не подвергались кодификации и существовали либо в виде отдельных положений и высказываний, либо в виде переведенных и адаптированных трудов древних мыслителей (Гиппократ, Гален и др.). Сейчас же, как правило, врачи ориентируются на документы, принятые во второй половине XX – начале XXI в., в эпоху мировых интеграционных процессов. С позиций уровней социального регулирования медицинской деятельности необходимо проанализировать основные из них.

ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ВСЕМИРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ, принятая в 1949г. с изменениями и дополнениями 1968 и 1983 гг., ориентирована на выпускников медицинских вузов – будущих врачей. Декларация, являясь своеобразной клятвой врача, содержит ряд положений, которые целесообразно привести в связи с рассматриваемой проблематикой правового регулирования медицинской деятельности. «Я буду исполнять свой профессиональный долг честно и с достоинством» или «Я не позволю соображениям религии, национальности, расы, партийной политики или социального положения помешать исполнению моего долга и встать между мной и моим пациентом». Моральные ценности, отраженные в указанной Декларации, с определенными изменениями присутствуют и в правовых актах о медицине. В полной мере к таковым можно отнести положения об обязанности врача вне зависимости от социальных и других

признаков пациента оказывать последнему помощь. В случае неоказания медицинской помощи врачом речь уже идет о юридической ответственности, вплоть до уголовной.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, принятый Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации в 1948г., с изменениями и дополнениями 1968, 1983, 1994гг., – документ, определяющий критерии неэтичности в поведении медицинского работника, а также обязанности врача по отношению к больному и друг к другу. Важным представляется положение, при котором «всякий раз, когда исследование или лечение требуют знаний, превышающих способности врача, он должен пригласить других врачей, имеющих соответствующую квалификацию». Носящий ярко выраженный правовой характер, коллегиальный принцип принятия решений в ряде ситуаций в клинической медицине основан именно на таком этическом положении.

Врачебная тайна, как понятие, нашедшее свое отражение в правовых документах по здравоохранению, также представлена в Международном кодексе медицинской этики. Речь идет о положении Кодекса: «Врач должен сохранять абсолютную секретность во всем, что касается пациентов, которые ему доверяются». В этом также проявляется связь морально-этических и правовых норм в регулировании медицинской деятельности.

ДЕКЛАРАЦИЯ О НЕЗАВИСИМОСТИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СВОБОДЕ ВРАЧА, принятая Всемирной Медицинской Ассоциацией в 1986г., определяет приоритеты профессиональной независимости врача. «Профессиональная свобода врача предполагает свободу от постороннего вмешательства в лечебный процесс. Всегда и везде следует охранять и защищать независимость профессиональных медицинских и этических решений врача» – таким образом в Декларации провозглашается независимость врача при выполнении профессиональных обязанностей. Речь идет не о вопросах административной подчиненности, в данном случае говорится, прежде всего о свободе принятия решений относительно пользы

больного – тактики и схемы лечения, применения тех или иных методик, иными словами – всего того, что направлено на благо больного.

Период демократических преобразований в Российской Федерации характеризуется принятием целого ряда документов, посвященных морально-этическому и деонтологическому регулированию медицины. Авторство принадлежит общественным организациям, преимущественно Ассоциации врачей России. Среди подобных документов особого внимания заслуживают Этический кодекс российского врача и Клятва врача.

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС РОССИЙСКОГО ВРАЧА, утвержденный в 1994г., декларирует, что «каждый врач несет моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество несет ответственность за своих членов перед обществом в целом...»

Статья 2 Этического кодекса перекликается с положениями международных документов о профессиональной свободе врача, в какой-то степени детализируя и раскрывая их: «Именно профессиональная компетентность, наряду с гуманистической нравственной позицией, предполагающей высокую требовательность к себе, способность признавать и исправлять собственные ошибки, дает врачу право на самостоятельное принятие медицинских решений». Следует подчеркнуть важное значение провозглашения права пациента на неприкосновенность, отраженное в ст. 12 Этического кодекса российского врача: «Во всех случаях неоспоримо право пациента на физическую и психическую целостность личности, а посягательство на него недопустимо». Здесь отчетливо видно, каким образом изменилась концепция общих взаимоотношений врача и пациента при оказании медицинской помощи. Ведь еще совсем недавно сам факт обращения за медицинской помощью пациента свидетельствовал о согласии последнего на тот вариант лечения (процедуры), который врач считает правильным. Сейчас первичными являются права и законные интересы пациента, в частности, в данном случае – право на информированное

добровольное согласие на медицинское вмешательство. Факт провозглашения этого в этических документах представляется весьма важным в контексте уровней социального регулирования медицинской помощи.

КЛЯТВА ВРАЧА, текст которой введен Федеральным законом 1999г. № 214-ФЗ в качестве изменения ст. 60 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, представляет собой обещание, даваемое в Российской Федерации лицами, окончившими высшие медицинские образовательные учреждения. В отличие от ранее действовавшей клятвы, в основе которой лежали идеологические факторы, современная редакция построена по общему для Основ законодательства правилу, в соответствии с которым первичными являются гуманистические начала, идеи защиты прав пациентов. Получая звание врача, выпускник клянется «быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах...». Торжественная обстановка в сочетании с пониманием ответственности за произнесенные слова клятвы придают ритуалу клятвы врача особое морально-этическое и правовое значение.

Необходимо ориентироваться в вопросах поступления ответственности за несоблюдение этических предписаний, содержащихся в отмеченных и других подобного рода документах. Среди врачей исторически сложилось мнение, что при осуществлении медицинской деятельности медики лишь в крайне редких случаях несут ответственность за те или иные нарушения, преимущественно за уголовно наказуемые деяния. Связывается это со спецификой профессии, которая, как считается в медицинских кругах, сродни более искусству, нежели ремеслу, и поэтому трудно регламентируема. В качестве главного критерия ответственности весьма популярным длительное время было мнение о том, что им является совесть врача. Однако необходимо заметить, что еще в середине XIX в. выдающийся русский хирург и общественный деятель Н. И. Пирогов писал: «Совесть

играет тут роль присяжного, основывающего свое суждение на мнении эксперта, а эксперт тут – научные сведения того же самого лица, совесть которого призвана быть судьей».

Характерно, что освещенный ранее Этический кодекс российского врача в статье об ответственности за нарушение профессиональной этики определяет: «Первый судья врача – собственная совесть. Второй – медицинское сообщество... Если нарушение этических норм одновременно затрагивает и положения действующего законодательства РФ, врач несет ответственность по закону».

Необходимо отметить связь между этическими погрешностями и правовыми нарушениями в процессе оказания медицинской помощи. Очевидно, что в тех медицинских коллективах, где наблюдаются нарушения морально-этических и деонтологических норм, более вероятны проблемы юридического характера. В этой связи повышается актуальность проблемы ответственности за морально-этические нарушения с целью предотвращения более серьезных правовых проступков со стороны медиков.

3. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА (БИОЭТИКА)

Развитие биоэтики стало реальным и возможным только во второй половине XX в., когда мировое сообщество столкнулось с двумя важными обстоятельствами: 1) приоритет прав человека и возрастающее внимание к защите этих прав и 2) прогресс многих направлений медицины (трансплантология, генетика, реаниматология и др.). Развитие новых медицинских технологий выявило большое количество морально-этических проблем, которые не могли быть решены в рамках врачебной этики и деонтологии. В этой связи выходом из создавшейся ситуации явилось закрепление биоэтики как междисциплинарной отрасли знаний, в качестве науки, дающей возможность объяснить пограничные морально-этические и правовые аспекты медицины.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА (БИОЭТИКА) – это междисциплинарная наука, занимающаяся изучением морально-этических, социальных и юридических проблем медицинской деятельности в контексте защиты прав человека.

Основоположником биоэтики считается американский биолог В.Р. Поттер, который в 1971г. опубликовал книгу «Биоэтика, мост в будущее», где освещал данную науку в ракурсе биологических знаний и общечеловеческих ценностей. В дальнейшем биоэтика развивалась преимущественно в контексте медицинских проблем, что дало повод к появлению нового термина – биомедицинской этики. Однако понятие «биоэтика» включает в себя более глубокое философское содержание, так как основывается на аксиологическом подходе не только к жизни человека, но и биогеоценоза в целом.

Основные причины, обусловившие актуальность и интенсивное развитие биомедицинской этики (биоэтики) в последнее время:

- качественно новый уровень развития медицины, поставивший перед обществом множество социальных, морально-этических и правовых проблем;
- озабоченность населения возникшей опасностью и непредсказуемостью последствий внедрения в практику недостаточно проверенных новых достижений биомедицинских технологий;
- гуманитаризация медицины вообще и медицинского образования в частности;
- издание большого количества специальной литературы, посвященной различным вопросам биоэтики;
- проведение международных конгрессов, симпозиумов и т. п., в центре внимания которых – проблемы новых медицинских технологий в контексте защиты прав человека и пациента;
- возрастание роли и значения общественных организаций в принятии общественно значимых решений, в том числе и правовых, относительно

развития тех или иных направлений медицины;

- недостаточность норм медицинской этики и деонтологии при объяснении и поисках решений проблемных вопросов медицины.

Появление новых медицинских технологий сделало актуальным целый ряд морально-этических и правовых вопросов, которые могли быть решены только в ракурсе биоэтики. В качестве примера можно привести трансплантацию органов и тканей человека, где основными вопросами, нашедшими свое решение в данном ракурсе, являются: пределы допустимости трансплантации, особенности поведения медиков при пересадках и социальная стоимость трансплантации.

Существенным подтверждением необходимости выделения биомедицинской этики в качестве отдельного уровня социальной регламентации медицинской деятельности являются более значительные возможности биоэтики по сравнению с традиционными медицинской этикой и деонтологией при решении сложных междисциплинарных проблем, возникающих при оказании медицинской помощи:

- рассмотрение сложных медицинских вопросов на основе междисциплинарного подхода;
- освещение спектра социальных вопросов, связанных с общественным здравоохранением;
- выход за рамки жизни и здоровья человека, рассмотрение общих проблем экологической безопасности;
- ярко выраженный акцент на проблемы защиты прав пациентов при оказании медицинской помощи.

Главное содержание биомедэтики – отношение к жизни человека как главной ценности. Активным творцом собственной жизни является человек. Он стремится прожить достойно, самостоятельно принимать жизненно важные решения в соответствие со своим выбором. Как автономная личность может ли человек беспредельно распоряжаться своей судьбой? Имеет ли он моральное право изменить качественные параметры жизни или они

определены свыше? Как достойно завершить жизнь, и может ли сам человек принять решение о том, когда и как умереть?

Биомедэтика, являясь философско-мировоззренческой наукой, пытается найти ответ на все эти вопросы. Проблема жизни и смерти традиционно разрешалась религиозно-идеалистическим (на все воля Бога) и природно-материалистическим (человек живет по законам природы) направлениями. Новые возможности биомедицинского управления процессами размножения и смерти утверждают антропоцентристский подход, в рамках которого человек отказывается ощущать себя пассивным материалом в руках Бога и Природы. Он понимает жизнь как высшую ценность, ему принадлежащую. Поэтому все решения, касающиеся содержания собственной жизни, человек хочет принимать самостоятельно. Такой подход превращает биоэтику в широкую и философски глубокую науку, центральное ядро которой составляет отношение к жизни и смерти. Этот пласт выводит биоэтику на ценности культуры, которые выражены в ментальности, мифах, мировых религиях и философии. Без изучения ценностных отношений человека к жизни и смерти биоэтика окажется мертва.

Различные культуры характеризуются разными аксиологическими ориентациями человека относительно жизни, смерти, детства, зарождения и старости, здоровья. Новые технологии поддержания жизни, в частности, трансплантации органов, вступают в противоречие, а подчас и конфликт, с традиционными ценностями. Основой для диалога по фундаментальным ценностям является отношение к жизни и смерти. Нравственные ценности по вопросу отношений к жизни и смерти заложены в моральном содержании различных религиозных учений.

В *католицизме* мораль в медицине основана на полном и объективном достоинстве человеческой личности. В рамках католического учения о человеке тело и душа составляют единую субстанцию, поэтому физическая жизнь считается основополагающей ценностью. Отсюда несогласие

католической церкви с произвольным прерыванием беременности и эвтаназией. Центральное место в медицине у католиков занимает терапевтический принцип или принцип цельности. Исходя из него, всякое хирургическое и генетическое вмешательство допускается в тех случаях, когда оно необходимо для восстановления здоровья или спасения человека как целого.

Христиане-католики 2000 лет выступали против неестественных способов контроля за рождаемостью, как серьезных нарушений Закона Божьего. Только в 1930г. епископы на Ламбетской конференции церкви Англии отказались от исторического суждения, одобряя использование контрацепции для супружеских пар. В 70-ые гг. это разрешение было распространено и на неженатых людей. Католические священники пытаются вырабатывать ответственное отношение к проблеме деторождения. Дети – это дар Бога. Его заповеди «Плодитесь и размножайтесь» и «Приобрела я человека от Бога» делают детей желанными, семью благоденствующей, государство сильным. С точки зрения католической этики выписывать противозачаточные средства не входит в функцию врача, задача которого предупреждать и лечить болезни.

В *православии* нравственность представлена, прежде всего, как нравственность сердца, поэтому тип поведения определяется естественными склонностями – стыдом, жалостью, совестью, благоговением. Осмысление реальностей новых медицинских технологий происходит с позиций заданных нравственных качеств. Например, с прекращением деятельности сердца связывается прекращение жизни. В наши дни происходят фундаментальные изменения в вопросе определения смерти. Наряду с традиционным критерием смерти, означающем прекращение работы сердца и дыхания, введен критерий мозговой смерти. На его основании смерть наступает с прекращением функционирования коры, полушарий и ствола головного мозга. Это приводит к конфликту между ценностями христианства, с одной стороны, и новыми возможностями, которые существуют благодаря

медицинским технологиям, с другой.

Православная церковь категорически выступает против искусственного прерывания беременности. Консервативное крыло в православии к аборту приравнивает и использование контрацептивных средств, поскольку одной из целей брачного союза является продолжение человеческого рода. Супруги не должны пренебрегать советом духовника, руководствоваться наставлением апостола Павла «...не уклоняйтесь друг от друга, разве по согласию, на время, для упражнения в посте и молитве, а потом опять будьте вместе, чтобы не искушал вас сатана невоздержанием вашим».

Протестантская этика сводится, главным образом, к этике ответственности, культивирует понятие самостоятельности индивида в поисках этической истины. Отсюда биомедэтика основополагающей ценностью считает принцип моральной автономии и уважения прав пациента.

В рамках **мусульманской** биоэтики решаются три главных вопроса: контроль за рождаемостью, управление наследственностью и нервной системой. Ответственность за принятое решение несет сам верующий. Коран реалистически трактует проблемы секса, который создан Аллахом как единственный способ воспроизводства рода человеческого. Жизнь человека без сексуальной жизни не возможна. Сексуальная жизнь освещена духовностью, в ней участвуют мужчина, женщина и Аллах. Отношение к использованию противозачаточного средства в исламе имеет свои особенности. Их применение «...предпочтительнее, чем избавление от нежелательной беременности с помощью аборта и поэтому использование современных контрацептивов вполне допустимо с точки зрения мусульманской морали».

В **буддийском** учении нет запретов или заповедей. Ответственность во всем возложена на человека. Цель моральной практики изменить человека путем умиротворения и просвещения. Основным принципом буддийской этики – святость жизни в любой форме существования. Поэтому уничтожение

жизни стоит на первом месте среди всех негативных поступков, в том числе и уничтожение жизни зародыша человека с момента его возникновения.

В целом, религиозная мораль во всем мире стоит на позициях святости человеческой жизни и формирует основу консервативного направления биоэтики.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ:

- принцип автономии личности пациента;
- принцип справедливости;
- принцип конфиденциальности;
- принцип врачебной солидарности;
- принцип профессиональной независимости врачей.

ПРИНЦИП АВТОНОМИИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА подразумевает физическую и психическую неприкосновенность при оказании медицинской помощи. Данный принцип имеет тесную связь с концепцией информированного согласия, о которой будет сказано далее. Ключевой признак автономии пациента – любые мероприятия, направленные на проникновение сквозь телесную или духовную оболочку пациента, оправданы лишь тогда, когда они осуществляются после его согласия. Нравственная ценность автономии пациента заключается в том, что действия врача, направленные на благо больного, с целью его выздоровления, но осуществляемые вопреки его воле и желанию, – недопустимы.

Процесс информирования пациента, благодаря которому последний приобретает знания, должен производиться таким образом, чтобы у несведущего изначально человека появилась определенная компетентность относительно состояния своего здоровья и тех манипуляций, которые по отношению к нему планируют осуществить медики. Данное положение находится в полном соответствии с принципом автономии личности пациента.

Важно отметить то обстоятельство, что принцип автономии личности пациента, как ключевой в понимании роли и значения биоэтики в деле социальной регламентации сферы медицины, является своего рода связующим звеном между принципами биоэтики и одной из главных ее проблем – взаимоотношениями между врачами и пациентами.

Основной официальный документ в области биоэтики – *Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины (Конвенция о правах человека и биомедицине) 1996 г.* провозглашает, что «стороны настоящей конвенции обязуются при использовании достижений биологии и медицины защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения неприкосновенность личности и соблюдение других прав и основных свобод». Следует отметить, что в отличие от большинства официальных документов, принимаемых разными общественными организациями, данная Конвенция имеет силу не только морального призыва – каждое государство, присоединившееся к ней, обязано реально воплощать положения Конвенции в собственном внутреннем законодательстве. Это еще одно свидетельство важности рассмотрения биомедицинской этики в качестве морально-нравственного базиса законодательства в области медицины. Принцип автономии личности пациента нужно рассматривать как необходимый атрибут законодательства в сфере медицины, с одной стороны, и как важное условие освоения биомедицинской этики медиками и юристами с точки зрения уровней социального регулирования медицинской деятельности – с другой.

ПРИНЦИП СПРАВЕДЛИВОСТИ в области биомедицинской этики заключается в том, что каждый пациент, вне зависимости от социального, материального положения, других факторов, имеет право на получение равного объема медицинской помощи и равного доступа к медицинским ресурсам.

Ресурсы здравоохранения должны распределяться в соответствие со

справедливым стандартом. Государство должно обеспечить каждого гражданина, независимо от его социального, статусного, национального, имущественного положения и возможностей, гарантированными видами и качеством медицинской помощи на том уровне, который является необходимым и достаточным для восстановления здоровья и соответствует современной медицинской практике. К сожалению, в любой стране мира, включая самые богатые, существует значительный и постоянно увеличивающийся разрыв между потребностями и запросами на услуги здравоохранения и наличием ресурсов для обеспечения этих услуг.

Как в условиях ресурсодефицитной медицины не допустить необоснованной дискриминации в наборе и доступности предлагаемых пациентам услуг? Какими критериями нужно руководствоваться?

Попытаемся разрешить проблему справедливости на основе нескольких подходов.

Предположим, стандартом справедливости является распределение по принципу равенства, т.е. всем нуждающимся предоставляются равные пакеты медицинских услуг. Однако даже при идентичных заболеваниях, учитывая индивидуальные особенности организма, степень запущенности болезни, потребности в лекарственных средствах у всех больных будут разные. Поэтому путем уравниловки вряд ли можно достичь справедливости в излечении больного.

Отсюда напрашивается второй подход в распределении – выделять на лечение средства согласно индивидуальным потребностям. Но все это весьма относительно. Как определить, кто больше нуждается?

Логика подсказывает, что нужно определить социальную ценность каждой личности и распределять медицинские услуги согласно вкладу каждого в развитие общества. Но такой критерий также относителен. Безусловно, люди, прожившие долгую жизнь, имеют больше заслуг, чем, дети. Однако, дети – это будущее, и приоритетный подход к сохранению их здоровья морально оправдан.

Острое ощущение социальной несправедливости вызывает принцип распределения благ в соответствии с материальным достатком человека, его способностью оплатить услуги выше установленного стандарта. При таком подходе качественно лечиться смогут только те, у кого есть деньги, а для абсолютного большинства населения медицинская помощь окажется недоступной.

Каждый из этих принципов имеет свои плюсы и минусы. Видимо, достичь полной социальной справедливости при наличии дефицита в обеспечении просто нельзя. Решая проблемы использования рациональных способов лечения, врач должен найти оптимальное решение и определить, какой подход к справедливости в данном случае применим. Это может быть:

- либертариистский – ресурсы должны распределяться в соответствии с рыночными принципами (индивидуальный выбор с учетом способности и желания платить при игнорировании проблемы бедности);
- утилитарный – ресурсы должны распределяться по принципу максимальной общей полезности;
- эгалитарный – ресурсы должны распределяться строго по потребностям;
- ресторативный – ресурсы должны распределяться так, чтобы их в больших количествах получали более слабые.

А.Н.Бартко и Е.П. Михайловска-Карлова в учебнике «Биомедицинская этика: теория, принципы, проблемы» предлагают средний путь распределения ресурсов – рандомизацию (уравнение вероятности). Этот метод сводится к распределению лекарств согласно очередности по мере их поступления или же по лотерее. Он освобождает врача от оскорбительного выбора распределения дефицитных лекарств между людьми, основанного на предположении о их социальной ценности. Индивидуумы сохраняют свое достоинство, поскольку к ним будут относиться справедливо при наличии равенства возможностей. Такая система поддерживает доверие между медицинским персоналом и пациентом. Пациент не ощущает пристрастного

отношения к себе медицинского учреждения или персонала и рассчитывает на справедливое лечение.

Особое значение принцип справедливости имеет в сфере трансплантации органов и тканей человека и в военно-медицинской практике. К примеру, «лист ожидания» – документ, удостоверяющий очередность реципиентов на необходимый для пересадки донорский орган, в соответствии с международными и отечественными этическими и нормативно-правовыми документами – единственный критерий очередности для реципиентов. Однако существующая в настоящее время практика лечения так называемых коммерческих больных, которые вносят денежные средства за предоставление медицинских услуг в сфере трансплантологии, получают необходимый трансплантат, минуя очередность, не должна распространяться. К тому же Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провозглашает, что необходимо обеспечивать равную доступность трансплантатов исключительно по медицинским, а не по финансовым и прочим соображениям. Другими словами, только медицинские показания должны быть ориентиром для врачей при определении расходования ограниченных медицинских ресурсов. В этом и заключается принцип справедливости в биомедицинской этике.

Военно-медицинская практика содержит в себе достаточное количество примеров, когда под сомнение ставится тот или иной принцип как права, так и биоэтики. Двойная подчиненность военных врачей подразумевает под собой необходимость оказания медицинской помощи с учетом принципов и правил биомедицинской этики, однако в то же время служебная зависимость от военного командования заключается в необходимости совершения действий, исключающих их объяснение нормами биоэтики. Частным примером нарушения принципа справедливости в практике деятельности военных врачей может являться известная система сортировки раненых и отбора пациентов в военное время для первоочередного лечения. Необходимость выполнения большого объема

работы за счет ограниченных людских ресурсов заставляет управление военной медициной при массовых потерях осуществлять мероприятия по первоочередному выносу с поля боя, оказанию медицинской помощи и эвакуации тех лиц, которые перспективны в плане выздоровления и возвращения в строй. Соответственно, те раненые, которые по результатам скоротечного осмотра не попали в данную группу, к сожалению, зачастую остаются на поле боя. Здесь принцип справедливости тесно связан с противопоставлением права отдельно взятой личности на жизнь и получение медицинской помощи, с одной стороны, и интересами военной службы (государства) – с другой.

ПРИНЦИП КОНФЕДИЦИАЛЬНОСТИ. Предоставление медицинской помощи всегда сопряжено с вторжением в частную жизнь человека. Не имея доступа к телу пациента и разнообразной личной информации о нем, невозможно поставить правильный диагноз и назначить лечение. Такой привилегированный доступ к больному со стороны врача оправдывается только благом пациента и разрешается только лишь с его согласия за исключением чрезвычайных случаев. Информацией, полученной доктором, можно пользоваться только с разрешения пациента. Любое использование этой информации является вторжением в частную жизнь пациента и при неосторожном ее использовании может быть разрушено доверие, необходимое в процессе лечения. Поэтому конфиденциальность является существенным элементом терапевтических отношений, составляет важный элемент врачебного долга.

