

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

1. Принцип «не навреди» (модель Гиппократ)
2. Принцип «делай добро» (модель Парацельса)
3. Принцип «соблюдения долга» (деонтологическая модель)
4. Принцип «уважения прав и достоинства человека» (биоэтика)
5. Основные принципы биоэтики

1. Принцип «не навреди» (модель Гиппократ)

Более 25 веков в европейской культуре формировались, сменяя друг друга, различные морально-этические принципы, правила и рекомендации, сопровождавшие существование и развитие медицины. Если мы обозначим все разнообразие врачебного нравственного опыта понятием медицинская этика, то обнаружим, что сегодня она существует по преимуществу в четырех формах или моделях: модели Гиппократ, модели Парацельса, деонтологической модели и в виде биоэтики. Исторические особенности и основания каждой из этих моделей определяли становление и выработку моральных принципов, которые составляют сегодня ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

Исторически первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократ (ок.460-ок.370 до Р.Х.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах» и др. Гиппократ называют «отцом медицины», основу которой составляет особый «кодекс» профессиональной *светской* врачебной этики. Освященные и необсуждаемые (до существования светской врачебной этики) права врачующих жрецов постепенно сменялись моральными профессиональными гарантиями и обязательствами лекарей перед пациентами (рис.1).

В «Клятве» Гиппократ были впервые сформулированы и расписаны обязанности врача как перед больными, так и перед своими коллегами по ремеслу, которые независимы от места и времени их реализации. В силу этого, несколько изменяясь, они соблюдаются и сегодня, приобретая в том или ином этическом документе, будь то «Декларация», «Присяга» и т.п., свой стиль и особую форму выражения. Примером документа, созданного на основе модели Гиппократ, служит «Клятва российского врача», принятая 4-й Конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г.

Модель врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества (в основе чего – следование конкретным этическим требованиям), можно назвать моделью Гиппократ. Речь идет об обязательствах уважения и ответственности перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда, оказания помощи, проявления уважения, справедливости, об отрицательном отношении к эвтаназии, аборт, об отказе медицинских работников от интимных связей с пациентами, о заботе о пользе больного, о врачебной тайне. Среди перечисленных принципов *основополагающим* для модели Гиппократ является принцип «не навреди». Принцип «не навреди» фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия.

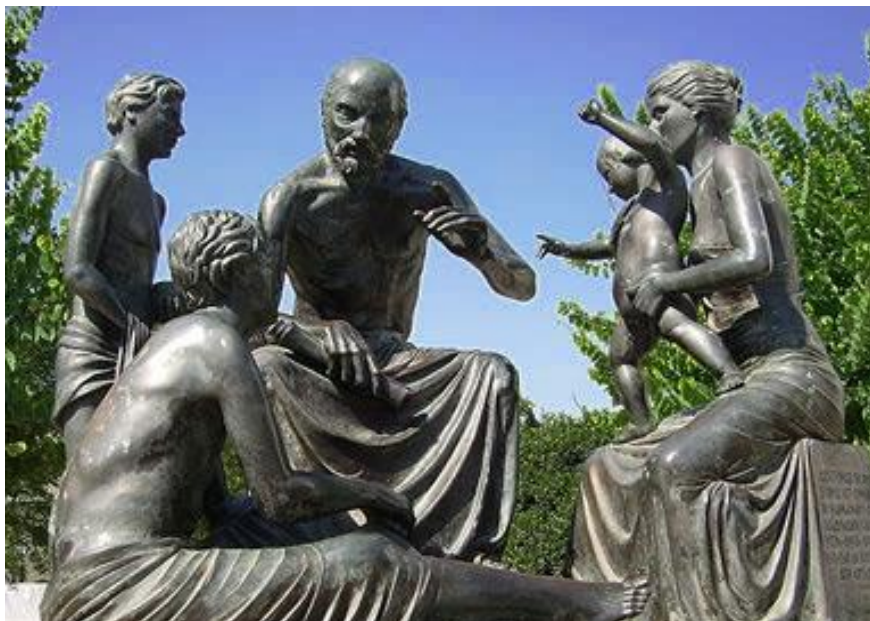


Рис. 1
Памятник Гиппократу на о. Кос

Клятва Гиппократа (клятва *асклепиадов* - потомков бога врачевания Асклепия) - этическое обязательство, которое давал врач в Древней Греции по окончании обучения. Текст данной клятвы, сжато формулирующей моральные нормы поведения врача, приписывают «отцу медицины» - Гиппократу, который по преданию относился к асклепиадам. Эта «Клятва» на протяжении более 2 тысяч лет является основным этическим документом в медицине, она же стала и основой клятвы фармацевтических работников.

«Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигеей и Панакеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению следующую присягу и письменное обязательство:

считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями. Это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного кессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и славе у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

2. Принцип «делай добро» (модель Парацельса)

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношений врача и пациента, сложившееся в средние века. Выразить ее особенно четко удалось Парацельсу (1493-1541гг.). Латинское имя *Paracelsus* — псевдоним который он дал себе сам, означает превзошедший Цельса, древнеримского энциклопедиста и знатока медицины первого века до н. э; настоящее имя **Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм (Гогенхайм)**.

Модель Парацельса - это такая форма врачебной этики, в рамках которой *нравственное отношение* к пациенту понимается как *одна из важнейших составляющих стратегии терапевтического поведения врача*.

Если в гиппократовской модели медицинской этики, прежде всего, завоеывается *социальное доверие* личности пациента, то в модели Парацельса делается акцент на учете эмоционально-психических особенностей личности, на признании важности душевного контакта с врачом и включенности такого контакта в лечебный процесс. В границах модели Парацельса в полной мере развивается *патернализм* (от лат. *pater* - отец) как тип взаимосвязи врача и пациента.

Подлинный смысл патерналистского подхода заключается в том, что связь между врачом и пациентом воспроизводит некую «божественную целебность» самого контакта врача и больного. Эта «божественная целебность» определена и задана добродетелью врача, направленностью его воли к благу больного. Неудивительно, что основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро, благо», или «твори любовь, благодеяние, милосердие». **Врачевание - это организованное осуществление добра**. Добро же по сути своей имеет Божественное происхождение.

Парацельс учил: «Сила врача - в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь».

3. Принцип «соблюдения долга» (деонтологическая модель)

Термин «*деонтология*» (от греч. *долг, должное и закон, учение*) предложен в XIX веке английским философом Иеремией Бенхамом для обозначения науки о *профессиональном поведении человека*. Понятие «деонтология» в равной мере применимо к любой сфере профессиональной деятельности - медицинской, инженерной, юридической и т.д. **Медицинская деонтология учение о должном в медицине**.

Английский врач Т. Персиваль (1740 -1804) опубликовал работу «Медицинская этика» (1803) – это свод правил и наставлений применительно к поведению врачей – хирургов в госпитальной и частной практике, где оговаривается справедливое отношение врача ко всем социальным группам пациентов (и богатым, и бедным). В 1845 году была опубликована работа Макса Симона «Медицинская деонтология», где последняя связывается с «максимальным повышением суммы полезности и максимальном устранении вредных последствий неполноценной медицинской работы». *Деонтология* определяет нормы поведения и отношений между:

врачом – пациентом

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

врачом – коллективом

врачом - врачом

Вместе с этим становление деонтологической модели оказалось связано с этическим учением о долге И. Канта («deon» - долг). Чем интересно это учение в отношении медицинской практики, как оно повлияло на последнюю?

И. Кант предлагает оценивать поступок как должный/правильный, исходя из определенного типа действия (категорический императив в основе или гипотетический, кроме этого Кант определяет безусловным в своем отношении и поведении руководствоваться идеей уважения и признании автономии каждого человека «Другой всегда как Цель, но никогда, как средство!»). Кроме того, важным является и сам характер отношений (врач-пациент, родитель-ребенок, государство-гражданин), а это значит, что идея долга как высшая ценность соотносится (если речь идет о сфере медицины) с уже существующими принципами самой медицины, выраженными в принципах медицинской этики и, прежде всего, «не навреди!». Так наш поступок, должен определяться нашим осознанием должного поведения и тем, в какой сфере мы действуем.

Пример: Если хирург тщательно объясняет пациенту риски и выгоды хирургических процедур, но поступает так, желая получить похвалу от коллег, улучшить свою репутацию, то такой поступок *не может быть* оценен, как достойный.