Обязательства хранить тайну о пациенте всегда было основополагающим требованием медицинской этики. Еще Гиппократ писал: «Что бы при лечении – а также и без лечения – я не увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». Международный кодекс медицинской этики ВМА требует от врача «уважать и хранить в тайне секреты, в которые был посвящен, даже после смерти пациента».

Часто в медицинской практике, особенно в западной медицине, конфиденциальность приравнивалась к тайне исповеди и возводилась в абсолют. Но принять такой взгляд – значит согласиться с совершенно индивидуалистическим пониманием медицинской помощи. Несмотря на приоритет интересов пациента, у доктора всегда есть обязательства по отношению к другим больным или тем, которые в контакте с пациентом могут стать потенциальным больным. Например, опасность заразиться туберкулезом, СПИДом и др. Если сокрытие информации приносит действительный вред другим, обязательство конфиденциальности не могут быть абсолютными. При этом в роли регулятора отношений между больным и доктором выступает не только мораль, но и право. В российском законодательстве нормы неприкосновенности частной жизни отражены, в частности, в ст. 61 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, посвященной врачебной тайне. В этой статье приводится исчерпывающий перечень оснований, допускающих предоставление сведений, которые составляют врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

ПРИНЦИП ВРАЧЕБНОЙ СОЛИДАРНОСТИ приобретает особое значение в современной медицине. Процесс накопления биомедицинских знаний объективно приводил к формированию все новых и новых отраслей медицины. В настоящее время насчитывается свыше 300 медицинских профессий. При такой высокой степени дифференциации медицинской науки и практики стало невозможным осуществление системного подхода к лечению человека. Возросла потребность в профессиональной поддержке и помощи, взаимных консультациях. Чтобы действовать в интересах пациента, каждый медик должен учиться обсуждать решения с коллегами, рассматривать альтернативные варианты диагноза и лечения, обращаться за поправками и поддержкой, когда решения особенно трудны и неочевидны. При этом с каждого отдельного врача не снимается персональная ответственность за состояние здоровья конкретного пациента. И хотя клятва

Гиппократ гласит: «К своим коллегам я буду относиться, как к братьям», не следует превратно понимать принцип профессиональной солидарности, как защиту чести мундира любым путем.

ПРИНЦИП ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ ВРАЧЕЙ

сводится к требованию принимать беспристрастные решения по отношению к любому пациенту. Повысилась социальная конфликтность современного общества. В нашей стране произошла глубочайшая имущественная поляризация населения, сопровождающаяся обнищанием большинства. Участились конфликты на национальной почве, имеет место религиозное противостояние. Моральные нормы обязывают врача быть свободным от влияния какой-либо политической конъюнктуры, националистического или религиозного давления. Он обязан принимать независимые решения в пользу пациента.

Таким образом, значение принципов биомедицинской этики заключается в определении общих направлений ее развития, появлении новых положений, регулирующих те или иные общественные отношения в медицине в ракурсе уже сформированных общих начал данной междисциплинарной области знаний. Принципы биоэтики важны в плане понимания этической и нравственной составляющей процесса законотворчества в области здравоохранения. Нормативно-правовые документы будут работать только при условии, что они базируются на изначально проработанных в свете биоэтики положениях.

ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ

Важный фактор адекватного восприятия биоэтики в качестве одного из уровней социального регулирования медицинской деятельности – функционирование комитетов по этике. В настоящее время в рамках проблем правового регулирования медицинской деятельности особое значение приобретают вопросы роли, значения и правовых особенностей функционирования комитетов по вопросам этики (этических комитетов) в области охраны здоровья граждан.

Первые этические комитеты были образованы за рубежом. Деятельность комитетов по этике в странах европейского сообщества, США и Японии регламентируется различными нормативными и государственными актами. Все исследования с участием человека в качестве объекта и субъекта должны проходить экспертизу в комитетах по этике.

В России этические комитеты первоначально были созданы в отдельных исследовательских центрах, участвующих в международных исследованиях по инициативе зарубежных фармацевтических компаний. Первым в 1993г. был учрежден Национальный Комитет по биоэтике Российской Академии наук, затем комитет при Президиуме РАМН, при Российской медицинской Ассоциации, при Ассоциации врачей и при Министерстве здравоохранения РФ. В 2000г. был создан Комитет по этической экспертизе клинических исследований, в 2006г. – Российский комитет по биоэтике. В последние годы стали создаваться локальные комитеты по этике при различных учреждениях здравоохранения.

Для лучшего понимания сути и предназначения этических комитетов необходимо привести нормативно закрепленный перечень их состава, данный в *Основах законодательства РФ об охране 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». Как видно, в состав этических комитетов входят представители самых различных областей деятельности, что делает функционирование самих комитетов в значительной степени лишенным профессионального корпоративного субъективизма.

Одной из основных функций этических комитетов является защита прав пациентов при оказании медицинской помощи и проведении биомедицинских исследований. Новый импульс становлению этических

комитетов придало интенсивное развитие новых и уже существующих направлений медицины: трансплантации органов и тканей человека, клонирования и других манипуляций с генетическим материалом, психиатрии.

Помимо деятельности по оказанию медицинской помощи и проведению биомедицинских исследований важной функцией этических комитетов является их работа в деле разрешения конфликтных ситуаций между пациентами и медиками, с одной стороны, и между медицинскими работниками – с другой. Это своего рода частный случай досудебного решения спорных вопросов. Конечно, решение этического комитета не может служить формой правового акта, однако как вариант решения спорных ситуаций представляется оправданным. Это будет одним из факторов предотвращения юридических конфликтов, которые, к сожалению, весьма нередки в сфере медицинской деятельности.

4. МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

***МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО** – это комплексная отрасль права, включающая совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности.*

Наличие самостоятельной отрасли права важно как для общества в целом, так и для самих медицинских работников и пациентов. Медицинское право позволяет на более высоком уровне осуществлять разработку принципов (основных начал) государственной политики в сфере здравоохранения, более качественно проработать вопросы защиты прав граждан при оказании медицинской помощи, детально определить правовой статус субъектов возникающих в сфере медицинской деятельности правоотношений.

***ПРЕДМЕТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА** – это общественные*

отношения, возникающие в процессе осуществления медицинской деятельности.

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВООТНОШЕНИЕ – это возникающая на основе правовых норм связь субъектов права, характеризующаяся наличием у них определенных юридических прав и обязанностей в сфере медицинской деятельности.

Необходимо отметить, что медицинские правоотношения возникают в самых различных аспектах медицинской деятельности.

Административно-правовые нормы регулируют указанные правоотношения в следующих случаях:

- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- осуществление медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- мероприятия по профилактике возникновения особо опасных инфекций, проведению карантинных мер и т. п.
- Гражданско-правовые нормы выходят на первый план при:
 - оказании платных медицинских услуг;
 - осуществлении мероприятий по программе добровольного медицинского страхования;
 - компенсации вреда и возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим лечением, и др.

Нормы трудового права регламентируют общественные отношения в сфере медицинской деятельности в следующих случаях:

- выполнение медицинским работником правил трудового распорядка лечебного учреждения;
- регулирование труда отдельных категорий медиков (женщины, студенты, работники отдельных медицинских специальностей).

Право социального обеспечения, свойственные ему юридические нормы регламентируют медицинские правоотношения при:

- определении размера пенсионного обеспечения медицинского работника;
- льготном предоставлении санаторно-курортного лечения, других социальных мероприятиях.

Уголовно-правовые нормы выходят на первый план в сфере медицинской деятельности при:

- совершении медиком общественно опасного деяния, предусмотренного Уголовным кодексом РФ;
- проведении судебно-медицинских и судебно-психиатрических исследований в связи с совершением преступления;
- осуществлении принудительных мер медицинского характера и др.

СУБЪЕКТЫ ПРАВА – это участники правоотношений, т. е. носители субъективных прав и обязанностей.

Принимая во внимание разноплановость медицинской деятельности, многообразие возникающих общественных отношений, необходимо выделять следующие группы субъектов медицинских правоотношений:

- оказывающие медицинскую помощь;
- получающие медицинскую помощь;
- способствующие оказанию медицинской помощи (подразделения обеспечения).

Субъектами данных типичных правоотношений при оказании медицинской помощи являются:

ПАЦИЕНТ – гражданин, обратившийся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью (субъект, получающий медицинскую помощь);

Субъектом медицинских правоотношений пациент может считаться при условии, что он:

- а) изъявил желание заключить договор на оказание медицинских услуг с лечебным учреждением, осуществляющим необходимые медицинские услуги (независимо от способа заключения договора);

б) обладает полной дееспособностью (в случаях с лицами, возраст которых менее 15 лет, — по согласованию с родителями или иными законными представителями);

в) по медицинским показаниям нуждается в получении медицинской помощи.

ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ в лице конкретного медицинского работника, оказывающего диагностическую, лечебную или профилактическую медицинскую помощь (субъект, оказывающий медицинскую помощь).

Субъектом медицинских правоотношений медицинское учреждение становится при наличии:

а) заключенного с пациентом договора на оказание медицинских услуг (независимо от способа заключения договора);

б) организационного единства и обособленного имущества, прямо или косвенно предназначенного для оказания медицинской помощи;

в) государственной регистрации в установленном законом порядке;

г) лицензии на избранный вид деятельности (перечень видов медицинской деятельности, подлежащей лицензированию, определяется Правительством РФ);

д) положения в уставных документах и разрешения органа управления здравоохранением на осуществление данного вида лечения, наличие должной, подтвержденной документально квалификации медицинского персонала, осуществляющего конкретные медицинские вмешательства.

ОБЪЕКТЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРАВООТНОШЕНИЙ – *реальные материальные и духовные блага, на достижение которых направлена реализация прав и обязанностей субъектов медицинских правоотношений.*

ИСТОЧНИКИ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА – *это способ внешнего закрепления (выражения) правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности.*

С позиций современного развития правовой науки можно выделить

следующие особенности источников медицинского права:

- наличие в Конституции РФ положений, посвященных общим вопросам регламентации медицинской деятельности (ст. 41);
- координация вопросов здравоохранения находится в совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации (ст. 72 Конституции РФ);
- существование обобщающего нормативного правового акта в сфере медицинской деятельности – Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г.;
- нормы медицинского права нередко расположены в других отраслях права (уголовное, гражданское, административное и др.), что связано с рассмотренной ранее комплексной природой медицинского права.

Источники медицинского права делятся на законы и подзаконные акты.

ЗАКОНЫ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА – это нормативные правовые акты, обладающие высшей юридической силой и принимаемые в установленном Законом порядке по наиболее важным вопросам медицинской деятельности высшим органом законодательной власти в России.

ПОДЗАКОННЫЕ АКТЫ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА – это акты, принимаемые на основе и во исполнение законов Президентом РФ, различными государственными органами и органами местного самоуправления (Правительство РФ, Министерство здравоохранения РФ, органы управления здравоохранением субъектов РФ, муниципальные органы, уровень конкретного предприятия, учреждения и др.).

ГЛАВА II

ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

1. МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-БОЛЬНОЙ»

С античных времен люди видели во враче силу, способную защитить от болезни и смерти. Отношения между врачом и больным, могущим и слабым, изначально строились по принципу неравенства. В древнем гимне Серапиона, адресованном богу врачевания Асклепию провозглашалось: «Да будет он (врач) подобен Богу и спасает равно как рабов и нищих, также богатых людей и князей, и всем будет братом... ибо все мы братья». Социальная роль медицинского работника как врачевателя тела и души формировала содержание медицинской этики и деонтологии. Наиболее ранний врачебный этос строился по принципу патернализма, предоставляющего врачу полное право определять судьбу пациента, исходя из установки: «доктор знает лучше».

В современной медицине принципиально по иному складываются отношения между врачом и пациентом, с учетом индивидуальности и уважения прав последнего. Медицинская этика предполагает наличие поливариантных моделей отношений «врач-больной». Американский философ Р. Витч выделил четыре базовые модели: инженерную или техническую, сакральную или патерналистскую, коллегиальную и контрактную или договорную.

МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» ТЕХНИЧЕСКОГО ТИПА (ИНЖЕНЕРНАЯ)

Врач, обладая профессиональными знаниями и умениями, стремится вылечить болезнь, игнорируя при этом личностные ценностные качества и интересы больного. Он выступает в роли техника, или как образно говорит

Витч – водопроводчика, пытающегося ликвидировать дефект в системе. Моральная ущербность такого подхода очевидна. Даже руководствуясь благой целью, нельзя добиться эффективного лечения без учета морально-психического состояния пациента, приоритета его ценностных ориентаций, не видя в больном человеке личность.

ПАТЕРНАЛИСТСКАЯ (САКРАЛЬНАЯ) МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». Врач по отношению к больному ведет себя как отец в семье, где только он имеет моральное право принимать решения, пациент же права выбора лишается. Современная медицина, не ограничивая доктора в праве реализовать свою профессиональную компетентность, предлагает руководствоваться более широким спектром моральных норм:

- приносить пользу и не наносить вреда;
- защищать личную свободу больного;
- охранять человеческое достоинство;.
- говорить правду и исполнять обещания;
- соблюдать и восстанавливать справедливость.

МОДЕЛЬ КОЛЛЕГИАЛЬНОГО ТИПА В ОТНОШЕНИЯХ ВРАЧ-БОЛЬНОЙ.

В рамках этой модели врач и пациент выступают в отношениях как коллеги. Решающую роль при этом играет взаимное доверие, поддержка, уважение и ответственность с обеих сторон. Практика медицинского взаимодействия строится на длительном диалоге. В современной медицине равноправное уважительное взаимодействие партнеров представляло бы собой идеальную модель, но на практике это область желаемого. Во-первых, при закреплении тенденции на сокращение пребывания в лечебном заведении у врачей и пациентов реально мало времени для установления длительных доверительных отношений. Во-вторых, этнические, классовые,

экономические и ценностные различия между людьми превращают принцип общих интересов в пустую мечту. Скорее всего, коллегиальная модель может иметь будущее в практике семейного врача.

КОНТРАКТНАЯ МОДЕЛЬ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-БОЛЬНОЙ.

Контрактная модель предполагает соглашение между врачом, как поставщиком услуг, и пациентом, как потребителем услуг, на основе контракта, соглашения, в котором согласуются условия деловых отношений. Но медицина – это отрасль профессионального знания и практики, содержащая в себе значительный этический компонент. Пожалуй, что деонтология, как наука о должном, долге врача перед больным, нигде не имеет такого значения, как в медицине. Поэтому ограничиться условиями делового контракта между доктором и пациентом, поставщиком и потребителем услуг, вряд ли возможно.

А.Н. Бартко и Е.П. Михаловска-Карлова предлагают не ограничиваться контрактной моделью, строго регламентирующей роль врача и больного, и вводят понятие *договорной модели*. Договорная модель пытается отдать должное тем элементам взаимоотношений в здравоохранении, которые идут дальше простого контракта. Договор предполагает длительные открытые отношения. Кроме услуг формального характера, оговоренных по контракту, договор предполагает удовлетворение потребностей пациента по уходу, учет личностных ценностных мотивов и интересов. Такая модель придает нравственную окраску отношениям «врач-пациент».

В клинической практике не может быть реализована полностью и абсолютно ни одна из моделей. Как правило, в процессе лечения используется комплекс мер, при этом может доминировать какой-то один из подходов врачевания.

При остром заболевании предопределена пассивность пациента, и ему разумнее в таком случае довериться врачу. Временный характер ограничения свободы действий больного обусловлен эффективностью действий врача-профессионала. При хроническом заболевании особую важность приобретает

принцип уважения автономии прав личности. Больной должен активно включаться в процесс реабилитации, при этом врач превращается в его консультанта и советчика. Поведение медицинского работника у постели умирающего больного имеет иную моральную мотивацию. Основной задачей оказания медицинской помощи в такой ситуации становится создание условий для достойного умирания: обезболивание, психологическая поддержка и хороший уход. В коматозном состоянии больного, когда временно утрачено сознание, вероятнее всего подойдет инженерная модель отношений между врачом и пациентом. Но даже в этом случае, когда преобладает момент оказания в первую очередь качественной технической медицинской помощи, нельзя исключать личностного подхода к пациенту.

2. ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Вопрос информированного согласия на медицинское вмешательство является краеугольным камнем всей системы юридического обеспечения медицинской деятельности. Он связан с юридическим подтверждением согласия пациента на медицинское вмешательство.

Каждый человек имеет право на свободу выбора во многих областях общественных отношений. В сфере здравоохранения для пациента – человека, обратившегося за медицинской помощью, положениями законодательных актов предусмотрена возможность выбора методов диагностики и лечения. Тем самым подчеркивается важность равноправного участия пациента в процессе лечения своего заболевания.

Проблема информированного согласия является одновременно и фактором реализации прав пациента при получении медицинской помощи, и средством профилактики возникновения юридических конфликтов. Комплексный, многоаспектный характер обуславливает сложность и

неоднозначность подходов к интерпретации и правовому значению информированного согласия. Необходимо прежде всего остановиться на толковании сути данного понятия. Как известно, качественное определение имеет большое значение в адекватном понимании рассматриваемого явления.

В соответствии с общеправовыми воззрениями под информированным согласием рассматривается норма права, закрепленная в правовых актах или международных документах, имеющих правовое значение, и определяющая суть и правовое значение данного явления. Характерно, что как российские, так и международные, как юридические, так и морально-этические документы, касающиеся вопросов медицинской деятельности, содержат положения, посвященные информированному согласию на медицинское вмешательство.. Известно, что международные законодательные акты, ратифицированные в Российской Федерации, являются приоритетной частью внутреннего законодательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО – это добровольное, компетентное принятие пациентом предложенного варианта лечения, основанное на получении им полной, объективной и всесторонней информации по поводу предстоящего лечения, его возможных осложнений и альтернативных методах лечения.

С позиций современного развития медицинского права возможно сформулировать основные организационно-правовые принципы информированного согласия:

- информированное согласие – это право пациента и обязанность медицинского работника, осуществляющего медицинское вмешательство;
- информированное согласие необходимо получать на любой вариант медицинского вмешательства, начиная от измерения артериального давления, включая сеанс гипноза и заканчивая многочасовой сложной хирургической операцией;
- получение информированного согласия свидетельствует об уважении прав и законных интересов пациента;

- информированное согласие обуславливает активное участие самого больного в процессе лечения;

- благодаря информированному согласию повышается степень ответственности врача при оказании медицинской помощи.

Учитывая нормативные правовые определения, а также используя общие принципы медицинского права, можно выделить следующие критерии правомерности согласия пациента на медицинское вмешательство:

- Информированность.
- Добровольность.
- Компетентность.

С позиций морали очень важно предоставление пациенту альтернативы в выборе способов лечения.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ согласия подразумевает под собой предоставление перед медицинским вмешательством врачом пациенту информации о сути предстоящего вмешательства. Применительно к общей универсальной структуре информированного согласия предоставляемая медиком информация должна содержать сведения о:

- состоянии здоровья пациента;
- результатах проведенного обследования;
- диагнозе заболевания;
- цели медицинского вмешательства;
- продолжительности медицинского вмешательства;
- прогнозе заболевания с лечением и без него;
- последствиях медицинского вмешательства;
- существующих методах лечения данного заболевания;
- риске предстоящего медицинского вмешательства;
- правах пациента и основных способах их защиты.

Определение информированного согласия не оставляет без внимания также характеристики получаемой информации. Целесообразно нормативно

закрепить предоставление фиксированного для каждого заболевания «минимального стандарта» информации в сочетании с особенностями каждого конкретного клинического случая. Наиболее оптимальным вариантом представляется так называемый «стандарт рационального пациента», в соответствии с которым медицинский работник при предоставлении информации ориентируется на усредненные показатели знаний непрофессионалов в области медицины. В этой связи объем информирования будет ориентирован на средние показатели восприятия обычного гражданина, не имеющего специальных познаний в области медицины.

Следует отметить, что в соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан пациент имеет право также *отказаться от предоставления информации* о состоянии своего здоровья. Речь идет о том, что 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.

Следует отметить, что по данным С.Г. Стеценко до 60% пациентов не стремятся знать подробностей о сути медицинского вмешательства. Освещенная правовая норма свидетельствует, что данный факт является реализацией права пациента и что медицинский работник должен такое право уважать.

ДОБРОВОЛЬНОСТЬ как второй необходимый критерий информированного согласия на медицинское вмешательство подразумевает принятие пациентом решения в отсутствие любых внешних факторов, которые свидетельствовали бы о недобровольности такого согласия. В качестве основных, наиболее часто встречающихся причин, влияющих на добровольность информированного согласия, необходимо отметить:

- принуждение к согласию путем угроз;
- психологическое давление, оказываемое со стороны родственников, иных лиц;
- служебная зависимость;
- давление со стороны медицинского персонала, утверждающего о возможности отказа в дальнейшем в проведении данного медицинского вмешательства.

Принуждение к согласию путем угроз наиболее показательно может быть проиллюстрировано примерами из практики в области трансплантологии. Высокая социальная ценность трансплантатов предопределяет особую значимость процесса получения донорских органов. Постоянный дефицит донорских органов заставляет особое внимание уделять получению согласия живого донора на изъятие у него органа или ткани. В этой связи представляется не случайной криминализация процесса принуждения к изъятию органов или тканей для трансплантации. Так, ст. 120 Уголовного кодекса РФ определяет в качестве преступления принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, совершенное:

- с применением насилия либо с угрозой его применения;
- в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного.

Фактор служебной зависимости, влияющей на добровольность согласия на медицинское вмешательство, наглядно выходит на первый план в военно-медицинской практике. Степень такой зависимости военнослужащих, проходящих службу по призыву, существенно выше, чем в гражданских коллективах. По этой причине донорство крови, как гуманный и добровольный акт, в армии имеет свои особенности. Высокая посещаемость медпункта в дни донора, когда более 90% всего личного состава дают кровь, на первый взгляд свидетельствует о высокой степени сознательности солдат, однако нередко имеют место случаи недобровольного принятия решения о

даче крови. Речь идет о «перспективах» для лиц, не давших кровь, не уйти в увольнение, не поехать в отпуск, сходить лишние разы в наряд и т. п.

КОМПЕТЕНТНОСТЬ информированного согласия подразумевает принятие решения в условиях действительно имеющихся и понимаемых пациентом знаний о предстоящем медицинском вмешательстве. По сути, это способность пациента принимать решения. Безусловно, все пациенты обладают различным уровнем познаний в сфере медицины. Известное выражение о том, что каждый больной – профессор своей болезни, не может быть принято за основу при разрешении проблемы предоставления информации относительно конкретного заболевания, операции, диагностической процедуры.

Интересно, что законодательство большинства штатов США взяло за основу вариант информированного согласия, при котором сведения, предоставляемые пациенту, находятся на уровне общепринятой клинической практики. Конечно, это делает всю процедуру более стандартизированной, однако возникают сомнения относительно понимания пациентами врача, особой медицинской терминологии и т. п. В этой связи можно согласиться с мнением авторов статьи в журнале «Врач», которые на вопрос: понимают ли пациенты врача, отвечают: «На этот вопрос можно ответить сразу: большинство либо не понимают, либо понимают неправильно».

Выходом из данной ситуации может явиться применение в целях получения информированного согласия стандарта информирования (применительно к каждому медицинскому вмешательству), состоящего из двух блоков: общего и частного. На примере терапевтического заболевания общая часть должна содержать информацию о сути патологии, общепринятых в настоящее время вариантах диагностики, принципах лечения, осложнениях самого заболевания и его терапии. Частный же блок отражает индивидуальный подход к данному конкретному больному и содержание информации зависит от возраста пациента, его пола, наследственности, наличия других заболеваний и т.д. Естественно, учитывая

трудоемкость составления частного блока, она не должна быть значительной по объему. В противном случае, как и в любом деле, хорошую задумку можно превратить в проблему. Врач не должен львиную долю своего времени тратить на составление частных блоков стандарта информированного согласия пациентов.

Исключение составляют те случаи, когда пациент не может считаться компетентным при согласии на медицинское вмешательство. В группу некомпетентных пациентов относятся:

- лица до 15 лет;
- недееспособные лица.

За обе указанные категории лиц согласие на медицинское вмешательство дают их законные представители.

Говоря о форме выражения согласия пациента, следует заметить, что все существующие предложения на этот счет сводятся в основном к двум вариантам: устному и письменному. Сторонники устного варианта оформления согласия на медицинское вмешательство связывают правомочность подобного с самим фактом обращения человека за медицинской помощью. При этом, как предполагается, пациент автоматически соглашается на предложенные способы диагностики и лечения. Как уже говорилось, сложившийся на практике еще в недавнем прошлом нашей страны подобный подход являлся отображением патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента. К тому же при оказании медицинской помощи правоотношения субъектов характеризовались неравенством сторон с преимущественным положением лечебных учреждений.

Как устный, так и письменный варианты информированного согласия имеют свои преимущества и недостатки. Преимуществами устной формы информирования являются:

- простота и небольшое количество затраченного времени;
- большая степень доверительности между врачом и пациентом,

формирование так называемого «терапевтического сотрудничества»;

- более выраженная возможность диалога, с постановкой интересующих пациента вопросов.

В то же время при устной форме выражения согласия практически невозможно контролировать объем, степень и качество информирования со стороны медицинского персонала. В этой связи возрастает трудность доказывания информирования или его отсутствия при судебных разбирательствах.

Преимуществами письменной формы выражения информированного согласия на медицинское вмешательство являются:

- юридически более грамотный вариант как для ЛПУ, так и для пациента при доказывании своей правоты в ходе судебных разбирательств;
- пациент имеет возможность без спешки, спокойно принять решение после внимательного изучения формуляра информированного согласия;
- повышается уровень мотивации медицинских работников при составлении формуляра информированного согласия и при проведении лечения;
- дисциплинирует врачей при осуществлении медицинского вмешательства.

Отношение отечественного законодателя к проблеме формы выражения информированного согласия в медицине характеризуется определенными особенностями. *Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г.* не выделяют письменную форму в качестве обязательного условия согласия на медицинское вмешательство. В то же время ст. 33 данного нормативного правового акта в случае отказа от медицинского вмешательства предусматривает обязательность оформления записи в медицинской документации и подписи гражданина либо его законного представителя, а также медицинского работника. За этим противоречием кроется различное отношение к возможным последствиям медицинского вмешательства для врачей и пациентов. Действительно, если

предположить письменное оформление как более универсальный и, что важно – юридически правильный вариант, то использование его при отказе от медицинского вмешательства оправдано – тем самым врач снимает с себя ответственность за последствия отказа. В то же время необязательность письменного оформления согласия на медицинское вмешательство свидетельствует об отсутствии должного внимания законодателя к проблемам последствий медицинского вмешательства для пациента. Можно предположить, что в данном случае речь идет о двойных стандартах при подходе к согласию или отказу от медицинского вмешательства, что представляется недопустимым.

В то же время нельзя не отметить, что в ряде законодательных актов содержатся требования обязательного письменного оформления согласия на медицинское вмешательство. Так, Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» в ст. 6 определяет, что трансплантация органов и (или) тканей человека осуществляется с письменного согласия реципиента. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством. Если реципиент не достиг возраста 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным, то такая пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя. Пересадка органов и (или) тканей реципиенту без его согласия либо без согласия его родителей или законного представителя производится в исключительных случаях, когда промедление в проведении соответствующей операции угрожает жизни реципиента, а получить такое согласие невозможно.

Таким же образом к проблеме информированного согласия подходит законодатель и в области психиатрии. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в ст. 11 содержит положения, в соответствии с которыми лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его

письменного согласия, за исключением следующих случаев:

- при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации;
- при принудительной госпитализации.

В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по рекомендации комиссии врачей-психиатров, и решению суда.

Объективности ради необходимо привести положения Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», где указано, что профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Тем самым при проведении прививок не требуется письменного оформления согласия.

Важен международный опыт по решению проблем оформления информированного согласия на медицинское вмешательство. Представляется уместным привести выдержку из Устава о госпитализированном пациенте (Франция, 1974), где сказано: «Никакая медицинская процедура не может быть проведена без согласия пациента, за исключением случаев, когда он физически не способен его дать. Согласие должно быть добровольным и представляться на каждую процедуру в отдельности». Просто и понятно. Без ограничений, условностей, двойственных толкований и т.п., что неизбежно ведет к непониманию и возникновению проблем.

Для того чтобы концепция информированного согласия действительно стала реальным правовым средством предотвращения юридических конфликтов, представляется необходимым также проведение организационных мероприятий, способствующих утверждению информированного согласия. Организационные проблемы внедрения в практику здравоохранения принципа информированного согласия являются крайне важными хотя бы потому, что от их разрешения зависит дальнейшее

плодотворное внедрение этого принципа в повседневной деятельности медицинских организаций. Нормативное закрепление какого-либо механизма еще не всегда предполагает совпадение замысла законодателя с реально получаемыми результатами. Именно так необходимо рассматривать проблемы организационного характера в вопросах информированного согласия на медицинское вмешательство. Основные проблемы организационно-правового характера в концепции информированного согласия следующие:

- фактор времени;
- презумпция согласия;
- формуляр выражения информированного согласия.

Фактор времени важен в той связи, что врачу придется тратить свое время не только на вопросы диагностики, поиски вариантов лечения заболевания, но и на сам процесс информирования и отображения согласия пациента в документации. Актуальность данного фактора проявляется в необходимости следовать уже принятым или находящимся в разработке стандартам оказания медицинской помощи. Помимо всего прочего, стандарты предусматривают затраты определенного времени на врачебный осмотр и диагностику патологического состояния. Особенную значимость это приобретает в амбулаторно-поликлиническом звене, в случае проведения диагностических процедур.

Презумпция согласия на некоторые несложные медицинские процедуры, характеризующиеся низкой степенью вероятности осложнений, представляется необходимой. Это отчасти связано и с фактором времени, а также с профилактикой излишней формализации сферы оказания медицинской помощи. Целесообразно на уровне подзаконного акта Министерства здравоохранения РФ, детализирующего Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, сформулировать исчерпывающий перечень медицинских процедур, выполнение которых не требует письменного информированного согласия (что не исключает,

безусловно, устного согласия). При разработке такого подзаконного акта необходимо ориентироваться на отмеченные ранее простые медицинские услуги, перечень которых приводится в приказе Минздрава РФ 10 апреля 2001 г. №113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги».

В какой форме (в виде какого документа) пациент должен выразить свое согласие на медицинское вмешательство – данный вопрос также представляется уместным рассматривать при решении организационных проблем информированного согласия. Если речь идет о несложной диагностической процедуре, характеризующейся низкой вероятностью осложнений и неблагоприятных исходов, достаточно, наверное, ограничиться записью в самой истории болезни с подписью пациента. Что касается сложных или комплексных медицинских услуг (например, хирургических операциях), следует нормативно закрепить оформление информированного согласия в виде приложения к истории болезни. Причем «минимальный стандарт» информации, о котором речь шла выше, должен отвечать следующим условиям:

- единый для данного вида медицинского вмешательства образец документа;
- печатная форма представления;
- сохранение копии документа у пациента и в лечебном учреждении.

Тем самым, как представляется, внедрение в повседневную практику доктрины информированного согласия – потребность сегодняшнего времени. Это позволит создать реальную основу, при которой система охраны здоровья граждан будет функционировать в условиях соблюдения и уважения прав и достоинства человека. При этом снижается потенциальная вероятность возникновения юридического конфликта между субъектами медицинских правоотношений.

3. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

Важнейшей проблемой как ранее, так и в настоящее время является врачебная тайна, которая признается одним из основных понятий врачебной этики, деонтологии и медицинского права. Когда речь идет о взаимоотношениях медицины и права, практически всегда одним из ключевых вопросов является врачебная тайна. Особенности регулирования медицинской деятельности подразумевают необходимость пристального внимания к вопросам врачебной тайны.

Существует немало определений понятия «врачебная тайна», данных как медиками, так и юристами, философами, социологами. Одни из них делают акцент на морально-этическую сторону врачебной тайны, другие – на права пациента, третьи – на лиц, обязанных сохранять врачебную тайну. Вместе с тем требования медицинского права, как комплексной самостоятельной отрасли права, позволяют предложить определение, которое базировалось бы на положениях нормативной правовой базы сферы здравоохранения и учитывало бы принципы медицинского права.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА – это защищаемые в соответствии с законодательством сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, обязанность хранить которые возлагается на лиц, исполняющих профессиональные, служебные и иные обязанности в сфере медицинской деятельности.

Важно отметить, что термин «врачебная» не совсем точно отражает обязанность сохранения тайны информации о больном. Более точным может считаться употребление понятия «медицинская тайна», поскольку речь идет о всей сфере медицины, о необходимости не только врачами сохранять в тайне полученные сведения. Развитие научно-технического прогресса, всеобщая интеграция знаний приводят к тому (и медицина не является исключением), что информация, составляющая объект врачебной тайны,

достаточно часто становится доступной не только врачам и медицинским работникам, но и представителям других профессиональных сообществ.

С позиций комплексного восприятия врачебной тайны как составной части более емкого понятия «профессиональная тайна» необходимо отметить, что информация, составляющая врачебную тайну, характеризуется следующими признаками:

- медицинская профессия, в силу которой медику доверяется или становится известной конфиденциальная информация;
- конфиденциальная информация добровольно доверяется лицу, исполняющему профессиональные обязанности в сфере медицины, по выбору владельца этой информации и, как правило, затрагивает частную жизнь последнего.

Остановившись на истории появления и развития в этических и правовых документах врачебной тайны, следует упомянуть Гиппократа, который поместил в клятву врача следующее положение: «Что бы при лечении – а также 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». Это корпоративное обязательство требовало сохранения всех тайн не только самого больного, но и его ближайшего окружения. Россия также имеет свою историю становления института врачебной тайны.

Необходимо указать, что известный музей Санкт-Петербурга Кунсткамера пополнялся экспонатами врожденных уродцев, в том числе посредством разглашения медицинской тайны. Во времена Петра Великого повивальным бабкам под угрозой уголовной ответственности было предписано доносить о подобных случаях в их практике. В дальнейшем, в дореволюционной России, «Факультетское обещание», даваемое врачами после окончания медицинского факультета, содержало следующие строки: «Помогая страждущим, обещаю... свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия». Приход

советской власти ознаменовался решением проблемы врачебной тайны не столько с правовых и этико-профессиональных, сколько с идеологических позиций. Первый народный комиссар здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко высказывался о врачебной тайне следующим образом: «Мы держим курс на полное уничтожение врачебной тайны. Врачебной тайны не должно быть. Это вытекает из нашего основного лозунга, что болезнь не позор, а несчастье». В основе подобного отношения к врачебной тайне в то время была забота о больном человеке, поскольку предполагалось, что несчастье, о котором становится известно не только больному и его врачу, но и другим людям, из-за их сострадания и переживания для самого больного станет менее ощутимым. Несмотря на то что в дальнейшем, оставив государственную службу, Н.А. Семашко признавал ошибочность отрицания врачебной тайны, такой подход на длительное время определил отношение к данному вопросу в отечественном здравоохранении. Подобное негативное отношение к необходимости сохранения врачебной тайны было впервые преодолено в *Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении (утверждены Законом СССР от 19 декабря 1969 г.)*. Статья 16 данного нормативного правового акта («Обязанность сохранять врачебную тайну») определяла, что врачи и другие медицинские, а также фармацевтические работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезнях, медицинских обследованиях (освидетельствованиях), интимной и семейной жизни граждан. Руководители учреждений здравоохранения обязаны сообщать сведения о болезни граждан органам здравоохранения в случаях, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения, а следственным и судебным органам – по их требованию. Как продолжение подобной тенденции следует рассматривать внесение в 1994 г. ст. 128.1 в соответствии с которой была определена уголовная ответственность за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Важной стороной медико-правового исследования врачебной тайны в

ракурсе медицинского права является проблема сообщения диагноза неизлечимому больному. В медицинской и правовой литературе данный вопрос ассоциируется с таким феноменом, как «ложь во благо», подразумевая длительно существовавшую в нашей стране практику сокрытия правильного диагноза, прогноза и сообщения в этой связи больному неправильной информации, по сути ложной, которая бы внушала пациенту надежду на выздоровление. В сущности речь идет о важнейшей проблеме врачебно-правовой этики, когда закон требует полного и всестороннего правдивого информирования больного о его болезни, а гуманное, нравственное отношение к больному подразумевает наличие у врача дилеммы – назвать реальный диагноз и тем самым снизить уверенность в успехе лечения или назвать другую, менее тяжелую болезнь, но вселить больному надежду на выздоровление.

Важно подчеркнуть, что сторонники соблюдения принципа «ложь во благо», как правило, врачи, в то время как среди противников данной концепции преобладают юристы. Здесь, видимо, следует учитывать, что по закону именно на врача возлагается сложнейшая, по сути, миссия – сообщение пациенту неблагоприятного диагноза.

Представители юридической науки, говоря о необходимости полного и правдивого информирования неизлечимо больного пациента, как правило, основывают свои суждения на предоставлении пациенту возможности совершения определенных действий. Речь идет о распоряжении по поводу своего имущества, оформлении брачных отношений, развода, завершения начатой работы и др. Действительно, важность таких юридических фактов очевидна. К тому же нельзя игнорировать то обстоятельство, что перед любым медицинским вмешательством пациент должен дать информированное добровольное согласие. В случае если речь идет о предоставлении ложных сведений, то решение пациента будет приниматься в условиях нарушения его права на получение информации, и в этой связи мы имеем дело уже с двумя нарушениями правовых норм – согласие на

медицинское вмешательство и необходимость адекватного информирования пациента.

Представляется более оправданным следующий подход в решении проблемы информирования неизлечимо больного пациента: представление всей полноты информации в наиболее щадящей, смягчающей форме, с обязательным приведением тех методов и способов лечения, которые наиболее эффективны при данной патологии. Необходимо обрисовать больному реальную картину заболевания, что будет свидетельством:

- уважения его прав и законных интересов;
- предоставления возможности выбрать тот или иной вариант лечения, дать на него согласие;
- предоставления возможности сделать распоряжения по поводу своего имущества, совершить определенные действия;
- соблюдения действующего в настоящее время законодательства.

Интеграция медицины в другие области общественных отношений — объективный процесс, что обуславливает постоянно расширяющийся перечень лиц, которые в силу своих профессиональных обязанностей имеют доступ к медицинским данным. Следует отметить, что к основным субъектам сохранения врачебной тайны относятся:

- Лица с высшим медицинским или фармацевтическим образованием (врачи, провизоры).
- Лица со средним медицинским или фармацевтическим образованием (фельдшеры, медицинские сестры, фармацевты).
- Младший медицинский персонал (санитары, няни).
- Лица, находящиеся в процессе обучения (студенты медицинских вузов и училищ).
- Немедицинский персонал лечебно-профилактического учреждения (работники кадровых, юридических, финансовых, хозяйственных служб и др.).
- Сотрудники, работающие в органах и организациях, входящих в

систему обязательного медицинского страхования (фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации).

- Должностные лица органов управления здравоохранением (главные врачи, руководители структурных подразделений министерств, управлений, комитетов здравоохранения субъектов РФ).

- Сотрудники правоохранительных органов, которым информация, составляющая врачебную тайну, стала известной в силу профессиональных обязанностей.

В качестве объекта врачебной тайны выступают различные сведения, относящиеся как к самой болезни, так и к семейной, интимной, другим сторонам жизни человека. Иными словами, вся та информация, разглашение которой может нанести вред пациенту, его социальным, экономическим и иным интересам, должна составлять объект врачебной тайны.

К ОБЪЕКТАМ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ОТНОСЯТСЯ СВЕДЕНИЯ:

- о факте обращения за медицинской помощью;
- о состоянии здоровья пациента;
- о диагнозе заболевания пациента;
- полученные при обследовании и лечении пациента;
- о результатах обследования лица, вступающего в брак;
- о проведенном искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона;
- о личности донора и реципиента при трансплантации органов и тканей;
- о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья.

Основное предназначение института врачебной тайны – предупреждение случаев возможного нанесения вреда пациенту, его родственникам, третьим лицам в результате предания огласке сведений о

состоянии здоровья человека, его обследовании или лечении. Иными словами, это своего рода частный случай приоритета интересов личности над интересами общества. Однако всегда ли можно ориентироваться на врачебную тайну как на абсолютное понятие? Законодательство дает четкий ответ: нет, не всегда. В тех случаях, когда интересы государства, общественная необходимость обуславливают разглашение врачебной тайны для предотвращения еще более значительных последствий, нормы права предоставляют правомерную возможность отступления от принципов и правил сохранения врачебной тайны.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в ст. 61 определяют исчерпывающий перечень случаев, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

СЛУЧАИ ПРАВОМЕРНОГО РАЗГЛАШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Таким образом, врачебная тайна представляется одним из основных предметов изучения биоэтики и медицинского права. Зародившаяся в недрах медицинской этики, закреплённая затем в нормативных правовых актах, она органично вписалась в законодательство об оказании медицинской помощи. Знания медиками и юристами особенностей сохранения врачебной тайны представляются крайне важными. Причинами нарушения врачебной тайны в

первую очередь является незнание законодательства и непонимание того вреда, который можно нанести, нарушая конфиденциальность. Дискуссии по поводу «лжи во благо», ограничения принципа врачебной тайны необходимы, поскольку общество развивается, а вместе с ним должно модифицироваться законодательство о медицине вообще и о врачебной тайне в частности. При этом обсуждение данных вопросов должно происходить с привлечением медиков, юристов, социологов, философов.

ГЛАВА III

МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИКИ

Генетика – наука о наследственности и изменчивости живых организмов и методах управления этими процессами. С развитием генетики ассоциируется возможность манипулирования человеческой природой. Общество и отдельные граждане должны осознанно подходить к проблеме возникновения жизни, нести ответственность за судьбу будущих поколений.

Как наука, генетика начала складываться в начале XX в. История генетических методов и технологий непосредственно связана со стремлением человека к улучшению пород домашних животных и возделываемых растений. Вначале это происходило стихийно. Начало научному подходу к процессу гибридизации растений положил австрийский монах Грегор Мендель. В 1909 г. датский ботаник Иогансен ввел в биологию понятие гена, как единицы биологического вида, несущей наследственные свойства. В 20-х гг. советскими учеными школы А.С. Серебровского были проведены первые эксперименты, доказавшие сложность строения гена. В первой половине XX в. сложилась советская школа генетиков, а в середине века генетика была объявлена лженаукой, и всякие генетические исследования на официальном уровне были прекращены. Предшествующие наработки ученых были использованы Дж. Ултсоном и Ф. Криком для создания в 1953 г. модели ДНК. Начались работы по расшифровке генетического кода.

Исследования, связанные с целенаправленным созданием новых комбинаций генетического материала, привели к возникновению генной инженерии. Возможность диагностировать и лечить наследственные заболевания превратила генетику в важную отрасль медицинских знаний и клинической практики. Мораль и право стали необходимыми регуляторами генетических программ в медицине. В процессе взаимодействия врача-генетика и пациента формируется блок этических проблем:

- одна из особенностей медицинской генетики связана с тем, что наследственные заболевания в результате репродуктивных процессов передаются потомкам. Следовательно, проблемы медицинской генетики носят не индивидуальный, а семейный или даже родовой характер. Они могут проявиться в отдаленных поколениях потомков;

- в настоящее время лишь для небольшого числа наследственных болезней имеется более или менее успешное лечение. А потому, нужна ли диагностика генной патологии? Хочет ли человек заранее знать трагичность своей судьбы?;

- специфика этических проблем медицинской генетики состоит также в том, что предметом генетической практики является, в основном, забота о здоровье еще не рожденных детей, в то время, как сегодня многие реально живущие люди ждут медицинской помощи. Оправдано ли нерациональное использование ресурсов здравоохранения?

Но все проблемные вопросы, вместе с тем, не дают оснований для запрещения генетических исследований и использования их в медицине. Генетика стала вполне определенной областью медицинских знаний и практики. В 80-ые гг. входят в оборот понятия «доклиническая генная диагностика», «генная прогностическая медицина», «генная терапия».

Доклиническая генная диагностика позволяет через консультативную службу предупредить супружеские пары от риска и возможности появления на свет неполноценного ребенка. В странах с высоким уровнем жизни генетические клинические обследования становятся частью современного

здравоохранения, в России же доступ к медико-генетической помощи в силу организационных и материальных причин ограничен.

Появление генной диагностики с прогнозированием неизбежно приводит к формированию генной терапии. Существует соматическая и зародышевая генная терапия. Генная терапия соматических клеток, впервые разрешена к применению в 1989 г., а опробована в 1990 г. Она подразумевает коррекцию генетических дефектов в соматических клетках самого пациента. Метод включает корректировку, замену или добавление генов. Генная терапия зародышевой линии подразумевает помещение гена в сперматозоид, яйцеклетку или эмбрион, чтобы все потомки модифицированного индивида несли здоровый ген вместо больного. Это очень опасно. Внедрение чужеродного гена в развитие эмбриона может вызвать отрицательные последствия, и более того, дефекты могут остаться в зародышевой линии и переданы потомкам. С 1994 г. по данным ЮНЕСКО зародышевая терапия строго запрещена.

Из вышесказанного следует, что генетическая практика в медицине составляет обширную группу риска, поскольку система отношений «врач-пациент» приобретает межгрупповой и даже родовой характер и требует углубленного морально-правового регулирования.

В 1995 г. Всемирная организация здравоохранения выработала обстоятельный документ «Резюме по этическим аспектам медицинской генетики», в котором обобщен международный опыт по этическим проблемам. На основании документа целью медицинской генетики является диагностика, лечение и профилактика наследственных заболеваний. В основе медико-генетической практики должны лежать следующие этические принципы:

- уважение личности – основополагающий принцип врача-генетика и пациента. Уже на стадии диагностики врач вступает в отношения с людьми, предполагающими наличие каких-то генетических нарушений, способных привести к серьезной соматической, неврологической или психической

патологии пациента, членов семьи и потомков. Уважение автономии пациента, объективность информации и обеспечение свободы в выборе решения при самоопределении – долг генетика;

- конфиденциальность, сохранение тайны на полученную информацию. Генетическая информация уникальна в том смысле, что принадлежит и конкретному индивиду, и его семье. Неэтично скрывать ее от собственников, т. е. кровных родственников больного, которые могут иметь мутантный ген и высокий риск развития наследственного заболевания и у себя, и у потомков. С другой стороны, неэтично сообщать другим людям информацию о пациенте без его согласия, тем более, что эта информация потенциально может оказаться вредной для него, привести к его дискриминации. Согласно общепринятым законодательным и этическим нормам информация о генетическом статусе человека может быть сообщена только ему, его опекунам и лечащим его врачам. Большинство врачей считают, что генетическая информация должна сообщаться и кровным родственникам больного, включая его детей младше 18 лет, но только с согласия пациента;

- соотношение потенциального блага и вреда. Необходимо так сбалансировать риск от предпринимаемых действий, чтобы получение пользы имело большую вероятность, чем нанесение вреда пациентам и их семьям;

- доступность генетической помощи и справедливое распределение средств в ее получении.

Системный характер генетическим исследованиям придал проект «Геном человека», начатый в 1990 г. и рассчитанный на 15 лет (завершен в 2003 г.) Цель проекта – проанализировать и секвенировать всю ДНК во всех человеческих хромосомах. Этот проект объединил усилия ученых всего мира, его приблизительная стоимость около 3.млрд. долларов США.

С проектом «Геном человека» связано множество этических проблем. Их классифицируют по трем группам: индивидуальные, социальные и

видовые. Индивидуальные этические вопросы предполагают, что любая генетическая помощь должна быть добровольной. Все участники исследований должны быть информированы и им должна быть гарантирована конфиденциальность. Этические проблемы социального уровня касаются распределения ресурсов, коммерциализации и евгеники. Видовые этические вопросы требуют соотношения риска, взвешенности при принятии решений, чтобы не нанести вред здоровью потомков.