В рамках деонтологической модели следование долгу предполагает не только выполнение своих обязанностей (в рамках определенной области помощи), но и признание данной автономии и независимости желаний пациента от желаний врача.

В советскую медицинскую науку термин деонтология и был введен в 40-х годах XX века профессором хирургом-онкологом Н.Н. Петровым. В работе «Вопросы хирургической деонтологии» Петров выделял следующие правила, которым должен следовать хирург:

- «хирургия для больных, а не больные для хирургии»
- «делай и советуй делать больному только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека»
- «для душевного покоя больных необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до нее, так и после»
- «идеалом большой хирургии является работа с действительно полным устранением не только всякой физической боли, но и всякого душевного волнения больного»
- «информирование больного», которое должно включать упоминание о риске, о возможности инфекции, побочных повреждений».

Важно, что с точки зрения Н.Н. Петрова (с позиций деонтологической модели как таковой) «информирование» должно включать не столько «адекватную информацию», сколько внушение «о незначительности риска в сравнении с вероятной пользой операции».

Наборы «точно сформулированных правил поведения» разработаны практически для каждой медицинской специальности. Многочисленные советские издания по медицинской деонтологии периода 60-80-х годов содержат подробный перечень и описание этих правил практически по всем медицинским областям. Основы деонтологии фармацевтической деятельности были заложены в 60 - 70-е годы XX столетия.

4. Принцип «уважения прав и достоинства человека» (биоэтика)

В медицинской этике на уровне деонтологической модели, например в акушерстве и гинекологии, речь идет об «осторожности в высказываниях при пациентах», «о

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

завоевании доверия», «о ровном, спокойном, разумном поведении врача, сочетаемом с заботливым и внимательным отношением к пациенту».

В биоэтике же основным становится *конфликт противостоящих друг другу прав* (в данном случае права плода на жизнь и права женщины на аборт). Еще одним примером может служить отношение к эвтаназии. Правовое сознание пациента, отстаивающее *право на достойную смерть*, вступает в противоречие с *правом врача не только следовать профессиональному принципу не навреди, но и исполнять заповедь - не убий*.

Медицина, работающая сегодня на молекулярном уровне, все более становится прогностической. Однако на пути этой светлой перспективы стоит одно *но*. Прогностическую медицину можно было бы определить еще и как безличностную, т.е. способную к диагностированию без субъективных показателей и жалоб пациента. И это действительно реальный рычаг контроля и власти как над отдельным человеком, так и над всем человечеством. Данная «тоталитарная» тенденция объясняет, почему в 60-70-х гг. XX в. формулируется такая форма медицинской этики как *биоэтика*, которая начинает *рассматривать медицину в контексте прав отдельно взятого человека*. Последнее включает в себя право на уважение автономии человеческой личности, право на получение информации о диагнозе и прогнозе собственного состояния, право участвовать в принятии решений о выборе методов лечения вплоть до отказа от лечения вообще. Многие из этих прав, как нетрудно заметить, носят не только и даже не столько гражданский, сколько жизненный, или, как говорят философы, экзистенциальный характер. Иными словами, они предполагают и в то же время делают необходимым личный выбор и ответственное личное решение в ситуациях, когда речь идет о защите таких ценностей, как сохранение телесной и психической целостности и даже самой жизни человеческого существа. Для традиционной медицинской этики большинства подобных вопросов не существовало, так что и сами медики, и общество в целом попадают в связи с их появлением на «необжитую территорию», не имея в достатке надежных карт и компасов.

Таким образом, *основным моральным принципом биоэтики становится принцип уважения прав и достоинства человека*. Под влиянием этого принципа меняется решение основного вопроса медицинской этики - вопроса об отношении врача и пациента. Как известно, *классический патернализм* «работал» в режиме неоспоримого приоритета или первичности авторитета врача. Но сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это участие оформляется в ряд новых моделей взаимоотношения врача и пациента. Среди них - *информационная, совещательная, интерпретационная*.