Россия присоединилась к проекту, были приняты следующие этические принципы проведения геномных исследований и связанных с этим этических процедур:

- геномные исследования и медицинские вмешательства в рамках российской программы «Геном человека» проводились, и впредь будут проводиться в строгом соответствии с Конституцией РФ и российским законодательством, а также этическими нормами, сформулированными в международных конвенциях и декларациях ЮНЕСКО, ВОЗ, СОЕ и др.;

- интересы и благо конкретного человека (испытуемого, донора, биологических материалов или самого пациента) должны превалировать над интересами общества, науки и любыми другими интересами;

- вмешательства в геном человека допускаются только в медицинских целях и только при условии, что подобное вмешательство не направлено на изменение генов у потомков данного человека;

- геномные исследования не могут быть основанием для любой формы дискриминации или для доказательства биологического превосходства отдельных индивидов или групп, например, этнических;

- участие в биомедицинских исследованиях или медицинских вмешательствах в качестве испытуемых, пациентов или доноров биологических материалов должно осуществляться при неукоснительном соблюдении принципа добровольного информированного согласия. Согласие на привлечение к генетическим манипуляциям лиц, не достигших 15 лет и недееспособных, дают их законные представители;

- заявка на действия, предполагающие вмешательство в геном человека, семьи или популяции, должна проходить этическую экспертизу в компетентном правомочном органе с целью выяснения научной обоснованности испытаний, оценки потенциального риска. Испытуемые в обязательном порядке должны быть ознакомлены со своими правами;

- всякому медицинскому вмешательству должно предшествовать генетическое консультирование пациентов, членов их семей. По результатам исследований обязательна достоверная информация;

- необходимо гарантировать сохранение конфиденциальности генетической информации, предотвратить возможность свободного доступа к ней.

Все участники геномных исследований должны нести моральную ответственность перед обществом, действовать открыто и только во благо человека.

Наиболее острая дискуссия в области генной инженерии развернулась по проблемам клонирования. Под клонированием понимают точное воспроизведение того или иного живого объекта в каком-то количестве копий. Первое удачное клонирование позвоночного животного (овцы Долли) явилось большим достижением в мире ученых, но вместе с тем, вызвало опасение и страх перед возможностью клонировать человека. С научной точки зрения клонирование открывает широкие перспективы для лечения неизлечимых болезней на клеточном уровне, омоложения организма и продления жизни. Т.о., терапевтическое клонирование клеток, тканей, органов могло бы стать настоящим благом для людей. С другой стороны, беспокойство и ужас у человечества вызывает мысль о получении генетически идентичных человеческих существ. Кто может гарантировать, что клонирование не будет распространяться на репродукцию человека? И вообще, возможно ли создание полных человеческих копий в иных социально-культурных условиях?

Нужны здоровая реакция общества и разработанный механизм

правового и этического регулирования по вопросам клонирования. Во многих странах мира репродуктивное клонирование запрещено. Россия придерживается позиции, высказанной Советом Европы в дополнительном протоколе к Конвенции «О правах человека в биомедицине», где говорится, что «инструментализация человеческих существ путем намеренного создания генетически идентичных человеческих существ несовместима с достоинством человека и представляет собой злоупотребление биологией и медициной....Любые вмешательства с целью создания человеческого существа, генетически идентичного другому человеческому существу, живому или мертвому, запрещаются». 83 государства, в том числе и Россия, поддержали решение Генеральной Ассамблеи ООН 2005 г. о запрещении клонирования. На такой же позиции находится Закон РФ «О государственном регулировании генноинженерной деятельности», принятый в 2000 г.

В определенных кругах популярна идея об улучшении генофонда нации. Разработкой методов социального контроля за улучшением физических и интеллектуальных расовых качеств занимается евгеника. По мнению сторонников евгеники, общество за счет развития медицины, социальной поддержки неблагополучных семей и других «искусственных» мер улучшения качества жизни ослабило действие естественного отбора, в результате которого возникла опасность расового вырождения. Евгенические методы направлены на то, чтобы остановить генетическое вырождение населения. Различают негативную и позитивную евгенику.

Негативная евгеника ставит задачу приостановить передачу по наследству «субнормальных» генов. Ее излюбленными объектами являются алкоголики, наркоманы, сифилитики, уголовники, психиатрические больные, а методами – репрессивные действия (стерилизация, уничтожение неполноценных людей, запрещение межрасовых браков и др.) Позитивная евгеника ставит задачу посредством целенаправленной социальной политики обеспечить воспроизводство физически и интеллектуально одаренных

людей.

Основные этические проблемы евгеники: – добровольность экспериментов на человеке, защита его прав, реализация этических принципов не навреди, гуманизма, справедливости.

2. МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В биомедэтике больше всего споров связано с рождением и умиранием человека. Медицинские вмешательства, направленные, с одной стороны, на прерывание беременности и предупреждение зачатия, с другой – на лечение бесплодия, сопряжены со многими философскими, религиозными, морально-этическими, правовыми и другими проблемами, большая часть которых не имеет однозначного решения.

Одним из самых широко применяемых способов контроля за рождаемостью является искусственное прерывание беременности – аборт. Это не только медицинская, но и социальная, морально-этическая, религиозная и правовая проблема. Противостояние по ней определилось уже на ранних этапах цивилизации. Гиппократ (V в. до н. э.) считал искусственное прерывание беременности несовместимым с врачебной профессией. Аристотель (IV в. до н.э.) полагал, что аборт допустим как средство регулирования рождаемости. В императорском древнем Риме аборт широко практиковался и не считался чем-то зазорным. С возникновением христианства он стал отождествляться с убийством и сурово карался. В 1649 г. в России была введена смертная казнь за аборт и отменена только спустя 100 лет.

На протяжении последних двух столетий отношение общества к аборту складывалось под влиянием многих факторов: религиозных ценностей, развития научных знаний, позиций профессионального врачебного сообщества, меняющегося законодательства, гражданских инициатив

(феминистического движения, выступлений в защиту жизни плода и др.)

Непрекращающиеся дебаты об отношении к аборту ведутся с позиций морали.

Аргументы тех, кто считает аборт недопустимым:

- аборт есть убийство. Жизнь оплодотворенной клетки претерпевает качественные изменения. На восемнадцатый день после зачатия у плода возникает сердцебиение; на двадцать первый – замкнутая система кровообращения; на сороковой – электрические импульсы мозга; в восемь недель – сосет палец; в двенадцать – активно движется в околоплодных водах. Особенно следует подчеркнуть ранние сроки возникновения сердцебиения и дыхания, так как в медицине всегда считалось, что именно с утратой этих функций человек умирает. Поскольку аборт искусственно прерывает жизненно обеспечивающие функции, несомненно он является убийством;

- эмбрион в одиннадцать, а некоторые считают, что в шесть-семь недель, чувствует боль. Значит, аборт есть негуманное действие по отношению к плоду;

- аборт сопровождается риском нанесения вреда здоровью женщины, ее психоэмоциональному состоянию;

- неудачно произведенный аборт на поздних сроках беременности часто приводит к серьезной патологии здоровья детей.

Консервативное крыло участников дискуссии по проблеме аборта является категорическими противниками искусственного прерывания беременности. Представители католической церкви и буддизма считают аборт недопустимым даже по здравоохранительным показаниям, более терпимое отношение к аборту у протестантов и мусульман.

Сторонники либеральной позиции считают, что у современной женщины должен быть выбор средств регулирования рождаемости. Даже при доступности сексуального просвещения и средств контрацепции она имеет право на гуманный, безопасный и легальный аборт. Вопрос об аборте, это не

только вопрос об опасности или безопасности для здоровья, но это действительно вопрос прав женщин.

В основе спора сторонников и противников аборта лежит философская проблема статуса человеческого эмбриона. Противники абортотворения считают, что человеческая жизнь начинается с момента оплодотворения, в частности, на этой позиции стоит буддизм. Сторонники же абортотворения убеждены, что определение зиготы на всех стадиях развития как человеческого существа некорректно. В пределах рационально-научного мышления о зиготе можно говорить как всего лишь об особой клетке. Это самая ранняя форма бытия человеческого существа. Природа эмбриона как потенциального человека, в основном, биологическая. Развитие эмбриона есть становление прежде всего биологической уникальности, формирование предпосылок уникального склада характера будущего человека. Но природа эмбриона определяет и его особый моральный статус. Он, не являясь нравственным субъектом, является носителем человеческого достоинства. Поэтому наши действия по отношению к эмбриону подлежат моральным оценкам.

С точки зрения морали, всякий искусственный аборт есть, в конечном счете, зло. Решение об аборте – это всегда трудный мучительный моральный выбор. Даже в тех случаях, когда аборт выступает средством профилактики наибольшего зла, это все равно зло. Это боль, чувство вины, унижения, нередко раскаяния, что свидетельствует о нравственном здоровье людей.

3. МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСКУССТВЕННОЙ РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

Развитие науки подготовило возможность давать жизнь через искусственное оплодотворение. В настоящее время разработаны и внедряются в клиниках многих государств новые подходы к помощи пациентам, страдающим бесплодием.

Вопросы этики искусственного оплодотворения – это проблема отношения к человеческой жизни. Если аборт, контрацепция, стерилизация –

это борьба с возникновением человеческой жизни, то искусственное оплодотворение – это борьба за возможность ее возникновения. Искусственный аборт и искусственное оплодотворение тесно связаны между собой: практика искусственного аборта поставляет пациентов для практики искусственного оплодотворения, т. к. нередко искусственный аборт ведет к приобретенному бесплодию. Специалисты считают, что вторичное бесплодие на 55% является следствием осложнения после аборта.

Практика искусственного оплодотворения вызвала массу вопросов социально-этического характера. Не являются ли искусственные репродуктивные технологии угрозой для будущей жизни человека? Не станет ли метод искусственного оплодотворения основанием для принципиальных изменений в семейно-брачных отношениях? Не приведет ли это к увеличению неполных семей, где воспитанием детей будет заниматься одна мать? Не окажет ли искусственное зачатие влияния на систему родственных отношений?

Не смотря на то, что за двадцать с лишним лет развитие новых репродуктивных технологий с уровня экспериментов перешло в разряд медицинской практики, этические аспекты проблемы не ослабевают. Они формируются вокруг следующих моментов:

- каков статус эмбриона? Можно ли его считать личностью и когда? В решении этого вопроса формируются три подхода. 1. Эмбрион не личность, а биологический уровень жизни. Примерно до шести недель эмбрион не способен что-либо чувствовать, ощущать боль, поэтому у человека нет перед ним никаких моральных обязательств, а у эмбриона, соответственно нет моральных прав. 2. Эмбрион – личность. В существовании человека нет стадии, когда мы не люди. Поэтому процесс развития эмбриона следует рассматривать как процесс жизни человека вообще, и с момента оплодотворения к нему должно складываться соответствующее отношение. 3. Эмбрион – потенциальная личность. Зародыш рассматривается как существо, обладающее потенциалом стать полноценной личностью. Он

находится на пути к превращению в личность, и, если все протекает нормально, однажды он становится полноправной личностью;

- в зависимости от решения вопроса статуса эмбриона решается проблема правомочности манипуляций на половых клетках человека и на эмбрионе, как с медицинскими, так и с исследовательскими целями, правомочность замораживания эмбриона;

- встают этические аспекты донорства половых клеток и поведения относительно доноров реципиентов и рожденных с помощью новых репродуктивных технологий детей;

- правомочность использования суррогатного материнства;

- выбор пола плода родителями без медицинских показаний. Например, в Индии, Китае отдается предпочтение в рождении мальчикам. Плод женского пола при определении уничтожается, что само по себе антигуманно и приводит к демографическому сдвигу.

Определяющим фактором моральной оценки поставленных проблем является принадлежность к одному из двух мировоззренческих направлений: либеральному или консервативному.

Либеральная позиция исходит из того, что материнское счастье есть неотъемлемое право каждой женщины. Основанием этого права в рамках либеральной идеологии является естественно-биологическая функция деторождения, мировоззренческим принципом – понимание человека не как «образа и подобия Божия», а как образа и подобия обезьяны, и поэтому женщина не является исключением из всего животного мира. Постепенно произошел переход от чисто биологизаторской трактовки допустимости рождения детей через искусственное оплодотворение на социальный и нравственный уровень.

Прошло сто лет от неприятия до полной либерализации метода искусственного оплодотворения. В настоящее время в Европе широкое распространение получает новый вид международного бизнеса – «зачаточного» или «репродуктивного». В «Основах законодательства

Российской Федерации об охране здоровья граждан» ст. 35 говорится: «Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона».

Либеральный подход, основанный на технических возможностях медицинской науки и практики, ведет к недооценке морально-нравственных факторов оплодотворения. Зато их абсолютизируют представители консервативного направления.

Консервативное направление формирует моральную оценку в границах христианского учения, один из заветов которого – таинство брака. Благословление на деторождение мужчина и женщина получили от Бога – «плодитесь и размножайтесь». Через таинство брака мужчина и женщина становятся «уже не двое, но одна плоть». Религиозная символика рождения хорошо описана В. Соловьевым, Н. Лосским, Н. Бердяевым. Современные православные авторы (О.Н. Балашов и др.), рассуждая по морально-этическим вопросам искусственного оплодотворения, основываются на следующих положениях:

- увеличивается угроза воспитания ребенка, рожденного посредством искусственного оплодотворения, в неполной семье;
- искусственное оплодотворение замужней женщины без согласия и участия ее мужа недопустимо, «ибо ложь и двусмысленность разрушают целостность брачных отношений». Искусственное оплодотворение ассоциируется с супружеской изменой: «Если муж не способен к оплодотворению и медицина не может ему помочь, жена должна принять его таким, каков он есть, не пытаясь найти подмену». Вместе с тем гомогенное оплодотворение православие допускает, дабы продлить род;
- практика донорства яйцеклеток недопустима с точки зрения защиты целостности и уникальности брачных отношений;
- уничтожение человеческих эмбрионов, как носителей человеческого достоинства недопустимо;
- манипуляция с человеческой жизнью у ее истоков может вызвать

непредсказуемые последствия в плане формирования ментальности;

- суррогатное материнство недопустимо в силу нарушения эмоциональной и духовной связи между матерью и ребенком в пору беременности.

Таким образом, в вопросе дальнейшего использования новых подходов в репродукции человека, как впрочем и по многим проблемам биомедэтики, диалог между двумя крайними позициями незавершен. Видимо, решаться проблема будет на пути компромисса.

4. МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Трансплантология – одна из самых перспективных отраслей современной медицины, давших возможность для лечения больных, ранее считавшихся обреченными.

Начало развития трансплантологии можно датировать 1954 г., когда американским хирургом Д. Мюрреем была осуществлена первая успешная пересадка почки. В СССР первую успешную пересадку почки от живого донора произвел в 1965 г. академик Б.В. Петровский, а в следующем году он успешно пересадил трупную почку. Настоящий прорыв в трансплантологии связан с операцией по пересадке сердца от погибшего человека пациенту, находящемуся на пороге смерти, совершенной 3 декабря 1967 г. южноафриканским хирургом Кристианом Барнардом. Пересадка сердца от одного человека другому вызвала огромный общественный резонанс, перевернув вековые традиции человечества в вопросах жизни и смерти.

Но до начала 80-х гг. трансплантация оставалась областью экспериментальной хирургии, не привлекая особого внимания со стороны общественности. Хотя эксперименты по трансплантации велись, в том числе и отечественными учеными. Среди них Н.И. Пирогов, первым применивший эфирный наркоз; Н. Штраух, Н. Фейгин, установившие возможность трансплантации роговицы; В. Антонец, занимающийся работами по пересадке зубов; К.М. Сапежко, работавший в области трансплантации

слизистой; Ю.Вороной, осуществивший первую в мире трансплантацию почек; В. Шумаков, практиковавший операции по трансплантации сердца; Г.Фальковский и А. Покровский, исследовавшие способы сохранения органов; С. Воронов, занимающийся пересадкой семенников животных человеку; С. Брюхоненко, создавший первый в мире аппарат искусственного кровообращения; В. Демихов, совершивший операции по пересадке мозга.

В настоящее время успешно работают в области трансплантологии С.В. Готье, В.А. Максименко, М.К. Каабак, Э. Мулдашев, Л. Бокерия, К. Шаталов. На счету академика РАМН В.И. Шумакова сотни пересаженных сердец, около 2000 почек и тысячи других сложных операций.

В СССР деятельность в сфере пересадки органов и тканей регулировалась сугубо ведомственными средствами – приказами и инструкциями Министерства здравоохранения. В Российской Федерации в 1992 г. был принят «Закон РФ о трансплантации органов и (или) тканей человека», который явился важным шагом на пути формирования правовых основ трансплантологии. Закон внес принципиальные изменения в определение критерия смерти. Наряду с традиционным, законодательно вводился новый критерий смерти – смерть мозга. Врачам дается право забора органов для трансплантации от лиц, у которых констатирована смерть мозга. Законом также устанавливаются правила презумпции согласия на забор органов, что предполагает возможность забора органов при отсутствии несогласия донора или его законных представителей. Был введен запрет на куплю-продажу органов для трансплантации.

Вместе с тем, закон регламентирует лишь самые общие правила взаимоотношений врачей, реципиентов, пациентов и их родственников и ответственность медицинских учреждений за различные нарушения в этой сфере. Остается значительным число проблем в этой сфере.

1. Морально ли тратить средства на трансплантологию?

Операции по пересадке органов очень дорогие. В условиях острой нехватки в российских больницах самых элементарных лекарств,

инструментария и оборудования морально ли тратить и без того скудные ресурсы для спасения жизни незначительному числу граждан, если другие пути их использования в системе практического здравоохранения позволят спасти и вылечить большее число людей? Однако, нужно учитывать, что трансплантология перспективная, способная принести в будущем спасение для многих людей, область медицины. Без сегодняшних затрат у нее нет будущего. Поэтому надо решать вопрос о справедливом распределении ресурсов здравоохранения, заинтересовать людей в этой проблеме и убедить в пользе трансплантации под контролем общества.

2. Как получить органы от живых доноров? Морально ли это?

Пересадка органов от живого донора сопряжена с серьезным риском для последнего. Во-первых, этот риск связан с самой хирургической операцией, которая наносит психологический и физический урон донору. Во-вторых, лишившись парного органа или части органа, донор становится более уязвим. Нарушается основополагающий моральный принцип медицины – «не навреди». Хирург, забирая ткани или органы у донора, осознанно наносит ему травму и подвергает его жизнь риску. Законом донору предоставляется право на послеоперационную реабилитацию, но на деле эта гарантия часто не выполняется, и человек остается один на один со своими проблемами. Поэтому для усиления защиты интересов донора, следует прибегать к юридическому оформлению добровольной жертвы ближнему.

Обязательна конфиденциальность любой информации о доноре и реципиенте, за которую отвечает лечебное учреждение.

Для предупреждения злоупотреблений при трансплантации органов, операции должны проводиться на альтруистической основе, быть добровольными и бескорыстными. Нельзя делать органы и ткани человека предметом купли-продажи, принуждать к донорству недееспособных людей, которые не в состоянии принять решение осознанно. Поэтому важно получить осознанное, добровольное, информированное согласие с

получением письменного разрешения донора.

К коммерциализации донорских органов ведет их дефицит, обнищание людей и их стремление заработать любым путем, слабое финансовое положение лечебных учреждений, выживающих, в том числе, и за счет коммерческой деятельности. Коммерциализация нарушает социальный и моральный статус тела человека, превращая его в товар. Разрешение торговли органами усилит социальную несправедливость – богатый будет выживать за счет бедного. А эта форма эксплуатации человека человеком ведет к дестабилизации общественной жизни.

3. Морально ли пересаживать трупные органы?

Использование трупа человека в качестве источника органов для пересадки вызывает целый спектр непростых моральных проблем. Все мировые религии запрещают нанесение повреждений телу умершего человека, предписывают бережливое и почтительное отношение к нему, и любой акт действий над ним является предосудительным поступком, оскорбляющим память о человеке. Поэтому трансплантация органов от трупа предполагает регламентацию со стороны определенных моральных норм.

Прежде всего это моральные проблемы процедуры забора органов. Существует три типа забора органов:

- рутинный, наиболее распространенный в отечественной медицине. Тело умершего человека в данном случае как бы объявляется собственностью государства, поэтому органы здравоохранения, как представители государства, могут распоряжаться им по собственному усмотрению в интересах общества;
- презумпция согласия, действует в России на основании закона о трансплантологии. Этот тип забора органов несколько повышает моральный стандарт трансплантологии. Он предполагает согласие донора на забор органов в случае, если нет его официального несогласия. Реально осуществляться этот тип забора органов может лишь тогда, когда о нем будет информировано население;

- информированное согласие (презумпция несогласия), действует в США, Голландии, Португалии и ряде других стран. В основе подхода, опирающегося на информированное согласие, лежит фундаментальное право индивида на самоопределение и автономию. Он предполагает обязательное предварительное согласие на забор органов донора при жизни или родственников после смерти человека. Моральные издержки принципа сводятся к тому, что нужно обязательно обращаться к родственникам за разрешением на забор органов близкого человека в самый драматический для них момент. Многие врачи считают это аморальным.

Важной моральной проблемой забора органов от трупа является проблема справедливости. Какими стандартами нужно руководствоваться при распределении дефицитных органов? Как отмечают отечественные специалисты – трансплантологи, в России при распределении органов для трансплантации руководствуются тремя достаточно обоснованными критериями: степенью совместимости пары донор-реципиент, экстренностью ситуации и длительностью нахождения в «листе ожидания» Все три критерия абсолютно объективны. Но следует всегда помнить о сомнениях, которые создают врачебный опыт и интуиция. Поэтому выбор реципиента – это всегда этический поступок для трансплантологов.

Учитывая большой спрос на донорские органы и их ограниченное предложение, встают этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органами и тканями в трансплантологической практике. Чтобы не допустить злоупотреблений, закон разделяет функции по определению момента смерти, забора органов и их трансплантации между различными медицинскими специалистами. Концепция смерти мозга была разработана в неврологии, и заключение о смерти мозга может сделать только независимая неврологическая экспертиза. Забор органов осуществляется независимыми от трансплантологов хирургами, а операции по трансплантации органов будет делать квалифицированная бригада трансплантологов.

4. Морально ли трансплантировать фетальные ткани и органы?

Опыты с пересадкой фетальных тканей начались еще в прошлом веке. В 1881г. К. Леопольд писал, что фетальные ткани обладают более мощной способностью к росту. Их клетки напоминают по своим биологическим свойствам раковые, но не обладают патологическими свойствами, лучше выживают в чужеродной среде и перспективны для трансплантации. С этой целью могут использоваться ткани плода после искусственного аборта, т.к. самопроизвольные выкидыши встречаются значительно реже и часто сопровождаются патологией плода, что делает их неподходящими донорами. Область трансплантации фетальных тканей ставит ряд серьезных проблем. Оказывается, что в погоне за «большими деньгами» женщин могут превращать в «сырьевые придатки» прибыльной медицинской индустрии – трансплантации фетальных тканей, в т.ч. производить насильственные аборт при здоровом плоде путем обмана и подделки соответствующей медицинской документации, что является грубейшим нарушением всех этических принципов.

Трансплантация не является единственной областью утилизации abortируемых материалов. Человеческие плоды используются для получения вакцин против полиомиелита, спасших в мире жизни миллионов людей, служат лабораторным материалом при диагностике многих вирусных заболеваний.

В любом случае трансплантация органов и тканей от живого плода морально не допустима, от abortированных – только в тех случаях, когда женщина принимает независимое решение об abortе без влияния на нее заинтересованных лиц. При этом запрещается любая форма оплаты женщине, торговля abortируемыми плодами, их органами и тканями. Недопустимы любые предварительные договоренности между женщиной и будущим реципиентом в отношении зачатия ребенка и его последующего abortа для трансплантационных целей.

Нужно в этических рамках закрепить законом моральный статус

абортируемого плода и допустимость фетальных трансплантаций.

5. Моральна ли ксенотрансплантация – пересадка органов и тканей животных?

Попытки переливать кровь и пересаживать органы от животных человеку имеют давнюю историю. Общественный интерес к ним подогревается неуклонно растущим дефицитом человеческих донорских органов и тканей. В экономически развитых странах не менее чем для 150 тыс. человек в год требуется пересадка органов и тканей.