Традиционная медицинская этика (все модели медицинской этики, *исключая биоэтику*) в целом была этикой по преимуществу профессиональной, корпоративной и преобладающее внимание она уделяла правам и обязанностям врача по отношению к пациенту, а также нормативному регулированию взаимоотношений внутри медицинской профессии. Вмешательство непрофессионалов при этом если допускалось, то сводилось к минимуму, к каким-то исключительным случаям. Предполагалось, что врач обладает всей полнотой не только специальной, но и этической компетенции. Быстрое развитие биоэтики свидетельствует о том что ныне ситуация радикально и необратимо изменяется - этические вопросы медицины решаются не на корпоративной, а на иной, значительно более широкой основе, с полноправным участием тех, кто представляет и выражает интересы пациента и его близких. Что является своеобразной формой защиты прав и достоинства человека.

Конкретной организационной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины являются, например, биоэтические общественные объединения (этические комитеты). Профессор. Б.Г. Юдин полагает, что «биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

общества». Этот институт включает этические комитеты при больницах, этические комиссии в научно-исследовательских учреждениях, специализированные биоэтические организации, объединяющие наряду с медиками - священников, юристов, специалистов по биомедицинской этике и других граждан. Их задача - решение вопросов, связанных с выработкой рекомендаций по конкретным проблемным ситуациям медико-биологической деятельности, будь то ее теоретическая или практическая сторона.

5. Основные принципы биоэтики

В результате бурных общественных дебатов 60-х годов XX века, захвативших США и Западную Европу, произошло осознание того, что человеческое тело не только «объект» научного исследования или терапевтического действия, но также «плоть» конкретного человека – ее собственника. Поэтому никто не имеет права совершать научные исследования или осуществлять терапевтические действия без разрешения самого испытуемого или самого пациента. Именно в этих дебатах был сформулирован центральный для биоэтики принцип «автономии личности и уважения ее прав», обосновывающий право каждого человека участвовать в качестве самостоятельного субъекта в принятии касающихся лично его жизненно важных медицинских решений. Одновременно было выработано важнейшее биоэтическое правило «добровольного информированного согласия», которое на практике призвано обеспечить реализацию принципа автономии личности пациента. Оно гласит: ни научное исследование, ни терапевтическое вмешательство не могут производиться без добровольного согласия пациента или испытуемого, которое им дается на основе адекватной информации о диагнозе и прогнозе заболевания, целях и методах предполагаемого вмешательства или исследования, возможных неблагоприятных побочных последствиях.

В дальнейшем медицинском научном сообществе разрабатывались и обсуждались принципы биоэтики, которые можно было бы признать универсальными. «Классические» принципы биоэтики, предложенные Т. Бичампом и Дж. Чилдресом (США), так называемые «**джорджтаунские мантры**», включают в себя:

- *основные принципы*: уважение автономии личности, «твори добро!», «не причиняй зла!», справедливости
- *основные правила*: правдивости, конфиденциальности, уважения неприкосновенности частной жизни (приватности), информированного согласия, уважение автономии личности, справедливость, непричинение зла, ориентацию на благо (делай добро).

Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа, разработанные в рамках исследовательского проекта Еврокомиссии, – «принципы Кемпа» (по имени П. Кемпа – координатора и автора концептуальных идей) – в качестве основополагающих включают в себя автономию, достоинство, целостность и уязвимость человеческой личности.

Таким образом, особенностью решения современных биоэтических проблем выступает, прежде всего, их плюралистичность. Однако именно принцип автономии личности, признания ее прав признается всеми авторами без исключения и ставится на первое место.

Автономия личности – принцип биомедицинской этики, основанный на единстве прав врача и пациента, предполагающий их взаимный диалог, при котором право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. Согласно этому принципу принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

совместном участии в этом процессе, требующем компетентности, информированности пациента и добровольности принятия решения. Сложные медицинские вмешательства проводятся с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами. Этическим основанием принципа автономии личности выступает признание ее независимости и права на самоопределение. Таким образом, уважение автономии относится прежде всего к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни. Принцип автономии личности тесно связан с другим основополагающим принципом биоэтики – информированным согласием.

Информированное согласие – правило биомедицинской этики, в основе – требование соблюдения права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них. Информированное согласие – это коммуникативный диалог врача и пациента, предполагающий соблюдение ряда этических и процессуальных норм: учет психического состояния, уровня культуры, национальных и религиозных особенностей пациента, тактичность врача или исследователя, его моральные качества, способность обеспечить понимание информации пациентом. Правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу *добровольного* выбора.

Конфиденциальность – правило биомедицинской этики, предполагающее взаимное доверие между врачом и пациентом. Нарушение конфиденциальности ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей. Принцип конфиденциальности опирается на моральные соображения, по которым каждый индивид имеет право решать, кому, в какой мере он может передать свои мысли, переживания, чувства, обстоятельства жизни. Конфиденциальность предполагает строгое соблюдение врачебной тайны, надежное хранение врачом информации, полученной от пациента, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение конфиденциальных данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента.

По мере развития медицины и вовлечения в биомедицинские исследования и манипуляции все большего числа людей, особую роль начинают играть принципы, предполагающие заботу общества и медиков – врачей и исследователей о соблюдении этических требований по отношению к пациентам, попадающим в *зависимость* от них. Совершенно особое место в этом ряду занимает категория ***достоинство***. В широком этическом контексте это, прежде всего, самоценность, которой обладает каждый человек по праву своего рождения, потому что он человек. Отсюда – *человеческое достоинство*. Поэтому все люди, и пациенты в том числе, независимо от их социального статуса, психического и физического состояния и поведения имеют равные права на признание и уважение собственного достоинства. *Уважение же человеческого достоинства* с такими ситуациями, когда человек не в состоянии выразить свою волю, когда в силу своего физического или психического расстройства он совершенно не способен к автономным действиям, когда приходится говорить даже не о человеческой личности, а о человеческом существе. Речь идет о таких ситуациях, как вегетативное существование, тяжелые формы гериатрического состояния, эксперименты с эмбрионом человека и др. Особую роль в системе биоэтических принципов играют в этой связи принципы *целостности* и *уязвимости*, выдвинутые европейскими биоэтиками. Эти принципы непосредственно связаны с уважением достоинства личности и затрагивают как физическую, так и психическую стороны жизнедеятельности индивида.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

Целостность – это то, что обеспечивает тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, и поэтому не должно подвергаться манипуляциям или разрушению. Она связана с —жизненной историей| индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни и интерпретацией жизненного опыта. Иными словами, целостность личности – это ее уникальность, индивидуальность и неповторимость. К сожалению, некоторые медицинские вмешательства, имеющие благую цель восстановить здоровье человека, улучшить его состояние, часто бывают связаны с нарушением целостности. Необходимость защищать психофизическую целостность человека, минимизировать ее нарушения требуют сегодня разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида, к проблеме использования частей человеческого тела – органов и тканей и т.п.

Уязвимость как принцип биоэтики следует понимать в двух смыслах: Во-первых, как характеристику любого живого существа (не обязательно человеческого), каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой. В этом смысле уязвимость как общая характеристика жизни может иметь более широкое, чем биоэтическое, значение: она может стать связующим звеном между социально и морально отчужденными в обществе людьми, объединив их в поисках преодоления собственной уязвимости. В определенной мере весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой уязвимостью, вызванная стремлением минимизировать или —отодвинуть| ее. При этом уязвимость – в том числе смертность и конечность – оптимистически расценивается как некое обстоятельство, которое может и должно быть преодолено. Правда, здесь есть опасность лишиться человека опыта боли и страданий, которые очень значимы в нашем восприятии действительности. Второе понимание уязвимости – в более узком смысле – относится к отдельным человеческим группам и популяциям (бедным, малограмотным, детям, заключенным, инвалидам и т.п.). Здесь данный принцип лежит в основе особой заботы, ответственности по отношению к другому, более слабому и зависимому, и требует для своей реализации соблюдения еще одного принципа биоэтики – *принципа справедливости*.

Справедливость – принцип, предполагающий реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, защита при проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения. Согласно принципу справедливости польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный.

Нравственная идея справедливости - одна из основных идей, регулирующих человеческие отношения. Принцип справедливости во всех отношениях имеет непреходящее значение для медицинской практики. Данный принцип лежит в основе гуманного отношения к больному, *независимо от его экономического положения и социального статуса*. Принцип призывает, прежде всего, к распределению ресурсов здравоохранения (фармации в том числе), доступа к этим ресурсам членов общества в соответствии со справедливым стандартом.