Наиболее генетически близкими к человеку являются приматы, но с ними возникает много сложностей:

- обезьяны слишком малы – бабуины, шимпанзе, макаки просто не годятся по размеру;
- у обезьян много своих болезней, которые могут быть перенесены человеку, а у людей их и так хватает. В человеческом организме нет эволюционно вырабатываемых систем защиты от вирусов и бактерий животных, а пересадка всегда сопровождается введением иммунодепрессантов, которые значительно снижают иммунитет человека. Ученые предполагают, что СПИД возник вследствие вируса иммунодефицита обезьян в человеческий организм. Так что человек может «обогатить» себя новыми неизвестными возбудителями инфекций;
- аморально убивать обезьяну, по физическому строению родственную человеку.

Наиболее подходящим кандидатом для донорства органов человеку является свинья. Ее органы похожи на человеческие по анатомическому и физиологическому строению. Они наиболее совместимы по размерам, легче приживаются на уровне обменных процессов. Руководствуясь принципом «не навреди», можно выращивать стерильных свиней, у которых нет болезней. Вопрос о гистологической совместимости можно решить с помощью генной инженерии путем создания трансгенных животных. И наконец, использование органов свиней для пересадки не вызывает

серьезных возражений со стороны защитников прав животных.

Операции по трансплантации органов очень сложны в профессиональном плане и ответственны в моральном отношении. Их должны проводить высоко профессионально и этически подготовленные специалисты. Высокий риск для доноров и реципиентов, колоссальная нагрузка на хирургов оправдана благой целью – спасение человеческой жизни.

5. МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Из всех медицинских наук психиатрия больше всех имеет дело с личностью человека, учитывает его биологическую, психическую, духовную и социальную составляющие. Естественно, психические вопросы в практике оказания психиатрической помощи весьма разнообразны и сложны. Психиатрическая практика предполагает компетентную и умелую помощь больным людям и всем нуждающимся в такой помощи.

В истории психиатрии важную роль сыграло патерналистское начало. Длительное время психически больные люди воспринимались как ненормальные, помешанные. По отношению к ним применялись полицейские приемы. Только в XVIII в. в Англии и Франции сумасшедшие стали подниматься до достоинства больных. Апофеозом врачебного патернализма стала реформа французского врача Пинеля, снявшего с душевнобольных цепи в парижской государственной больнице Бисетр. Меры ограничения свободы сводились к смирительной рубашке, что придавало терапевтическим методам нравственное содержание.

Спустя 50 лет английский врач Джон Конноли углубил собственно этический аспект врачебного метода Пинеля и предложил отменить по отношению к больным любые методы стеснения. Спор вокруг системы Конноли «Никакого стеснения» стал общеевропейским.

Предвестником кризиса врачебного патернализма в психиатрии стал

кризис психиатрических больниц в 50-ые гг. XX в. В 1955 г. комитет экспертов ВОЗ высказался за необходимость лечения психически больных без изоляции от общества. В 60-70-ые гг. проводилась политика деинституализации психически больных, т.е., отказ от их принудительного содержания в психиатрических больницах. Это было связано с развитием фармации и появлением возможности применять психотропные вещества. Психиатрическая практика стала больше ориентироваться на призрение и опеку, чем на лечение и реабилитацию.

Однако, антигоспитальное движение имело и другую сторону. Закрытие государственных больниц привело к росту количества бездомных и бродяг. Новая система медицинской помощи оказалась неспособной обеспечить квалифицированной помощью наиболее тяжелый контингент больных. Последние годы в США получили развитие новые формы психиатрической помощи – частичная госпитализация, обслуживание в больницах общего типа и т. д. Одновременно в 60-ые гг. в Европе и Америке разворачивались драматические движения антипсихиатров, утверждавших, что психических болезней вообще не существует, а врачи-психиатры – это полицейские в белых халатах.

При всем отрицательном значении антипсихиатрических движений, они стали предтечей действительно радикальных изменений в психиатрии 70-80-ых гг. Социальный аспект оказания психиатрической помощи стал в основном определяться идеей защиты гражданских прав душевнобольных.

Важно отметить, содержание принципов и норм современной этики имеет международное значение. Минимальные этические стандарты работы психиатра заложены в международных документах:

- Гавайская декларация, принятая Всемирной психиатрической ассоциацией в 1977, дополненная в 1983 гг.;

- Свод принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, подготовлен в 1990 г. одной из комиссий по правам человека ООН.

В нашей стране основополагающими документами, регулирующими этико-правовое отношение в психиатрии, стали ФЗ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании» (1993 г.) и «Кодекс профессиональной этики психиатров», принятый Российским обществом психиатров в 1994 г.

В соответствие с этими документами душевнобольные признаются уязвимой социальной группой, к которым следует относиться исходя из уважения к достоинству человеческой личности. В документах разработаны важнейшие принципы психиатрической этики.

Принцип добровольного информированного согласия на лечение.

Наибольшее морально-этическое напряжение в психиатрии вызывает применение мер медицинского характера в недобровольном порядке. Гуманистическая этика исходит из того, что практика госпитализации в психиатрические стационары, в основном, должна осуществляться на добровольной основе. Большое значение приобретает юридическая сторона получения информированного согласия.

Принцип добровольного информированного согласия на лечение.

В психиатрии содержание информации и подходы к получению согласия на лечение имеют свою специфику. Она предполагает:

- при получении согласия больному необходимо сообщать диагноз заболевания, причем выбирать для информации мягкие формы;
- необходимо правдиво говорить о продолжительности лечения, избегать категоричности;
- согласие на лечение больной должен подтвердить письменно. Получение согласия не должно сопровождаться угрозой, обманом, насилием;
- принцип добровольности включает право больного на отказ от медицинского вмешательства.

В ст. 29. ФЗ «О психиатрической помощи...» определяются необходимые условия, допускающие госпитализацию отдельных категорий

душевнобольных без их добровольного согласия. Показателями для недобровольной госпитализации являются тяжелые формы психического расстройства, необходимость лечения в стационарных условиях, случаи, когда больной представляет опасность для себя и окружающих, не может самостоятельно удовлетворять свои потребности. Следует отличать недобровольную госпитализацию от принудительной. Последняя, согласно российского законодательства, осуществляется только по решению суда.

Принцип «Не навреди»

В психиатрии этот принцип еще называют требованием наименее ограничительной альтернативы. Ущерб и вред здоровью пациента в психиатрии можно свести к следующим видам:

- принуждение на всех этапах взаимодействия с душевнобольным от освидетельствования до кормления и лечения;
- социальные ограничения и запреты, например, в профессиональной деятельности;
- отчуждение, которое присуще отношению современного общества к душевнобольным;
- собственно моральный вред, вытекающий из действий врача (нарушение конфиденциальности, правдивости, невмешательства в личную жизнь и т. д.)
- вред, который сопутствует в связи с применением инвазивных методов исследования и методов лечения с побочными действиями. В практике психиатрии нередко применялась так называемая механизированная психотерапия (жгучие втирания, прижигание железом, применение плети).

Принцип «Не навреди» направлен на предотвращение злоупотреблений по отношению к психически больным людям со стороны врачей и медперсонала. Основным документом, регламентирующим отношение медперсонала с душевнобольными, является Гавайская декларация. Злоупотребления медперсонала в психиатрии могут быть самые

разнообразные. Прежде всего, это злоупотребления, связанные с постановкой диагноза: ошибки в постановке диагноза и преднамеренные ошибки, не связанные с профессией, а обусловленные политическими, конфессиональными или какими-либо иными мотивами. Гарантией верности врача психиатра профессиональному долгу и призванию является неукоснительное следование нормам российского «Кодекса профессиональной этики психиатра: «Диагноз психического расстройства не может основываться на несовпадении взглядов и убеждений человека с принятыми в обществе». К сожалению, в истории немало примеров карательной психиатрии. Например, П.Я. Чадаев за «Философские письма» был объявлен сумасшедшим. Германские психиатры оказались причастны к фашистским программам насильственной стерилизации и эвтаназии больных. В 60-80-ых гг. в Румынии в связи с партийными съездами в клиники помещались не только душевнобольные, но и здоровые люди, неугодные режиму.

Недопустимы злоупотребления, связанные с применением под видом лечения психиатрических средств в немедицинских целях. Например, назначение снотворных и седативных средств, или нейролептиков в порядке наказания. Имеет место злоупотребление психиатром своим служебным положением. Пользуясь своим положением, врач не имеет права заключать имущественные сделки с пациентом, использовать его труд. Например, снять под давлением жилье, предоставляемое пациентом, нанять его для работы на дачном участке, заключить невыгодный финансовый договор и т. д.

Во избежание злоупотреблений врач-психиатр должен руководствоваться правилом профессиональной независимости. Лиссабонская декларация о правах пациента (1981 г.) гласит: «Пациент имеет право получать помощь врача, независимо от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях».

Принцип защиты конфиденциальности.

Морально-этические коллизии, связанные с врачебной тайной в

психиатрии нередко носят драматический характер. В защиту прав душевнобольных выступает Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее получении». Ст. 9 Закона определяет объект врачебной тайны, накладывает обязанность ее неразглашения на врачей, психологов, средний медперсонал, санитаров, и других работников психиатрических учреждений, а также студентов-медиков.

Психиатрия – очень сложная, содержащая в себе много противоречий с точки зрения этики, область медицины. Поэтому врач-психиатр, больше чем кто-либо другой, должен руководствоваться золотым правилом этики – относиться к больному так, как хочешь, чтобы другие относились к тебе.

6. МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАВЕРШЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ.

Одна из многочисленных обязанностей, лежащих на врачах – это констатация того момента, когда человеческая жизнь заканчивается, и мы начинаем считать человека умершим. Учитывая, что момент ухода человека из этого мира занимает важное место в его жизненной истории, наделение врача функцией определения жив человек или умер, поднимает общественную значимость врачебной профессии вообще.

В истории культуры смерть рассматривается в нескольких аспектах: социально-психологическом, социально-правовом и собственно культурологическом. Проблема умирания в философии связана с раздумьями о качественном состоянии переходного периода от жизни к смерти, роли и месте души и тела человека, смысле жизни, реинкорнации и др. Смерть человека – всегда драматическое событие для друзей и родственников усопшего, требующее особого поведения в момент оповещения от врача и последующей социально-психологической реабилитации близких. Заключение о смерти является юридическим документом, дающим начало траурным ритуалам и действиям, а также новым правовым отношениям (меняется общественный статус близких, появляются дети сироты, супруги

вдовцы, опекуны и т.д.) И это естественно приводило к повышению авторитета врачебной профессии в обществе.

Право на констатацию смерти врачи получили сравнительно недавно, в середине XIX в. Толчком к этому послужили панические события в странах Европы, связанные с темой трупа, который после захоронения оказывался жив. Люди стали предусматривать меры, которые бы свидетельствовали о подлинности смерти человека. Определился двухдневный перерыв, отделяющий момент смерти от похорон, оборудовались гробы с сигнальными флажками или переговорными трубами, позволяющие дать сигнал о мнимой смерти.

Под влиянием широко распространившихся опасений относительно преждевременного захоронения ситуация начала меняться. Постепенно медицинская профессия обрела исключительное право, а вместе с тем и обязанность констатировать смерть. «В большинстве стран, – отмечается уже в наши дни в Сиднейской декларации Всемирной медицинской ассоциации, – определение времени смерти является юридической обязанностью врача и такое положение должно сохраняться. И в нашей стране, согласно ст. 46 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером). Наделение медицинских работников правами определения момента смерти получило название медиализация смерти.

Под влиянием научно-технического прогресса, использования систем ИВЛ и других средств искусственного поддержания жизни стало возможно отодвигать границы смерти на несколько недель, месяцев, а то и лет. Смерть превратилась из момента в искусственно поддерживаемый процесс умирания, и чаще всего, стала протекать под наблюдением медиков. В результате медиализации смерти врачи оказались непосредственно вовлеченными в трагическую, сложную и наделенную глубочайшим смыслом область человеческого существования, что наложило на медицинскую профессию чрезвычайно большую ответственность, и

породило такие моральные проблемы, с которыми не приходилось сталкиваться традиционной медицине. Когда борьба за жизнь становится бессмысленной и порождает все новые страдания умирающему человеку и его родственникам? Когда можно отключить поддерживающую жизнь аппаратуру и при этом не нести моральной и правовой ответственности?

Морально-этические и юридические вопросы, возникающие в связи с определением критерия смерти можно свести к следующим требованиям:

- обоснованность с научно-медицинской точки зрения, т.е., умение надежно и с высокой точностью отличать того, кого уже нельзя спасти, а за чью жизнь еще можно побороться;
- доступность с практической точки зрения, т.е. констатировать смерть могут медицинские работники любой квалификации и в любом месте;
- объективность, т. е., он должен одинаково восприниматься любым специалистом и быть проверяемым и приемлемым с юридической точки зрения;
- приемлемость с точки зрения господствующих в обществе культурных и этических норм.

Традиционным критерием смерти является остановка дыхания и сердцебиения. В 1968 г. В Гарварде (США) был выработан новый критерий смерти – смерть мозга. При выявлении смерти мозга регистрируется необратимое прекращение всех функций полушарий и ствола мозга; стойкое отсутствие сознания; отсутствие естественного дыхания и сердцебиения; отсутствие всех движений – как спонтанных, так и в ответ на сильные раздражители; отсутствие реакции зрачков на яркий свет; неподвижность глазных яблок, зафиксированных в среднем положении и др. Решающий признак смерти мозга – это смерть ствола, где заложен дыхательный центр. В последствие новый критерий смерти был подтвержден Президентской комиссией по изучению этических проблем в медицине и биомедицинских и поведенческих исследований.

В России новый критерий смерти мозга был законодательно утвержден

в 1992 г. в Законе РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Следует иметь в виду, что диагноз мозговой смерти ставится лишь в особых случаях бригадой высококвалифицированных специалистов, автономно работающих от трансплантологов. В обычных же условиях продолжает использоваться традиционный критерий.

До настоящего времени вокруг критерия смерти продолжают разворачиваться дискуссии. По этому вопросу сформировалось два направления – традиционное и радикальное. С традиционной точки зрения новый критерий отвергается на основании социально-психологических и религиозных соображений. Один из используемых религией аргументов заключается в том, что сердцу принадлежит особая в жизни человека роль. Являясь физическим органом, оно одновременно является источником нравственности, т. е. именно в сердце заложены стыд, совесть, любовь и другие нравственные качества человека. Психологическим фактором стало то, что ни одно традиционное общество не смирилось с тем, что можно похоронить человека с бьющимся сердцем.

Сторонники радикальной позиции требуют узаконить смерть при условии, если мозговой ствол еще функционирует, т.к. смерть высшего мозга есть смерть личности с необратимыми процессами утраты сознания. Однако, радикальная точка зрения не может быть приемлема, поскольку известны случаи, когда сознание возвращалось при казалось бы необратимых процессах.

Обсуждение проблемы отказа от поддерживающего лечения вплотную подводит к проблеме эвтаназии.

Эвтаназия (эйтаназия) – слово греческого происхождения, образовано двумя словами – эй или эв – легкий, приятный и танатос – смерть, т. е. легкая смерть. В практической медицине оно означает оказание медработником помощи в уходе из жизни тяжело страдающего больного человека с безнадежным заболеванием по его просьбе.

Впервые этот термин был использован Ф. Бэконом, который понимал

под эвтаназией легкую и даже счастливую смерть. В «Энциклопедии биоэтики» выделяются четыре значения смерти.

- ускорение смерти тех, кто переживает тяжелые страдания;
- прекращение жизни лишних людей;
- забота об умирающих;
- предоставление человеку возможности умереть самому.

Для многих первобытных обществ было обычной нормой избавляться от балласта в лице стариков и женщин. Хорошо известны традиции Спарты, когда слабых детей сбрасывали в пропасть. Вообще в Древней Греции поддерживалось и поощрялось самоубийство тех, кто достиг 60 лет. Сократ, Платон, философы-стоики считали, что долг человека, ставшего обузой для общества, покончить с собой. Аристотель, пифагорейцы были противниками умерщвления тяжело больных.

Христианство с самого начала выступило против самоубийства. Самоубийство рассматривалось проявлением трусости, отвратительной и презренной слабости даже перед лицом нестерпимой боли. Ф. Аквинский считал самоубийство противоречащим естественному закону, благополучию общества, христианской традиции, нарушающим суверенное право Бога распоряжаться человеческой жизнью.

Вплоть до конца XX столетия к проблеме эвтаназии обращались редко. Лишь около ста лет назад в условиях падения религиозности получают распространение представления о добровольной эвтаназии, о праве автономной личности завершить свою жизнь, когда смертельная болезнь превращается в пытку и страдания ближних. В конце XIX – начале XX вв. дебаты о допустимости эвтаназии разгораются в России. Так, выдающийся русский адвокат А.Ф. Кони считал эвтаназию допустимой при следующих условиях: «сознательной и настойчивой просьбы больного; невозможности облегчить страдания больного известными средствами; несомненных доказательств невозможности спасения жизни больного, установленной коллегией врачей при обязательном единогласии; предварительного

уведомления прокуратуры». В 1922 г. Уголовным Кодексом было узаконено умерщвление больного из сострадания, однако вскоре эта правовая норма была ликвидирована.

В первой половине XX в. нацистская Германия была страной, где эвтаназия осуществлялась в преступных целях и массовых масштабах. Проводилась государственная политика насильственной эвтаназии по отношению к людям, ставшим бременем для общества. В 1939 г. Гитлер издал указ о регистрации детей, страдающих монголоидностью, гидроцефалией, параличом и уродствами. Пять тысяч из них были подвергнуты эвтаназии. Позже десятки тысяч подростков, страдающих умственными расстройствами, были сожжены в газовых камерах.

Развитие новых медицинских технологий жизнеподдерживающего лечения и движение за права человека вновь поставили проблему эвтаназии в центр внимания.

Основные принципы биомедицинской этики, используемые в современных дискуссиях об эвтаназии – это принцип автономии личности и не навреди. Первый из них предполагает, что решение об эвтаназии принимается пациентом либо его близкими добровольно и осознанно. Принцип «не навреди» рассматривается с точки зрения минимизации вреда для пациента. Возникающая при этом коллизия связана с тем, как понимать действительное благо пациента. Состоит ли оно в максимальном продлении жизни больного, который испытывает тяжелые страдания и к тому же знает, что он обречен? Или лучшее для него благо самому распорядиться собственной жизнью? Какова позиция врача в решении данного вопроса?

Важно делать различия между активной и пассивной эвтаназией.

Пассивная эвтаназия – это отказ от поддерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не начинается.

Активная эвтаназия – это преднамеренное вмешательство врача с целью прервать жизнь пациента, например, путем инъекции, вызывающей летальный исход. Активная эвтаназия запрещена в абсолютном большинстве

государств, только в Бельгии и Голландии эвтаназия законодательно разрешена.

Российское законодательство запрещает любую эвтаназию. Пункт 45 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» называется «Запрещение эвтаназии» и гласит: «Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворения 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» Но несмотря на законодательный запрет активной и пассивной эвтаназии, последняя на практике допускается. Например, выписка больного на симптоматическое лечение есть ничто иное, как признание бессилия медицины в дальнейшем лечении.

Бурные дискуссии по поводу допустимости эвтаназии не стихают.

АРГУМЕНТЫ И КОНТРАРГУМЕНТЫ ПО ПОВОДУ ЭВТАНАЗИИ

Аргументы сторонников активной эвтаназии.

- человеку должно быть предоставлено право самоопределения вплоть до свободного выбора методов завершения жизни;
- человек должен быть защищен от жестокого негуманного лечения, т.е., больной может отдать предпочтение смерти и избавиться от страдания;
- человек имеет право быть альтруистом, т. е., освободить от бремени близких, высвободить нерационально используемые ресурсы, направив их на более рациональные и полезные дела;
- выгоднее в условиях дефицита ресурсов перераспределить средства с бессмысленного лечения обреченных на лечение тех, кому еще можно помочь.

Аргументы противников активной эвтаназии.

- активная эвтаназия – покушение на непреходящую ценность – здоровье и жизнь человека. Во всех религиозных конфессиях одной из

высших ценностей выступает святость человеческой жизни. Поэтому самоубийство и эвтаназия рассматриваются как нарушение божьей воли. Ценность жизни является сильным моральным требованием и в светской культуре. Нарушение этого требования есть свидетельство моральной деградации общества. Поэтому легализация эвтаназии чревата глубочайшим потрясением всего нормативно-ценностного порядка;

- возможна диагностическая и прогностическая ошибка врача и тогда эвтаназия предстает убийством человека, которого можно было вылечить;

- с развитием медицинской науки появляются новые эффективные методы лечения, и болезнь, ранее считающаяся неизлечимой, перестала быть таковой;

- наличие эффективных болеутоляющих средств. Они снимают сильную боль, но не освобождают прикованного к постели больного от сильной зависимости от окружающих;

- риск злоупотреблений со стороны персонала, возможность использовать узаконенную эвтаназию во вред пациента;

- возможность злоупотреблений со стороны отдельных членов общества, желающих решить свои проблемы за счет стариков и больных.

Характер дискуссий по проблемам эвтаназии свидетельствует о том, что традиционное требование, предъявляемое к врачам – бороться за жизнь пациента до конца, утрачивает свое абсолютное значение. Но несмотря ни на что, нельзя забывать, что важнейшее кредо врача во все времена было продление жизни.

ГЛАВА IV

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПРАВОНАРУШЕНИЕ – это применение к лицу, совершившему правонарушение при выполнении профессиональных обязанностей в сфере медицинской деятельности, мер государственного принуждения, предусмотренных правовыми нормами, сопровождающееся необходимостью для виновного претерпеть определенные лишения личного, организационного или имущественного характера.

Человек, нуждающийся в медицинской помощи, надеется, что она будет оказана надлежащим образом, на высоком профессиональном уровне. Врачи во все времена воспринимались как носители добра, к ним всегда обращались с надеждой на помощь. В общественном сознании сформировалось и весьма длительное время естественным образом поддерживалось мнение об огромной ответственности врачей за жизнь и здоровье людей. В то же время реалии последнего десятилетия в России свидетельствуют о том, что актуальность рассмотрения вопросов юридической ответственности в медицине подтверждается увеличением количества исковых заявлений граждан в связи с различными нарушениями в процессе лечения. *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан* в ст. 66-68 определяют необходимость возмещения

вреда, причиненного здоровью граждан, причем «возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством...».

На практике сегодня отсутствие знаний права для врачей становится опасным. Для того чтобы медицинские работники без оглядки на возможные правовые санкции выполняли свои профессиональные обязанности, им необходимы прочные знания права вообще и вопросов юридической ответственности в частности.

История правового регулирования медицинской деятельности богата примерами различного отношения общества к вопросам ответственности врачей. Здесь необходимо привести законы вавилонского царя Хаммурапи (1792-1750 гг. до н. э.), которые определяли ответственность врача за свои профессиональные проступки. Интересно, что в качестве наказания врачу отсекали руку в случае лишения пациента глаза, а также смерти больного. Медик, в случае смерти раба при медицинском вмешательстве, был обязан доставить хозяину другого раба. Освещенные ранее в настоящем учебнике особенности регулирования медицинской деятельности во времена Киевской Руси свидетельствуют, что врач нес ответственность за вред, причиненный неудачным лечением. В дальнейшем в нашей стране наблюдалась тенденция в сторону усиления уголовно-правового регулирования ответственности медицинских работников. Этим обстоятельством объясняется тот факт, что у врачей выше уровень знаний именно в вопросах уголовной ответственности за свои проступки.

В Российской Федерации весьма длительное время речь преимущественно шла об уголовно-правовых методах воздействия на правонарушителей в сфере медицины. Принятие нового Гражданского кодекса РФ, развитие законодательства о здравоохранении, формирование судебной практики по делам о привлечении к ответственности медицинских работников в настоящее время свидетельствуют о наличии четырех

принципиально отличающихся видов ответственности врачей за совершенные правонарушения:

- уголовная;
- гражданская;
- административная;
- дисциплинарная.

В настоящее время, по данным различных социологических исследований, врачи более компетентны в вопросах уголовной ответственности, хотя увеличение количества случаев привлечения медиков к другим видам ответственности заставляет сосредоточить внимание и на их освещении.

2. УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА СОВЕРШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

В соответствии с законодательством уголовная ответственность наступает за преступление – виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное уголовным законом под угрозой наказания. Применительно к медицинской деятельности, несмотря на существенные особенности, отличающие эту сферу, принципы уголовной ответственности медицинских работников носят общий характер. Медики ответственны за совершение преступлений на общих основаниях, к тому же в Уголовном кодексе РФ 1996г. (УК РФ) содержится ряд составов преступлений, имеющих отношение именно к профессиональной деятельности врачей.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ – это виновное умышленное или неосторожное деяние, совершенное медицинским работником при выполнении профессиональных обязанностей, запрещенное уголовным законом под угрозой наказания.

В деятельности медицинских работников умышленные преступления встречаются реже, нежели неосторожные. Важность определения вины (т. е.

психического отношения медика к совершаемому правонарушению) не вызывает сомнений, поскольку от этого зависит и квалификация преступления, и применяемые санкции. Наряду с формами вины определяющее значение имеет также и субъективная сторона совершения преступления. Речь идет о мотивах, целях и эмоциях субъекта преступления при совершении общественно опасного деяния. Преступления, совершаемые врачами с прямым умыслом, всегда более значимы, и по этой причине последствия их более негативны, чем преступления, совершенные с косвенным умыслом или совершенные по неосторожности. Поэтому, говоря о профилактике преступлений, совершаемых врачами, необходимо останавливаться именно на тех, которые совершены с прямым умыслом.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ПРЕСТУПНОСТЬ ДЕЯНИЯ. С позиций медицинского права крайне важно ориентироваться в вопросах обстоятельств, исключающих преступность деяния. Среди прочих, отмеченных в главе 8 УК РФ, для изучения уголовно-правовой ответственности медицинских работников значимыми являются два:

- крайняя необходимость (ст. 39 УК РФ);
- обоснованный риск (ст. 41 УК РФ).

Относительно *крайней необходимости* уголовный закон определяет, что не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости, т. е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости.

Речь идет о том, что профессия врача, ее специфические особенности, связанные с оказанием экстренной медицинской помощи (анестезиология, хирургия, трансплантология, неотложная кардиология и др.), нередко связаны с понятием крайней необходимости, поскольку действия врачей направлены на «устранение опасности, непосредственно угрожающей

личности».

КРИТЕРИИ ПРАВОМЕРНОСТИ КРАЙНЕЙ НЕОБХОДИМОСТИ:

- опасность должна быть действительной (реальной). Патологическое состояние, потребовавшее оказания экстренной медицинской помощи, сопряженной с причинением вреда здоровью человека, должно быть таковым на самом деле;

- опасность должна представлять реальную угрозу. Здесь речь идет о том, что заболевание (травма) непосредственно (а не опосредованно, проявившись через определенное время) угрожает жизни и здоровью человека;

- устранить данную опасность при данных обстоятельствах нельзя иными средствами, кроме тех, которые связаны с причинением вреда. Другими словами, без причинения вреда человеку в данных обстоятельствах не представляется возможным устранить ту причину (заболевание, травма), которая представляет опасность для жизни и здоровья.

Обоснованный риск – еще одно основание, исключающее преступность в действиях медицинского работника. Статья 41 УК РФ определяет, что не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

Профессия врача связана с необходимостью экспериментирования в определенных ситуациях. Это необходимо как для развития медицинской науки, так и для спасения жизни и здоровья отдельно взятого человека, которому традиционные методы и средства медицины уже не способны помочь.

УСЛОВИЯ ПРАВОМЕРНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РИСКА:

- вред здоровью причиняется для достижения социально полезной цели. Эксперимент не должен проводиться ради эксперимента – он направлен на развитие медицинской науки или на спасение жизни и здоровья отдельно взятого человека;

- указанная цель не может быть достигнута обычными средствами, не связанными с риском. Если оказать помощь нуждающемуся можно было обычным, традиционным, не связанным с риском способом, то в этом случае, при нанесении вреда здоровью человека, действия врача являются преступлением;

- вредные последствия при риске осознаются медицинским работником лишь как побочный и возможный вариант его действий;

- медицинский работник владеет соответствующими знаниями и умениями, позволяющими в данной конкретной ситуации предупредить наступление вредных последствий;

- медицинский работник предпринял достаточные, по его мнению, меры для предотвращения вреда жизни и здоровью пациента.

При наличии всех этих условий риск, на который пошел медик при выполнении своих профессиональных обязанностей, будет обоснованным, что явится обстоятельством, исключающим преступность деяния. Необходимо отметить, что сам факт наличия возможности для врача использовать новые методы лечения без боязни последующего уголовного преследования – большой плюс в деле уголовно-правовой регламентации медицинской деятельности и, в конечном счете, значимый фактор для развития медицинского права и самой медицины.

Классификация и виды преступлений, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности. Медицинский работник с позиций уголовного права рассматривается с учетом двух особенностей. Первая заключается в восприятии медика как общего субъекта совершения преступления. Вторая сводится к восприятию медицинского работника как специального субъекта совершения преступления, связанного с фактом получения медицинского образования. Руководствуясь такими особенностями, а также возможностью для медика исполнять определенные должностные обязанности, все преступления, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной

ответственности, делятся на три группы:

1. Профессиональные медицинские преступления

2. Должностные медицинские преступления.

3. Преступления, за которые медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности на общих основаниях.

К первой группе относятся преступления, которые связаны с профессиональной деятельностью медицинских работников. К общественно опасным деяниям, запрещенным УК РФ под угрозой наказания и связанным с медицинской деятельностью, относятся:

- причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109);
- причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 2 и 4 ст. 118);
- принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120);
- заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122).;
- незаконное производство аборта (ст. 123);
- неоказание помощи больному (ст. 124);
- незаконное помещение в психиатрический стационар, совершенное лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 128);
- нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения (ч. 2 ст. 137);
- торговля несовершеннолетними, совершенная лицом с использованием своего служебного положения, в целях изъятия у несовершеннолетнего органов или тканей для трансплантации (ч. 2);
- подмена ребенка (ст. 153);
- разглашение тайны усыновления (удочерения) (ст. 155);
- незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка,

пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228);

- хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (ст. 229);

- незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233);

- незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта (ст. 234);

- незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235);

- нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236);

- сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (ст. 237);

- нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами (ст. 248).

Вторую группу преступлений, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности, составляют общественно опасные деяния, которые связаны с выполнением медиком должностных обязанностей. Глава 30 УК РФ содержит составы преступлений против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления. Ряд из них могут иметь отношение и к медицинским работникам, но только к тем, кто является должностными лицами. Речь идет о таких преступлениях, как:

- злоупотребление должностными полномочиями (ст. 285);

- превышение должностных полномочий (ст. 286);

- получение взятки (ст. 290);

- служебный подлог (ст. 292);

- халатность (ст. 293).

В практическом отношении весьма важен вопрос о том, кто же в сфере медицинской деятельности является должностными лицами.

Под должностным лицом в сфере медицинской деятельности следует понимать лицо, обладающее властными полномочиями в сфере медицинской деятельности, осуществляющее организационно-распорядительные и административно-хозяйственные функции в органах управления здравоохранением, лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и других учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Третью группу из представленной классификации составляют преступления, за которые медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности на общих основаниях. К ним могут быть отнесены те преступления, за которые медицинский работник привлекается к уголовной ответственности в качестве общего субъекта данного преступления, т. е. без учета отношения к профессиональной медицинской деятельности.

Наиболее показательным с позиций преступных деяний медицинских работников является *неоказание помощи больному*, отнесенное в классификации к преступлениям, которые связаны с профессиональной деятельностью медицинских работников. Преступность такого деяния определена положениями ст. 124 УК РФ. Неоказание помощи больному – наиболее значимое из умышленных преступлений, совершенных медицинским работником. Уголовная ответственность наступает при наличии последствий в виде смерти, причинении тяжкого или средней тяжести вреда здоровью человека. Важным фактором при изучении данного вида преступного деяния в рамках медицинского права являются причины, которые можно разделить на уважительные (не влекущие ответственности) и неуважительные. Судебно-следственные органы определяют такие причины в каждом конкретном случае неоказания помощи больному. Следует отметить, что все же существует примерный перечень обстоятельств, которые могут быть приняты в качестве уважительных. К ним относятся:

- болезнь самого медицинского работника;
- стихийное бедствие;
- занятость лечением другого, не менее тяжелого больного;
- отсутствие транспортного средства для выезда к находящемуся в значительном отдалении больному;
- отсутствие необходимых лекарств, инструментов для оказания медицинской помощи.

Перечень обстоятельств, являющихся уважительными при неоказании помощи больному, не может быть исчерпывающим. Не являются уважительными причинами вызов в ночное и нерабочее время, нахождение в отпуске, ссылка на отсутствие знаний и т. п.

3. ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

На сегодняшнем этапе развития российского общества и медико-правовой науки на первый план относительно ответственности врачей за профессиональные правонарушения выходит гражданско-правовая (имущественная) ответственность. Сразу отметим, что ответственность в гражданском праве за своего работника несет работодатель, т. е. в данном случае – лечебно-профилактическое учреждение, в котором трудится медицинский работник. Для того чтобы более ясно представлять понятие и принципы гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности, необходимо знать, что в общем гражданское законодательство основывается на признании:

- равенства участников регулируемых отношений;
- неприкосновенности собственности;
- свободы договора;
- недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в частные

дела;

- необходимости беспрепятственного осуществления гражданских прав;
- обеспечения восстановления нарушенных прав;
- судебной защиты нарушенных прав.

При этом в соответствии со ст. 2 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) гражданское законодательство регулирует имущественные и связанные с ними неимущественные отношения, основанные на равенстве, автономии воли и имущественной самостоятельности их участников. Это является дополнительным свидетельством наличия определенного массива медицинских правоотношений, урегулированных при помощи гражданско-правового метода, т. е. когда и пациент, и медицинское учреждение равны в своих правах при оказании медицинской помощи и между ними отсутствует принцип «власть – подчинение».

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – это частный вариант юридической ответственности, возникающий вследствие нарушения в области имущественных или личных неимущественных благ граждан в сфере здравоохранения и заключающийся преимущественно в необходимости возмещения вреда.

К личным неимущественным благам граждан, имеющим самую непосредственную связь с медицинской деятельностью, относятся прежде всего жизнь и здоровье. По этой причине можно утверждать, что гражданско-правовая ответственность является своего рода средством обеспечения защиты личных неимущественных прав (жизнь и здоровье) пациентов при оказании медицинской помощи.

Раскрывая понятие и суть гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности, важно уяснить основные причины ее возникновения. Данная ответственность наступает при нарушении медиками выполнения своих профессиональных обязанностей, вследствие чего был

причинен вред здоровью пациента. Если в основе правонарушения лежит врачебное преступление, то привлечение медика к уголовной ответственности не препятствует возможности требования со стороны пациента или его законных представителей гражданско-правового возмещения вреда. Гражданско-правовая ответственность медиков является частным случаем профессиональной ответственности вообще. Ключевым фактором гражданско-правовой ответственности является необходимость возмещения причиненного ущерба. В этой связи, учитывая многогранность медицинской деятельности, когда последняя нередко становится агрессивным фактором, приносящим неблагоприятные последствия, важно учитывать значительное количество оснований, по которым может возникнуть гражданско-правовая ответственность.

Современное законодательство определяет следующие условия наступления гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности:

- противоправность действий медицинского персонала;
- причинение вреда пациенту;
- причинная связь между противоправностью деяния и наступлением вредных последствий;
- вина причинителя вреда.

ПРОТИВОПРАВНОСТЬ подразумевает наличие определенного отступления от правил (норм) оказания медицинской помощи, нарушение субъективного права пациента. Противоправность может выражаться как в действии, так и в бездействии. К примеру, внедряющаяся сейчас в практику здравоохранения стандартизация подразумевает использование определенных стандартов (протоколов) ведения больных с теми или иными заболеваниями. Отступление от таких стандартов в лечении заболевания, при наступлении неблагоприятного исхода, является противоправным и может рассматриваться как одно из условий наступления гражданско-правовой ответственности медицинского учреждения. Нарушение же субъективного

права пациента может выражаться в недостаточном информировании его со стороны медицинского работника о предстоящем медицинском вмешательстве, в результате чего нарушается субъективное право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

ВРЕД – это материальный ущерб, который выражается в уменьшении имущества потерпевшего пациента и (или) умалении его нематериального блага (жизнь, здоровье).

В качестве разновидностей вреда как результата противоправного медицинского вмешательства нужно отметить следующие:

- физический (повреждение здоровья);
- имущественный (реальные потери, неполученные доходы, затраты на питание, лечение, уход и т. д.);
- моральный (физические и нравственные переживания пациента, пострадавшего в результате медицинского вмешательства).

ФИЗИЧЕСКИЙ ВРЕД определяется при проведении судебно-медицинской экспертизы.

ИМУЩЕСТВЕННЫЙ ВРЕД определяется в результате подсчетов утраченного заработка, расходов на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, уход и т. д. Иными словами – это все те расходы, которые у пациента возникли в связи с нанесением ему вреда, а также все доходы, которые пострадавший мог бы определенно иметь. Эти обстоятельства должны быть подтверждены документально.

Непосредственное возмещение осуществляет медицинское учреждение, где был причинен вред пациенту. Само же медицинское учреждение имеет право регрессного иска к непосредственному причинителю вреда – медицинскому работнику, совершившему правонарушение. Регресс в сфере гражданско-правовой ответственности медицинских организаций – это возможность медицинской организации, возместившей вред, нанесенный пациенту при оказании медицинской помощи, обратного требования в размере выплаченного возмещения с

медицинского работника данной организации – конкретного причинителя вреда.

МОРАЛЬНЫЙ ВРЕД – это нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага (жизнь, здоровье и т. д.).

Моральный вред, в частности, может заключаться в нравственных переживаниях в связи с утратой родственников, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, потерей работы, раскрытием семейной, врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию гражданина, временным ограничением или лишением каких-либо прав, физической болью, связанной с причиненным увечьем, иным повреждением здоровья либо в связи с заболеванием, перенесенным в результате нравственных страданий и др. По этой причине необходимо знать определение морального вреда, его признаки, уметь дифференцировать его наличие и формулировать его проявления.

Значимыми с позиций медицинского права и гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности являются вопросы компенсации морального вреда.

ПРИНЦИПЫ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

- действительное наличие нарушения или посягательства на личные неимущественные права (блага) пациентов;
- наличие вины в действиях (бездействии) медицинского работника (за исключением причинения вреда жизни и здоровью источником повышенной опасности);
- пациент сам должен представлять доказательства наличия физических и (или) нравственных страданий;
- моральный вред компенсируется независимо от возмещения

имущественного вреда;

- пациент не имеет верхних или нижних пределов требований по размеру компенсации морального вреда, однако окончательное решение принимает суд.

ВИНА ПРИЧИНТЕЛЯ ВРЕДА характеризуется особенностями, присущими медицинской деятельности. Лечебное учреждение признается виновным, если установлена вина его работников в нанесении вреда здоровью пациента. Вина может быть выражена в виде умысла или неосторожности. Об умысле речь идет в случаях, когда медицинский работник осознавал совершаемые противоправные действия и желал наступления связанного с этими действиями результата. Неосторожная форма вины заключается в том, что медицинский работник:

а) предвидел наступления вредных последствий, но самонадеянно рассчитывает на их предотвращение;

б) не предвидел наступления вредных последствий, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия.

В соответствии с гражданским законодательством действует принцип презумпции вины причинителя вреда при оказании медицинской помощи, поэтому отсутствие вины доказывается лицом, совершившим правонарушение. Правовым основанием такого положения является ст. 401 ГК РФ, где отмечено, что «отсутствие вины доказывается лицом, нарушившим обязательство». Важность определения вины подтверждается тем, что размер компенсации морального вреда зависит в том числе и от степени вины ответчика.

Таким образом, в условиях правовых преобразований в области регулирования медицинской деятельности гражданско-правовая ответственность приобретает особую значимость. В данном случае преобладает восстановительная функция юридической ответственности, когда гражданско-правовые нормы воздействуют на сознание и поведение

медицинских работников и направлены на приведение в нормальное состояние как правового статуса пациента и медицинского учреждения, так и медицинских правоотношений в целом.

4. АДМИНИСТРАТИВНАЯ И ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. Особенностью функционирования отечественного здравоохранения на протяжении весьма длительного времени было управление, которое преимущественно осуществлялось посредством командно-административной системы. При этом правовые отношения между врачами и пациентами нередко ограничивались административной ответственностью медиков. В этой связи можно говорить о наличии определенных исторических предпосылок административно-правового регулирования оказания медицинской помощи.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА – это частный вариант юридической ответственности, наступающий в случае совершения правонарушения, предусмотренного административным законодательством.

Сегодняшняя ситуация развития здравоохранения в России, когда создана нормативно-правовая база медицинской деятельности, формируется медицинское право, свидетельствует о значимости административного права и административно-правовой ответственности в качестве действенного средства регламентации всей сферы медицинской деятельности.

Следует заметить, что регулируемые административным правом общественные отношения являются властеотношениями. Это означает, что в них всегда присутствует тот субъект, который представляет интересы государства, т. е. публично-правовые интересы. Это наряду с тем, что административное право регулирует общественные отношения в сфере

государственного управления (в сфере исполнительной власти), дает основания считать синонимом административного права термин «управленческое право». Так как между управляющими и управляемыми в системе административного права нет отношений равенства, свойственных гражданско-правовому регулированию, стороны управленческих отношений не находятся на одном правовом уровне, т. е. они в юридическом смысле не равны.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ:

- административная ответственность наступает не за любое правонарушение, совершенное в сфере государственного управления. Перечень областей применения самих правонарушений приведен в ***Кодексе РФ об административных правонарушениях (КоАП)***. Для медицинских работников наибольшее значение имеют административные правонарушения, посягающие на здоровье и санитарно-эпидемическое благополучие населения;

- административная ответственность распространяется как на физических, так и на юридических лиц, действующих в регулируемой правилами сфере, вне зависимости от формы собственности, ведомственной принадлежности;

- меры административной ответственности применяются специальными субъектами, уполномоченными рассматривать дела об административных правонарушениях;

- меры административной ответственности применяются в соответствии с особым процессуальным порядком – производством по делам об административной ответственности;

- административная ответственность непосредственно выражается в применении к лицам, совершающим правонарушение, административных наказаний.

Среди административных правонарушений, которые содержатся в

КоАП и наиболее значимы в контексте медицинской деятельности, необходимо отметить следующие:

- отказ в предоставлении гражданину информации (ст. 5.39);
- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством) (ст. 6.2);
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 6.3);
- осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии) (ст. 14.1);
- заведомо ложные показания свидетеля, пояснение специалиста, заключение эксперта или заведомо неправильный перевод (ст. 17.9).

Действующий КоАП определяет следующие виды административных наказаний:

- предупреждение;
- административный штраф;
- возмездное изъятие орудия совершения или предмета административного правонарушения;
- конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения;
- лишение специального права, предоставленного физическому лицу
- административный арест;
- административное выдворение за пределы Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства;
- дисквалификация.

Характерно, что в отношении юридического лица могут применяться административные наказания, перечисленные в п. 1-4.

ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ наступает при нарушении требований трудового законодательства.

ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА – это частный вариант юридической ответственности, наступающий в случае нарушения трудовых обязанностей.

Следует особо подчеркнуть, что речь идет именно о нарушении трудовых обязанностей медицинского работника. Причем, если рассматривать данные нарушения, то дисциплинарная ответственность наименее суровый вариант, поскольку в соответствии со ст. 419 ТК РФ лица, виновные в нарушении трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, привлекаются к дисциплинарной ответственности в порядке, установленном настоящим Кодексом, иными федеральными законами, а также привлекаются к гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности в порядке, установленном федеральными законами.

Важно определить, что же именно может составлять нарушения трудового законодательства. Ответ на данный вопрос нужно рассматривать в контексте прав и обязанностей работника перед работодателем.

РАБОТНИК ОБЯЗАН:

- добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации;
- соблюдать трудовую дисциплину;
- выполнять установленные нормы труда;
- соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;
- бережно относиться к имуществу работодателя и других работников;
- незамедлительно сообщать работодателю либо непосредственному

руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя (ст. 21 ТК РФ).

В этой связи за несоблюдение любой из перечисленных обязанностей медицинский работник может быть привлечен к дисциплинарной ответственности. Противоправным является такое поведение (т. е. действие или бездействие) работника, которое не соответствует установленным правилам поведения. Например, опоздание на работу, прогул, появление на работе в состоянии опьянения. В равной мере противоправными являются отказ от исполнения законного распоряжения руководителя учреждения здравоохранения (работодателя), несоблюдение правил работы на соответствующем оборудовании, правил хранения сильнодействующих, ядовитых, наркотических средств и т. д.

Не может быть рассмотрено в качестве основания для наложения дисциплинарного взыскания невыполнение трудовых обязанностей при отсутствии надлежащего медицинского оборудования, нормальных условий для работы, должной квалификации медицинского персонала. Особенностью правового положения медиков относительно дисциплинарной ответственности является их двойной статус – как работников конкретного медицинского учреждения (типичные отношения работника и работодателя) и как медиков по профессии, т.е. лиц, обязанных оказывать неотложную медицинскую помощь в любом месте. Иными словами, профессиональные обязанности врачей шире, чем их трудовые обязанности, выполняемые по месту работы.

Отечественный законодатель выделяет три основных варианта дисциплинарных взысканий:

- замечание;
- выговор;
- увольнение по соответствующим основаниям.

***ПРИНЦИПЫ НАЛОЖЕНИЯ ДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗЫСКАНИЯ
ПРИМЕНИТЕЛЬНО К СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ст. 193 ТК***

РФ):

- до применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме;
- отказ работника дать объяснение не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания;
- дисциплинарное взыскание применяется не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников;
- дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее шести месяцев со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки – позднее двух лет со дня его совершения;
- за каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание;
- приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под расписку в течение трех рабочих дней со дня его издания;
- дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственные инспекции труда или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Практикум

Общетеоретические вопросы

- 1.1. Каковы причины возникновения биомедэтики?
- 1.2. Чем биомедэтика отличается от медицинской этики?
- 1.3. Как видоизменялись исторические принципы медицины?
- 1.4. Существуют ли этические границы компетентности врача?
- 1.5. Какая из моделей отношений "врач-больной" доминирует в отечественной медицине? Почему?

2. Истинно-смысловая природа болезни. Духовный облик врача.

- 2.1. Вы согласны, что пациент часто ищет ответ на вопрос: "За что я страдаю?" Аргументируйте свою точку зрения.
- 2.2. Может ли болезнь быть расплатой за нарушение нравственных норм и пренебрежение общечеловеческими ценностями?
- 2.3. Какое внимание уделяют врачи смысловым аспектам заболевания при изучении анамнеза, истории болезни и жизни пациента?
- 2.4. Насколько взаимосвязаны профессиональный рост и нравственное становление личности врача?
- 2.5. "Духовная анестезия" (привыкание к страданиям пациентов)- это профессиональная патология врача?
- 2.6. Врачевание – это своего рода "жизненный крест"?

3. Роль религии в духовном осмыслении болезни, ее значение для самосознания врача.

- 3.1. Может ли болезнь быть расплатой за преступление христианских заповедей, а их соблюдение являться своего рода профилактикой

заболеваемости?

3.2. Может ли грех быть предболезнью личности, порождающей психосоматическую патологию?

3.3. Много ли общего в служении врача и священника?

3.4. Характеристика “Врач милостью Божьей” – глубже, чем просто комплимент или иносказание?

3.5. Может ли вера врача в Бога быть психотерапевтическим фактором, препятствующим “духовной анестезии”?

Вопросы и задания для студентов по морально-этическим проблемам отдельных областей медицины.

Морально-этические аспекты акушерства и гинекологии.

1. Этика аборта. Моральный статус плода.

1.1. Почему проблема аборта занимает центральное место в биомедэтике?

1.2. Каковы основные трактовки аборта и есть ли отличия между женским и мужским взглядом на эту проблему?

1.3. Право человека на жизнь: с какого срока оно должно реализовываться?

1.4. Можно ли расценивать человеческий эмбрион с момента зачатия как полноправного пациента?

1.5. Человеческий эмбрион в первые три месяца беременности – это:

А) просто биомасса;

Б) часть материнского организма;

В) человек, развивающийся в организме матери.

1.6. Прокомментируйте с житейской, юридической и медицинской позиций следующие критерии морального статуса эмбриона:

А) внутренняя ценность;

- Б) жизненность;
- В) рациональность;
- Г) реакция на раздражитель;

- 1.7. Как вы считаете, когда зародыш становится человеческим существом?
- 1.8. Узаконенный аборт (без медицинских показаний) есть убийство с точки зрения нравственности?
- 1.9. Какую степень ответственности за аборт несет отец ребенка?
- 1.10. Вас волновали бы нравственные аспекты аборта, если бы эту операцию произвели вы?
- 1.11. Можно ли рассматривать угрызения совести как психологическое послеабортное осложнение?
- 1.12. Вы согласны с позицией религии, что аборт по просьбе женщины – страшный грех?
- 1.13. Дайте свою оценку участию врачей в движении против абортотворения.

2. Морально-этические проблемы репродукции человека.

- 2.1. Есть ли связь (если “да”, то в чем она заключается) между искусственным прерыванием беременности и разработками и использованием технологий искусственного оплодотворения.
- 2.2. Насколько Вы согласны со следующими определениями искусственного оплодотворения:
 - А) новая технология размножения;
 - Б) техногенное производство людей;
 - В) асексуальное размножение.
- 2.3. В чем заключаются социально-психологические проблемы использования репродуктивных технологий?
- 2.4. Выскажите свое отношение к получению с помощью генетических манипуляций на эмбриональном уровне человеческого существа с заранее заданными свойствами?

2.5. Почему технология “суррогатного материнства” является наиболее проблематичной с точки зрения морали среди всех остальных технологий искусственного оплодотворения? Выскажите свое мнение по использованию данной технологии.

Этические проблемы генных технологий.

1. Прокомментируйте высказывание Ж. Доссе, лауреата Нобелевской премии по физиологии и медицине: «В области генетики человека неразумное использование новых технологий может привести к катастрофическим последствиям». Почему и с чем связано предчувствие катастрофы?

2. В чем заключаются основные этические проблемы генных технологий? Выскажите свое отношение к данным вопросам.

3. Что вы думаете о возможностях и опасностях генной инженерии, клонирования, евгеники?

4. Какое значение для медицины и отдельного человека имеет проект “Геном человека”, и в чем заключаются этические вопросы данного проекта?

5. Может ли геном стать критерием для оценки личности?

6. Можно ли “гармонизировать” человека и “род человеческий” путем избирательного скрещивания определенных индивидов?

Смерть и умирание. Эвтаназия.

1. Духовный смысл болезни и смерти, его значение для самосознания пациента и врача.

1.1. Прокомментируйте следующие высказывания:

А) Смерть не есть зло. Ты спросишь, что она такое? Единственное, в чем весь род людской равноправен. (Сенека).

Б) Если жизнь благо, то благо и смерть, составляющая необходимое условие жизни. (Л.Н. Толстой.).

В) Смерть- это жизнь после жизнь. Жизнь усиливается посредством смерти. (Новалис).

Как соотносятся между собой смерть, жизнь, добро и зло? Каковы аспекты проблемы смерти, дайте им характеристику? Подумайте, есть ли смысл в смерти?

1.2. Какое место занимает проблема смерти в биомедэтике? Почему сегодня повышается моральная значимость профессии врача?

1.3. Способна ли, на ваш взгляд, тяжелая болезнь, близость смерти заставить человека переосмыслить свою жизнь и склонить к попытке исправить самого себя?

1.4. Вы согласны, что перед лицом смерти обесцениваются материальные ценности и возрастает значение духовных ценностей?

1.5.Насколько вы согласны, что душа человека умирает вместе с его телом?

2.Право на смерть и эвтаназия.

2.1. Какова история разработки и принятия нового критерия смерти? Почему до сих пор ведутся споры об этом? В чем моральная значимость новых изменений критерия смерти?

2.2. Прокомментируйте следующие высказывания:

“Страх смерти мучительнее, чем сама жизнь” (Ж. Лабрюйер).

Что такое эвтаназия? Какие виды эвтаназии допускаются в медицинской практике и почему?

2.3. Какими этическими принципами руководствуются сторонники и противники эвтаназии, и чем вы объясните, что при реализации одних и тех же принципов избираются альтернативные решения?

2.4. Что на ваш взгляд гуманнее: поддерживать жизнь мучительно умирающего или обеспечить ему безболезненный уход из жизни? Допустима ли смерть из сострадания, и где же здесь граница между добром и злом?

2.5.С помощью вопросов из пункта 2.4. проанализируйте следующие ситуации:

А) Студент Г., 22 года, серьезно пострадал во время дорожно-транспортного происшествия. Со времени травмы прошло 3 месяца, и он до сих пор находится в устойчивом вегетативном состоянии. Он может глотать, моргает, иногда открывает глаза и вращает ими (но синхронизации и фокусировки взгляда нет). Жизнь в нем поддерживается посредством назогастральной трубки и периодического лечения антибиотиками для предотвращения инфекции дыхательных путей. Но нет ни электроэнцефалографических, ни клинических признаков активности его головного мозга.

Б) Пациентка умирает от рака, у нее метастазы во многие органы, она сильно страдает от непрекращающихся болей, которые вызываются костными метастазами, несмотря на то, что она получает соответствующие дозы морфина. Она прибывает в полном сознании и умоляет своего доктора “усыпить ее навсегда”.

В) Пациентка, страдающая болезнью Альцгеймера, живет дома одна. У нее развилась пневмония, которая осложнилась сепсисом, она доставлена в больницу и подключена к аппарату искусственного дыхания. После двух недель пребывания в больнице в сознание не пришла. Врач стоит перед дилеммой: продолжать или нет искусственную вентиляцию легких? (Когда пациентка находилась в сознании, то не выразила никаких пожеланий по поводу поддержания жизни в таком случае).

Медико-деонтологические задачи для обсуждения.

Анализируя приведенные примеры, ответьте на следующие вопросы:

- 1) Насколько этичны действия врача?
- 2) Какие психологические и деонтологические ошибки допустил врач?
- 3) В соответствии с какой моделью взаимоотношений с пациентом вел себя врач?
- 4) Как надо бы скорректировать поведение врача?
- 5) Как на месте врача поступили бы вы?

Пример 1

Больной А. 50 лет, войдя в кабинет онколога при очередной диспансеризации, услышал:

- Сколько вам лет?
- Сорок пять.
- Есть ли у вас опухоли?
- Вроде бы, нет.
- Странно! В вашем возрасте уже что-нибудь может быть.

Не осматривая пациента, врач записал в карте: ”здоров”.

Пример 2

Ассистенту В. кафедры патанатомии поставили диагноз: меланома. В течение недели после проведенной операции он с нетерпением ждал от патоморфолога уточненного диагноза на основании биопсии. В. был уверен, что решалась его судьба: жить еще долго или умереть через три-четыре месяца от метастазов. Он зашел в кабинет профессора Ф., и тот ошарашил его многозначительной интонацией с неоправданно долгими паузами: «К сожалению (пауза), такой диагноз, как у вас (пауза), мне приходится сообщать (пауза) нашим онкологическим больным (пауза) очень (длительная пауза) редко».

Что тут мог подумать В.? Конечно же, самое худшее.

- Посмотрите в микроскоп,- предложил Ф. ознакомиться с биопататом.
- Так это же всего лишь капиллярная гемангиома!- вырвалось у В.
- Да, причем с образованием глыбок гемосидерина в зоне кровоизлияния, которые ошибочно принимались всеми за зерна меланина,- уточнил Ф.

Пример 3

Больной П., которому две недели назад сделали диагностическую биопсию из области опухоли языка, обратился к оперировавшему его хирургу-стоматологу с просьбой сообщить уточненный диагноз. Врач не нашел ни

чего более подходящего, чем ответить: ”Идите в морг, там вам все скажут”. Пациент не знал, что хирурги обычно направляют биопсии в паталого-анатомическое отделение, и с ним случился сердечный приступ.

Пример 4

К стоматологу на прием пришел больной, проживающий в сельской местности, с жалобами на кровоточивость десен и подвижность зубов. При осмотре в полости рта обнаружены обильные твердые отложения и много мягкого налета. Размышляя вслух, врач произнес: ”Немудрено при такой гигиене рта потерять все зубы”. И на его лице появилась гримаса безразличия. Пациент обиделся и отказался от лечения.

Пример 5

Больная обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на неприятные ощущения и чувство жжения в области языка. Во время обследования молодой врач громко позвал коллег, чтобы они посмотрели, как он выразился, на «странный язык, состоящий из отдельных долек». «Такого языка я еще никогда не видел. Это – очень интересный язык»,- добавил доктор. Больная, тут же прикрыв рот рукой, сказала: «Я – не на сцене, позировать не желаю и пойду лечиться к другому специалисту».

Пример 6

Больная К. пришла на консультацию к профессору кардиологу по поводу кардиофобии. Профессор был на кафедральном совещании, и больную принял дежурный врач. Вначале он долго выяснял, почему именно он должен заниматься с К., направленной на консультацию к профессору. Потом, ознакомившись с проведенными обследованиями и не найдя никаких опасений с точки зрения кардиологии, он с неудовольствием отрезал: «Кардиофобия – это страх смерти от сердечного заболевания. По нашей части у вас «все чисто». Не бойтесь: «от сердца» вы не умрете. Идите к

психиатру!»

Пример 7

Больная С. обратилась к участковому терапевту с жалобами на частые приступы одышки с хрипами и откашливанием, постоянное ощущение «комка в горле», мешающего говорить и глотать. Сделав необходимые обследования и , исключив наличие терапевтической патологии, врач резко оборвал «причитания» больной: «Успокойтесь и перестаньте морочить мне голову! У вас просто истерические приступы. Вы – истеричка!».

Пример 8

Доцент Т. во время занятий со студенческой группой решил проконсультировать пациентку с жалобами на боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, отрыжку, изжогу, тошноту. Расспрашивая больную при сборе анамнеза, он выяснил, что несколько лет назад она лечилась в кожно-венерологическом диспансере. Опрос велся нарочито громко, явно для демонстрации студентам. Больная заплакала и ушла.

Педиатрия.

1. Почему и перед кем врач – педиатр несет двойную ответственность?
2. Охарактеризуйте особенности действия основных этических принципов в современной педиатрии.
3. В чем заключается специфика российского законодательства в области педиатрии?
4. Что такое «синдром госпитализации» ребенка и какова роль врача – педиатра в его снятии?
5. Охарактеризуйте специфику взаимоотношений «врач – ребенок – родители» в детской нейрохирургической практике в следующих ситуациях:

а) При тяжелых черепно-мозговых и спинномозговых травмах (неотложные случаи);

б) При хроническом заболевании и плановом хирургическом лечении ребенка.

6. Что такое насилие, и какие формы детского насилия существуют?

7. Каковы причины и последствия жестокого обращения с детьми?

8. В чем заключается роль медицинских работников в предупреждении насилия и оказания помощи страдающим от него детям?

9. О каких этических проблемах педиатрии идет речь в следующих ситуациях? Выскажите вашу точку зрения на решение данных проблем.

А) Пятилетняя девочка с дефектом сердца. Ей требуется операция, в процессе которой будет происходить рециркуляция крови и понадобится гемотрансфузия. По религиозным мотивам ее родители возражают против переливания ей крови. Хирург и педиатр уверены, что без операции ребенок умрет, а операция не может быть проведена без гемотрансфузии.

Б) У двенадцатилетней девочки, поступившей в больницу после обморока дома, оказалось кровоизлияние в правой затылочной доле мозга. После некоторой стабилизации у девочки стало повышаться давление в правой височной доле с расширением правого зрачка и постепенным ухудшением уровня сознания по шкале Глазго. При ангиографии обнаружен артериовенозный шунт в правом латеральном желудочке головного мозга. Необходимость операции для спасения ее жизни, тот факт, что девочка частично потеряла зрение, риск повреждения мозга – все это было изложено родителям довольно поспешно из-за необходимости получить согласие на срочную операцию. Диалог с родителями пересыпался словами «смерть мозга», «растительный образ жизни», «как жертва концлагеря» и т.д.

В) Ребенок пяти лет боится сесть в стоматологическое кресло, с трудом открывает рот для осмотра и плачет даже при одном виде стоматологических инструментов. Врач покрикивает на ребенка и говорит: «Если ты немедленно не успокоишься, то тебя будут лечить бормашиной – вот посмотри, как она

жужжит. А если это не поможет, то тебя положат в больницу, а маму отправят домой».

Г) Пятнадцатилетний юноша со злокачественной опухолью колена отказался от рекомендованной врачами химиотерапии и впоследствии умер. Его родители хотели согласиться на лечение, но не могли противоречить сыну, т.к. обещали ему не настаивать на проведении лечения.

Д) Подросток поступил в больницу с судорогами, рвотой и возбудимостью. При обследовании врачи обнаружили кровоизлияние на сетчатке, синяки на конечностях и поверхностно инфицированный ожог на стопе. Компьютерная томография выявила хроническую левостороннюю субдуральную гематому, а обследование скелета показало сросшийся перелом левого плеча и перелом ребер справа.

10. Проанализируйте приведенные ниже ситуации:

А) Девочка родилась с оксалозом. В возрасте двух лет в ее почках сформировались камни, и постепенно развилась тяжелая почечная недостаточность. Несколько недель она впадала и выходила из уремической комы, когда ее жизненные параметры тщательно отслеживались и регулировались усилиями младшего персонала. Каждый день ей делали анализ крови на электролиты и кислотно-основной обмен. Каждые несколько дней ей требовалась установка венозного катетера, что становилось все сложнее. Она была бледной и слабой и все время страдала от болей. В конце концов, родители обратились с просьбой к врачам дать девочке впасть в кому и умереть.

Б) Новорожденный младенец с признаками синдрома Дауна, которые подтверждаются хромосомными исследованиями, страдает от непроходимости кишечника, ему требуется немедленное хирургическое вмешательство, но родители не дают согласия, считая, что лучше пусть новорожденный умрет, чем потом будет жить неполноценным человеком.

В) Двенадцатилетний мальчик с синдромом Дауна имел врожденный порок сердца. Хирургическое вмешательство до двенадцатилетнего возраста не

рекомендовалось, но в этом возрасте стало необходимо по жизненным показателям. К двенадцати годам мальчик хорошо развивался, неплохо учился в специальной школе, занимался спортом. Его родители не дали разрешение на операцию по поводу порока сердца, которая продлила бы жизнь мальчику. Они считали, что после их смерти поддерживать качество его жизни будет некому.

Что на ваш взгляд гуманнее: сохранять жизнь неполноценному ребенку или нет? Как соблюсти положение врачебного долга, требующего бороться за жизнь пациентов до «последнего вдоха», и право родителей на отказ от лечения?

Медико-деонтологические задачи для обсуждения со студентами педиатрического факультета.

Задание: Поставьте себя на место врача и смоделируйте варианты ваших ответов с точки зрения пяти моделей взаимоотношений с пациентом.

1) На основании жалоб, данных анамнеза, рентгенологического исследования вы предполагаете у мальчика семи лет злокачественное новообразование желудка. Направляя ребенка в соответствующее лечебное учреждение для дальнейшего обследования и лечения, поставите ли вы в известность о предполагаемом диагнозе его родителей? Дайте вариант беседы с ними. Будете ли вы беседовать в присутствии ребенка?

2) Вас вызвали в роддом к женщине, родившей ребенка с болезнью Дауна. Мать ребенка мало осведомлена о подобной патологии. На встречу с вами пришли ее муж и родители обоих супругов с намерением отказаться от новорожденного. Проведите с ними беседу.

3) В поликлинику обратились родители с ребенком семи лет. Жалобы на

появившуюся у него два месяца назад после травмы припухлость в правой подглазничной области. Припухлость увеличивается. Предварительному диагнозу «новообразование» не противоречат и данные рентгенологического исследования. Ваша тактика общения:

А) считаете ли вы необходимым поставить родителей ребенка в известность о предполагаемом диагнозе, не имея данных морфологического исследования? Обоснуйте свое решение;

Б) будете ли вы беседовать с родителями в присутствии ребенка?

4) Вас вызвали в роддом к женщине, родившей ребенка с полной двусторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. На встречу с вами явились родственники, вопреки желанию матери настаивающие на ее отказе от ребенка. Проведите с ними беседу.

5) К вам направлен больной ребенок из другого лечебного учреждения, где он лечился по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти одонтогенной этиологии. Вы обнаружили грубые врачебные ошибки в комплексе лечебных мероприятий, которые привели к осложнению заболевания. Как вы ответите на вопрос матери: «Доктор, но ведь я делала все, что мне велели. Почему же ребенку стало хуже?»

ГЛОССАРИЙ

Автономия личности – самоопределение, понимаемое как форма личности свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением.

Биомедэтика:

- 1) интегральная область знаний, включающая науку и социальную практику, ценностные ориентации культуры по отношению к жизни человека, в которой перекрещиваются интересы медицины, биологии, философии, теологии, юридических наук;
- 2) наука, рассматривающая проблемы современной медицины в контексте моральных норм и прав человека.

Врач – лицо с законченным высшим медицинским образованием, имеющее юридическое право заниматься лечебно-профилактической или санитарно-эпидемиологической деятельностью.

Врач лечащий – это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования.

Врач общей практики (семейный врач) – это врач, прошедший специальную последипломную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи пациентам и членам их семей независимо от пола и возраста.

Врачебная ошибка – ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, которая явилась следствием добросовестного заблуждения, не могла быть им предусмотрена и предотвращена, т.е. не являлась следствием халатного отношения врача к своим обязанностям, его невежества или злоумышленного действия.

Врачебная тайна – это защищаемые в соответствии с законодательством сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его

обследовании и лечении, обязанность хранить которые возлагается на лиц, исполняющих профессиональные, служебные и иные обязанности в сфере медицинской деятельности.

Добро – понятие, которое определяет наиболее положительное в сфере морали и что соответствует нравственному идеалу.

Доброта – линия поведения личности, её внутреннее качество, в основе которого лежит добро.

Девиантное поведение – отдельные поступки или система поступков, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам.

Долг – совокупность требований, предъявляемых человеку обществом, которые выступают перед ним как его обязанность и соблюдение которых является его внутренней потребностью.

Евгеника (переводится как «хорошее рождение»), сам термин был предложен в 1883 г. английским антропологом Ф. Гальтоном. Это направление, разрабатывающее методы социального контроля, которые могут исправить или улучшить расовые качества будущих поколений, как физические, так и интеллектуальные.

Зло – понятие, определяющее, во-первых, наиболее обобщенные представления обо всем безнравственном, противоречащем требованиям морали, во-вторых, общую абстрактную характеристику отрицательных моральных качеств, в – третьих, оценку отрицательных поступков людей.

Инкурабельность (лат. incurabilis – неизлечимый) – состояние больного, при котором общие расстройства или особенности местного патологического процесса исключают возможность спасения жизни либо полного восстановления здоровья, трудоспособности.

Информированное согласие понимается как добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации.

Клонирование человека – создание человека, генетически идентичного другому живому или умершему человеку, путем переноса в лишенную ядра женскую половую клетку ядра соматической клетки человека.

Комплекс медицинских исследований – производимая по определенному плану совокупность действий медицинского персонала (работников

лаборатории, рентгенологических, радиологических подразделений, подразделений функциональной диагностики и др.), представляющая собой сложную или комплексную медицинскую услугу, выполняемая или для установления диагноза, или для окончания проведения определенного этапа лечения, или для проведения профилактики.

Консилиум (лат. consilium – совещание, обсуждение) – совещание врачей одной или разных специальностей с целью выработки заключения о состоянии здоровья обследуемого, установления диагноза болезни, определения ее прогноза, тактики обследования и лечения больного.

Лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) – общее название медицинских учреждений, предназначенных для оказания лечебно-профилактической помощи населению; к числу ЛПУ. относятся больничные, амбулаторно-поликлинические, санаторно-курортные учреждения, диспансеры, станции скорой и неотложной медицинской помощи, переливания крови, а также учреждения охраны материнства и детства.

Лицензирование медицинской деятельности – выдача государственного разрешения (лицензии) медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

Милосердие представляет сострадательное, доброжелательное, заботливое, любовное отношение к другому человеку.

Мораль:

- 1) способ самоуправления и упорядочения отношений между людьми на основе обобщенных представлений о нормах, принципах и идеалах, восходящих к ценности добра;
- 2) характеристика отношений между людьми, совокупность норм, требований, правил, заповедей.

Медицинская деонтология (греч. deon, deontos – должное, надлежащее + logos учение) – совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Медицинская этика – раздел этики, где объектом исследования являются морально-нравственные аспекты медицины. Совокупность нравственных

норм в профессиональной деятельности медицинских работников.

Медико-санитарная первичная помощь – лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства. Является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания

Медицина (лат. *medicina* – врачебная наука) – система научных знаний и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

Медицинская скорая помощь – медицинская помощь, которая оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Медицинская специализированная помощь – медицинская помощь, которая оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность.

Медицинская сестра – специалист со средним медицинским образованием, работающий под руководством врача в лечебно-профилактическом учреждении.

Медицинская услуга – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Медицинская услуга комплексная – набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения.

Медицинская услуга сложная – набор простых медицинских услуг, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д.

Медицинское право – это комплексная отрасль права, включающая совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности.

Медицинское правоотношение – это возникающая на основе правовых норм связь субъектов права, характеризующаяся наличием у них определенных юридических прав и обязанностей в сфере медицинской деятельности.

Нравственность – характеристика личности, совокупность моральных качеств, добродетелей.

Незаконные копии лекарственных средств – лекарственные средства, поступившие в обращение с нарушением патентного законодательства Российской Федерации.

Непредвиденный побочный эффект лекарственного средства – побочный эффект, характер или тяжесть которого не согласуются с имеющейся информацией о лекарственном средстве.

Обращение лекарственных средств – обобщенное понятие деятельности, включающей разработку, исследования, производство, изготовление, хранение, упаковку, перевозку, государственную регистрацию, стандартизацию и контроль качества, продажу, маркировку, рекламу, применение лекарственных средств, уничтожение лекарственных средств, пришедших в негодность, или лекарственных средств с истекшим сроком годности и иные действия в сфере обращения лекарственных средств.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание,

самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Паллиативная медицина – медицинская помощь, обеспечивающая умирающим пациентам обезболивание, достойный уход и максимальный контроль за последними месяцами их жизни в специальных медицинских учреждениях или на дому.

Патернализм – это такая модель отношений, когда врач выступает по отношению к больному не только как любящий отец, но как царь и бог, ибо в его руках – жизнь, здоровье, свобода, полноценность, счастье человека. Моральная ограниченность патернализма – принижается автономное право пациента.

Профессиональная этика – учение о морали, конкретизирующее общеэтические нормы применительно к различным профессиям.

Принцип «не навреди» (буквально – не причинение вреда). Врачи и медики-исследователи должны избегать причинения вреда пациентам и объектам исследования и исходить из следующих требований:

- 1) то, что они намериваются сделать, не должно быть безнравственным и не должно быть злом;
- 2) благая цель не должна оправдывать любые средства;
- 3) побочный эффект не должен быть специальной целью, а только тем, с чем приходится мириться;
- 4) предполагаемое благо не должно перевешивать риск.

Принцип «приносить пользу» (благодеяния) провозглашает обязанность помогать пациентам в осуществлении их важнейших и законных интересов. Благодеяние – это профессиональная обязанность врачей оказывать помощь больным, закрепленная во всех кодексах медицинской этики.

Принцип профессиональной независимости обязывает врача принимать профессиональное решение в пользу пациента вне зависимости от религиозной, национальной, расовой принадлежности, социального положения или партийно-политической ориентации.

Принцип конфиденциальности (врачебная тайна) предполагает, что вся информация о состоянии пациента, диагнозе, прогнозе состояния, принятом лечении и иная личная информация о пациенте должна

храниться в тайне даже после смерти пациента.

Принцип компетентности заключается в способности к принятию решения, основанному на понимании последствий этого решения для себя и других.

Пациент – человек, обратившийся в лечебно-профилактическое учреждение за диагностической, лечебной или профилактической медицинской помощью либо участвующий в качестве испытуемого при клинических испытаниях лекарственных средств.

Плацебо (лат. placebo – понравлюсь, удовлетворю) – фармакологически индифферентное вещество, по внешнему виду и вкусу имитирующее некоторое лекарственное средство; применяется при исследовании фармакологического эффекта лекарственных веществ, а также в терапевтической практике.

Предприятие – производитель лекарственных средств – организация, осуществляющая производство лекарственных средств в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона.

Прием (осмотр, консультация) врача – производимые по определенному плану действия врача при возникновении у пациента потребности в медицинской помощи, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, дающие возможность составить представление о состоянии организма пациента, результатом которых является профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания, синдрома.

Прием врача диспансерный (осмотр, консультация)– производимые по определенному плану действия врача в порядке проведения профилактики, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, выполняемые у больного, находящегося на диспансерном наблюдении у врача по поводу какого-либо хронического заболевания.

Прием врача профилактический (осмотр, консультация)– производимые по определенному плану действия врача в рамках проведения превентивных или иных профилактических мероприятий, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, выполняемых у пациента.

Провизор (лат. provisor – заранее заботящийся о чем-либо, предусмотрительный) – лицо, окончившее фармацевтический вуз или фармацевтический факультет медицинского вуза; различают специальности: провизор – организатор аптечного дела, провизор – химик-аналитик, провизор-технолог.

Производство лекарственных средств – серийное получение лекарственных средств в соответствии с правилами организации производства и контроля качества лекарственных средств, утвержденными федеральным органом контроля качества лекарственных средств.

Профессиональное заболевание острое (отравление)– заболевание, являющееся, как правило, результатом однократного (в течение не более одного рабочего дня, одной рабочей смены) воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности.

Профессиональное заболевание хроническое (отравление)– понимается заболевание, являющееся результатом длительного воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), повлекшее временную или стойкую утрату профессиональной трудоспособности.

Профилактика – совокупность мероприятий, направленных на предупреждение конкретных заболеваний или патологических состояний.

Профилактика вторичная – совокупность мер, направленных на пресечение или ослабление возникшего в организме патологического процесса и предупреждение на этой основе тяжелых и прогностически неблагоприятных форм неинфекционных болезней.

Профилактика первичная – система социальных, гигиенических, воспитательных и медицинских мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также путем повышения устойчивости организма к воздействию факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды, способных вызвать патологические реакции.

Профилактические прививки – введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

Процедуры сестринского ухода – производимые по определенному плану действия медицинского персонала, имеющего диплом о среднем образовании, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, направленные на профилактику, диагностику или лечение определенного заболевания, синдрома.

Реабилитация инвалидов – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на

устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Санитария (лат. *sanitarius* – способствующий здоровью) – совокупность практических мероприятий, направленных на осуществление гигиенических нормативных требований.

Сертификат качества лекарственного средства – документ, подтверждающий соответствие качества лекарственного средства государственному стандарту качества лекарственных средств.

Смерть (син. СМЕРТЬ БИОЛОГИЧЕСКАЯ) – необратимое прекращение жизнедеятельности организма, являющееся неизбежной заключительной стадией его индивидуального существования.

Смерть клиническая – состояние, наступающее после прекращения сердечной деятельности и дыхания и продолжающееся до наступления необратимых изменений в высших отделах центральной нервной системы (как правило, не более 5-6 минут).

Смерть мозга – полное и необратимое прекращение всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Смерть мозга эквивалентна смерти человека.

Страховые медицинские организации – юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми, предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

Суррогатное материнство – форма беременности, при которой женщина соглашается выносить и родить ребенка другого человека или пары, предоставивших сперму (искусственное осеменение) или эмбрион (оплодотворение *in – vitro* или пересадка эмбриона).

Справедливость:

1) нравственный принцип, означающий наказание за зло и воздаяние за

добро;

2) один из современных принципов биомедэтики, который призывает к распределению ресурсов здравоохранения в соответствии со справедливым стандартам. Государство должно обеспечить каждого гражданина, независимо от его положения и возможностей, гарантированными видами и качеством медицинской помощи на том уровне, который является необходимым и достаточным для восстановления здоровья и соответствует современной медицинской практике.

Совесть – одна из категорий этики, включающая проблемы нравственного самоконтроля личности, определяющая способность человека самостоятельно формулировать для себя моральные предписания, требовать от себя их исполнение и критически оценивать свои действия и поступки по отношению к должному.

Трансплантология – отрасль биологии и медицины, изучающая проблемы трансплантации, разрабатывающая методы консервирования органов и тканей, создания и применения искусственных органов.

Трудоспособность – совокупность физических и духовных возможностей человека (зависящих от состояния его здоровья) позволяющих ему заниматься трудовой деятельностью.

Трудоспособность общая – способность человека к выполнению неквалифицированного труда, самообслуживанию.

Трудоспособность профессиональная – способность человека к выполнению трудовой деятельности, требующей знаний, умений и навыков, полученных путем образования или обучения.

Фармацевт (греч. pharmakeutēs – приготовляющий лекарства) – лицо, получившее высшее или среднее специальное образование в фармацевтическом вузе, на фармацевтическом факультете медицинского вуза, или в фармацевтическом среднем учебном заведении.

Фармацевтическая деятельность – деятельность, осуществляемая предприятиями оптовой торговли и аптечными учреждениями в сфере обращения лекарственных средств, включающая оптовую и розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление лекарственных средств.

Фармация (греч. pharmakeia – применение, употребление лекарств, лекарственных средств) – отрасль научных знаний и практической

деятельности, посвященная изысканию, изготовлению, стандартизации, исследованию (оценке качества), хранению и отпуску лекарственных средств, а также организации лекарственного обеспечения.

Фельдшер (нем. Feldsher) – медицинский работник со средним специальным образованием, работающий самостоятельно или под руководством врача.

Хоспис – специальная клиника для безнадежных больных, где создаются все условия для облегчения страданий человека.

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Ценность – философское понятие, обозначающее, во-первых, положительную или отрицательную значимость какого-либо объекта для субъекта, во-вторых, нормативную, предписательно – оценочную сторону феноменов человеческого сознания.

Эвтаназия (эйтаназия) от греч. – эв (эй) – легкая, танатос – смерть. Осознанные волевые действия медицинских работников, направленные на удовлетворение просьбы неизлечимо больного о прекращении страданий, заключающиеся в ускорении наступления его смерти. Бывает двух видов: активная и пассивная.

Эвтаназия активная означает активные действия врачей, способствующие быстрому и безболезненному умиранию.

Эвтаназия пассивная – прекращение оказания медицинской помощи с целью ускорения наступления естественной смерти.

Эксгумация – извлечение из земли погребенного тела умершего чаще всего для судебно-медицинского исследования.

Экспертиза медико-социальная – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Медико-социальная экспертиза производится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения.

Экспертиза санитарно-эпидемиологическая – деятельность органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы, организаций, аккредитованных в установленном порядке, экспертов по установлению соответствия (несоответствия) проектной и иной документации, объектов хозяйственной и иной деятельности, продукции, работ, услуг.

Экспертиза судебно-медицинская – экспертиза, назначаемая судебно-следственными органами для решения вопросов, возникающих при расследовании уголовных и гражданских дел и требующих специальных медицинских знаний.

Экспертиза судебно-психиатрическая – судебная экспертиза, проводимая экспертами-психиатрами в отношении лица, являющегося участником судебного процесса (подсудимый, обвиняемый, потерпевший, свидетель, ответчик, истец) или находящегося в местах лишения свободы, производимое в случае возникновения сомнения в его психическом здоровье; назначается судебно-следственными органами.

Этика:

- 1) учение о нравственности и морали;
- 2) особая философская наука, которая раскрывает основные нормы и принципы нравственной культуры, выявляет моральные аспекты человеческих взаимоотношений, способствует формированию осознанного выбора тех или иных норм поведения в различных ситуациях жизни.

Ятрогения – заболевания, патологические процессы, состояния, реакции, возникновение которых однозначно обусловлено медицинским воздействием в ходе обследования, лечения больных, выполнения диагностических или профилактических процедур.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативно–правовые акты:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации.
2. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации.
3. Закон РФ от 28 июня 1991г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
4. Закон РФ от 2 июля 1992г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
5. Закон РФ от 22 декабря 1992г. № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека».
6. Закон РФ от 9 июня 1993г. № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов».
7. Конституция Российской Федерации.
8. Методические рекомендации «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования» (утв. Федеральным фондом ОМС 27 апреля 1998г.).
9. Методические рекомендации Федерального фонда ОМС «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него» (утв. Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999г.).
10. Методические указания № 2001/129 «Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков» (утв. Минздравом РФ 19 июля 2001г.).
11. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993г. № 5487-1.
12. Письмо Государственного таможенного комитета РФ от 19 августа 1998г. №01-15/17536 «О вывозе из Российской Федерации органов и (или) тканей человека, предназначенных для трансплантации».
13. Постановление Минтруда РФ и Минздрава РФ от 29 января 1997г. № 1/30 «Об утверждении Классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы».

14. Постановление Правительства РФ от 25 мая 1994г. № 522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами».
15. Постановление Правительства РФ от 13 октября 1995г. № 1017 «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
16. Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996г. № 965 «О порядке признания граждан инвалидами».
17. Постановление Правительства РФ от 29 июля 1998г. № 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования».
18. Постановление Правительства РФ от 11 сентября 1998г. № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».
19. Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1998г. № 1391 «О федеральной целевой программе «Медицина высоких технологий».
20. Постановление Правительства РФ от 15 июля 1999г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок».
21. Постановление Правительства РФ от 05 октября 1999г. № 1119 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода».
22. Постановление Правительства РФ от 4 июля 2002г. № 499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».
23. Постановление Правительства РФ от 29 апреля 2002г. № 284 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации».
24. Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2002г. № 813 «О продолжительности работы по совместительству в организациях здравоохранения медицинских работников, проживающих и работающих в сельской местности и в поселках городского типа».

25. Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2003г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».
26. Постановление Правительства РФ от 25 февраля 2003г. №123 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».
27. Постановление Правительства РФ от 11 августа 2003г. № 485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности».
28. Постановление Минтруда РФ от 8 июля 1993г. № 133 «О дополнительном отпуске за работу с вредными условиями труда медицинского и другого персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи».
29. Постановление Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995г. № 25 «О печатях и штампах для оформления медицинских документов».
30. Приказ Минздрава СССР от 04 января 1983г. № 3 (ред. от 20 августа 1996 г.) «О профилактике дорожно-транспортных происшествий и совершенствовании системы оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях».
31. Приказ-постановление Минздрава РФ и Госкомстата РФ от 4 декабря 1992г. № 318/190 «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения».
32. Приказ Минздрава РФ от 10 августа 1993г. №189 «О дальнейшем развитии и совершенствовании трансплантологической помощи населению Российской Федерации».
33. Приказ Минздрава РФ от 28 декабря 1993г. № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».
34. Приказ Минздрава РФ от 28 декабря 1993г. № 303 «О применении медицинской стерилизации граждан».
35. Приказ Минздравмедпрома РФ от 29 апреля 1994г. № 82 «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».
36. Приказ Минздравмедпрома РФ от 19 октября 1994г. № 206 и постановление Фонда социального страхования РФ от 19 октября 1994г. № 21 «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи

документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан».

37. Приказ Минздрава РФ от 8 октября 1997г. № 299 «О нарушении принципа добровольности при оказании психиатрической помощи».
38. Приказ Минздрава РФ и МВД РФ от 9 января 1998г. № 4/8 «Об утверждении Инструкции о порядке взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и органов внутренних дел Российской Федерации при поступлении (обращении) в лечебно-профилактические учреждения граждан с телесными повреждениями насильственного характера».
39. Приказ Минздрава РФ от 8 апреля 1998г. № 108 «О скорой психиатрической помощи».
40. Приказ Минздрава РФ и Фонда социального страхования РФ от 6 октября 1998 г. № 291/167 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности».
41. Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 1998г. № 372 «О создании Центра по генной диагностике особо опасных инфекционных заболеваний Минздрава России».
42. Приказ Минздрава РФ от 26 марта 1999г. № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации».
43. Приказ Минздрава РФ от 23 ноября 1999г. № 419 «О комиссиях по рассмотрению жалоб граждан по оказанию психиатрической помощи».
44. Приказ Минздрава РФ от 24 марта 2000 г. № 103 «О порядке принятия решения о проведении клинических исследований лекарственных средств».
45. Приказ Минздрава РФ от 30 июня 2000г. № 239 «О представителях Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах».
46. Приказ Минздрава РФ от 10 апреля 2001г. № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги».

47. Приказ Минздрава РФ от 16 июля 2001г. № 268 «О введении в действие отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги».
48. Приказ Минздрава РФ от 14 сентября 2001г. № 364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов»
49. Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 13 декабря 2000г. № 448/106 «Об утверждении Перечня органов человека – объектов трансплантации и Перечня учреждений здравоохранения, которым разрешено осуществлять трансплантацию органов».
50. Приказ Минздрава РФ от 27 марта 2002г. № 98 «Об отраслевой программе «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003-2008 годы)».
51. Приказ Минздрава РФ от 20 ноября 2002г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».
52. Приказ Минздрава РФ от 26 февраля 2003г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия».
53. Приказ Минздрава РФ от 4 марта 2003г. № 73 «Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий».
54. Приказ Минздрава РФ от 11 марта 2003г. № 93 «Об отраслевой программе «Скорая медицинская помощь».
55. Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003г. № 112 «О штатных нормативах Центра, отделения общей врачебной (семейной) практики».
56. Приказ Минздрава РФ от 24 апреля 2003г. № 161 «Об утверждении Инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы».
57. Приказ Минздрава РФ от 3 июня 2003г. № 229 «О Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».

58. Приказ Минздрава РФ от 25 июля 2003г. № 326 «Об утверждении перечня минимума необходимых работ (услуг) на период проведения забастовки в организациях здравоохранения».
59. Приказ ФСС РФ № 18, Минздрава РФ № 29 от 29.01.2004 (ред. от 23.07.2004) «Об утверждении инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».
60. Приказ Минздрава РФ от 16.02.2004 № 82 «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений».
61. Приказ Минздрава РФ от 14.07.2003 №307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним».
62. Приказ Минздрава РФ от 14.07.2003 № 308 (ред. от 10.01.2006) «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения».
63. Приказ Минздрава РФ № 316, Минюста РФ № 185, ФСС РФ № 180 от 14.07.2003 «Об утверждении «Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду, и выдачи им документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность».
64. Приказ Минздрава РФ от 25.07.2003 № 325 «О развитии клеточных технологий в Российской Федерации».
65. Приказ Минздрава РФ № 414, МВД РФ № 633 от 20.08.2003 «О взаимодействии учреждений здравоохранения и органов внутренних дел в оказании медицинской помощи несовершеннолетним, доставленным в органы внутренних дел».
66. Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи».
67. Приказ Минздрава РФ от 14.10.2003 № 484 «Об утверждении инструкций о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности».
68. Приказ Минздрава РФ от 19.12.2003 № 606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».
69. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».

70. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».
71. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.11.2004 № 287 «Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы».
72. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.02.2005 № 152 «О дальнейшем развитии информационно-консультативной токсикологической помощи населению Российской Федерации».
73. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.04.2005 № 249 «Об организации внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан».
74. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.05.2005 № 342 «О мерах по совершенствованию аллергологической и иммунологической помощи населению Российской Федерации» (вместе с «Положением об организации деятельности врача аллерголога-иммунолога», «Порядком организации деятельности кабинета аллергологии-иммунологии», «Порядком организации деятельности отделения аллергологии-иммунологии»).
75. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.05.2005 № 352 «О предоставлении путевок на санаторно-курортное лечение лицам, пострадавшим в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».
76. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.05.2005 № 370 «Об утверждении инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений».
77. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.07.2005 № 487 «Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».
78. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.08.2005 № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

79. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.08.2005 № 539 «О мерах по совершенствованию организации гастроэнтерологической помощи населению российской федерации».
80. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 08.11.2005 № 663 «О введении в обращение справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, нового образца».
81. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 10.11.2005 № 670 «Об организации работы по направлению детей и детей с родителями в санатории Росздрава» (вместе с «порядком направления детей и детей с родителями в санатории Росздрава, путевки в которые предоставляются бесплатно»).
82. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.12.2005 № 752 «об оснащении санитарного автотранспорта» (вместе с перечнями оснащения автомобилей скорой помощи по классам и профилям специализированных бригад).
83. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.12.2005 № 753 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований».
84. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2005 № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией» (вместе с «Положением об организации обеспечения лекарственными средствами, отпускаемыми бесплатно по рецептам врача, для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции», «Положением об организации деятельности центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»).
85. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового».
86. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.12.2005 № 796 «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний к работам, непосредственно связанным с движением поездов и маневровой работой».
87. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 № 633 «Об организации медицинской помощи».

88. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 640, Минюста РФ № 190 от 17.10.2005 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу».
89. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 20.10.2005 № 643 (ред. от 20.03.2006) «Об утверждении форм документов о результатах установления федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах и рекомендаций по их заполнению».
90. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.12.2005 № 801 «Об организации работы по предоставлению санаторно-курортной помощи детям и детям с родителями в санаториях Росздрава».
91. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.03.2006 № 223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению российской федерации» (вместе с «Положением об организации деятельности женской консультации», «Порядком осуществления деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации»).
92. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.03.2006 № 224 «Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц».
93. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2006 № 282 «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены».
94. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2006 № 283 «Об утверждении перечня технических средств реабилитации, не подлежащих сдаче по истечении сроков пользования ими».
95. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.12.2006 № 842 «Об утверждении разъяснения о порядке оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».
96. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.12.2006 № 874 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу,

выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения».

97. Приказ Минюста РФ от 30 июля 2001г. № 224 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений».
98. Приказ Минобороны РФ от 20 августа 2003г. № 200 «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных силах Российской Федерации».
99. Приказ Федерального фонда ОМС от 25 марта 1998г. № 30 «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну».
100. Приказ Федерального фонда ОМС от 24 июня 2002г. № 33 «Об утверждении методических рекомендаций по определению потребности в постдипломной подготовке специалистов территориальных фондов ОМС».
101. Семейный кодекс РФ от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ.
102. Уголовно-исполнительный кодекс РФ от 8 января 1997г. № 1-ФЗ.
103. Уголовный кодекс Российской Федерации.
104. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации.
105. Указ Президента РФ от 17 февраля 1995г. № 161 «О гарантиях прав граждан на охрану здоровья при распространении рекламы».
106. Указ Президента РФ от 6 марта 1997г. № 188 «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера».
107. Федеральный закон от 30 марта 1995г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
108. Федеральный закон от 24 ноября 1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
109. Федеральный закон от 12 января 1996г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле».
110. Федеральный закон от 5 июля 1996г. № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности».
111. Федеральный закон от 15 ноября 1997г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния».
112. Федеральный закон от 28 марта 1998г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».

- 113.Федеральный закон от 27 мая 1998г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих».
- 114.Федеральный закон от 22 июня 1998г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах».
- 115.Федеральный закон от 24 июля 1998г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
- 116.Федеральный закон от 17 сентября 1998г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
- 117.Федеральный закон от 30 марта 1999г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
- 118.Федеральный закон от 31 мая 2001г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
- 119.Федеральный закон от 18 июня 2001г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
- 120.Федеральный закон от 10 июля 2001г. № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака».
- 121.Федеральный закон от 10 января 2002г. № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды».
- 122.Федеральный закон от 20 мая 2002г. № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека».

Специальная литература

1. Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. – М., 2000.
2. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. – М., 2002.
3. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами. – М., 2003.
4. Балло А.М., Балло А.А. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред. – СПб., 2001.
5. Блинов А.Г. Уголовно-правовая охрана прав пациента: Учебное пособие. – Саратов, 2004.
6. Буромский И.В. Правовая основа медико-социальной деятельности: Учебное пособие. – М., 2003.
7. Герасименко Н.Ф. Очерки становления современного российского законодательства в области охраны здоровья граждан. – М., 2001.
8. Гусейнов А. А., Апресян Р. Г. Этика. – М.: Гардарика, 1999.
9. Дмитриева Т.Б. Альянс права и милосердия: О проблеме защиты прав человека в психиатрии. – М., 2001.
10. Зильбер А.П. Трактат об эйтаназии. – Петрозаводск, 1998.
11. Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. – М.: Издательский дом «Камерон», 2006.
12. Козьминых Е.В. Права пациента и их защита. – Пермь, 2001.
13. Корсаков С.А. О трудностях формирования медицинского права в России // Медицинское право и этика. – 2000. № 1.
14. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005.
15. Леонтьев О.В. Медицинская помощь: права пациента. – СПб., 2002.
16. Леонтьев О.В. Нарушение норм уголовного права в медицине. – СПб., 2002.
17. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие. – М., 1995.
18. Махник О.П. Ответственность за нарушение врачебной тайны // Медицинское право. – 2005, № 3.
19. Мишаткина Т. В. Яскевич Я. С. Этика – Минск: Новое знание, 2004.
20. Мохов А.А. Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности. – СПб, 2003.
21. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. – М., 1999.
22. Некачалов В. В. Ятрогения (патология диагностики и лечения). – СПб., 1998.

23. Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. – Новосибирск, 1998.
24. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения. – Новосибирск, 2000.
25. Новоселов В.П. Профессиональная деятельность работников здравоохранения. – Новосибирск, 2001.
26. Обеспечение и защита прав пациентов в Российской Федерации (обзор теории и практики) / Под ред. акад. РАМН О.П. Щепина. – М., 1999.
27. Орлов А.Н. Клиническая биоэтика: Учебное пособие. – М., 2003.
28. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. – М.: Медицинская книга, 2006.
29. Петров В.И. Седова Н.Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. – М., 2002.
30. Попов В.П., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности: Справочно-информационное пособие. – СПб., 1999.
31. Правовые аспекты деятельности врача /Авт.-сост.: Х.Х. Хапий, А.А. Старченко, Е.М. Шифман. – Петрозаводск, 2003.
32. Сальников В.П., Кузнецов Э.В., Старовойтова О.Э. Правовая танатология. – СПб., 2002.
33. Сальников В.П., Стеценко С.Г. Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования. Серия «Право и медицина» – СПб., 2000.
34. Сальников В.П., Стеценко С.Г. Регламентация медицины в России (историко-правовое исследование). – СПб., 2002.
35. Самойлов В.О. История Российской медицины. – М., 1997.
36. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. – М., 2001.
37. Сергеев Ю. Д., Григорьев И. Ю. Юридические основы деятельности врача. Медицинское право: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006.
38. Силуянова И.В. Современная медицина и Православие. – М., 1998.
39. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М., 2001.
40. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. – М., 2002.
41. Стеценко С.Г. Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. – М., 2004.
42. Шамов И. А. Биомедицинская этика: Учебник. – М., 2006.
43. Уильямс Д. Р. Руководство по медицинской этике. – М.: ГЭОТАР –

Медиа, 2006.

44. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д. Введение в биоэтику. – М.: Прогресс-Традиция. 1998.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА I. СОЦИАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	3
1. Уровни социального регулирования медицинской деятельности.....	3
2. Медицинская этика и деонтология.....	7
3. Биомедицинская этика (биоэтика).....	13
4. Медицинское право.....	28
ГЛАВА II. ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ	33
1. Модели отношений «врач-больной».....	33
2. Информированное согласие на медицинское вмешательство.....	36
3. Врачебная тайна.....	48
ГЛАВА III. МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	56
1. Морально-правовые проблемы генетики.....	56
2. Морально-правовые проблемы медицинского прерывания беременности.....	63
3. Морально-правовые проблемы искусственной репродукции человека.....	65
4. Морально-правовые проблемы трансплантологии.....	69
5. Морально-правовые проблемы оказания психиатрической помощи.....	76
6. Морально-правовые проблемы завершения человеческой жизни.....	81
ГЛАВА IV. ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	89
1. Общие вопросы юридической ответственности медицинских работников.....	89
2. Уголовная ответственность медицинских работников за совершение профессиональных преступлений.....	91
3. Гражданско-правовая ответственность лечебно-профилактических учреждений.....	98
4. Административная и дисциплинарная ответственность медицинских работников.....	104
ПРАКТИКУМ	110
ГЛОССАРИЙ	123
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	135