В профессиональной врачебной практике принцип справедливости включает в себя: самоотверженность, независимость, сострадание, милосердие, и потому максимально соответствует и способствует реализации исходной и конечной цели врачевания - исцелению человека. Таким образом, врач не только может быть склонен к справедливости, он должен *уметь предпочесть справедливость как моральный профессиональный принцип всем другим соображениям*. Кроме этого важной (для

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

соблюдения принципа справедливости) является способности врача, опираясь на разум и волю, поступать согласно нравственным принципам и целям, т.е. соответственно профессиональному долгу в противовес многообразию частных, ситуативных интересов. То есть, верность принципу справедливости преобладает над ситуативно-практическими интересами.

Как же работают эти подходы в реальной медицинской практике? Можно ли, например, опираясь на них, ответить на часто встающий перед трансплантологами вопрос: справедливо ли пересаживать почку старику, если ее можно пересадить умирающему молодому мужчине? Право на здоровье и жизнь - это гражданские права, которыми обладает любой человек независимо от возраста, материального положения. Но вновь встает вопрос о социально-практической целесообразности этого права в контексте конкретной медицинской практики. Должны ли возрастные параметры стать моральной нормой, ограничивающей права человека в распределении органов для пересадки? Подобные вопросы становятся с каждым годом все актуальнее в связи с устойчивой демографической тенденцией старения населения. Помимо стариков, к категории наименее "социально значимых" пациентов относятся заключенные, бедняки, лица с необратимой физической и психической патологией.

Действие согласно принципу справедливости в условиях современных достижений биомедицины и специфики современной демографической и социальной ситуации неизбежно требует обращения к так называемым «материальным критериям» справедливости.

Принцип справедливости в фармацевтической деятельности, предполагает соблюдение интересов каждого пациента независимо от экономического фактора (социальная ориентация) и оказания квалифицированной, доступной для всех помощи.

В качестве стандарта справедливого распределения медицинских ресурсов и оказания медицинской помощи могут выступать следующие критерии.

Критерий равенства: "каждый должен получить по равной доле". (Примерно такой критерий действует в сфере начального и среднего образования.) Проблема, однако, в том, что часто распределяемый ресурс (пусть это будет, скажем некоторое лекарство или место в специализированной больнице) может быть вовсе не нужен, тогда как другому он жизненно необходим, а доля, получаемая им при равном распределении, для него недостаточна. Значит, такое распределение не принесет блага ни первому, ни второму. Учитывая это, будет целесообразным обратиться к критерию *потребности*.

Критерий потребности. Здесь, однако, в несколько измененном виде возникает та же проблема, с которой мы сталкивались в предыдущем случае - одна и та же потребность у одного будет диктоваться, скажем, капризом или завистью, тогда как для другого она будет жизненно необходимой. Проблема распределения, соразмерения остается нерешенной.

Критерий разумных потребностей. Здесь же вопрос в том, кто и на основании какого критерия будет ограничивать разумные потребности от неразумных? Возможен и другой подход, когда говорят об удовлетворении в первую очередь *фундаментальных, жизненно важных* потребностей. Вопрос об их ограничении от менее важных тем самым, конечно, не снимается, но мы можем ожидать, что большинство людей согласятся, что потребность в пище и питье более фундаментальна, чем потребность в развлечениях. Таким образом, последовательно реализуя этот критерий, мы могли бы утверждать, что пока в мире существуют люди, страдающие от голода, несправедливо будет тратить ресурсы на развлечения. Но есть и еще одна проблема - очень часто того или иного ресурса не хватает для удовлетворения даже фундаментальной потребности всех тех, кто в нем нуждается. Так бывает, например, с очень дорогостоящим либо совершенно новым, уникальным медицинским оборудованием. И здесь приходится обращаться к каким-то другим критериям распределения.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И БИОЭТИКА

Таким критерием может быть *наличие определенных достоинств или отличий*, дающих известные преимущества. В простейшем случае таким преимуществом может быть, скажем, то, что данный пациент, ожидающий, когда ему будет пересажен донорский орган, оказывается первым в очереди. Или другие примеры: мы сочтем справедливым, если на конкурсные места в вуз будут зачислены те, кто получил наивысшие баллы на вступительных испытаниях. Во многих случаях, однако, определить те качества претендентов, которые позволяют считать их *наиболее достойными*, бывает затруднительно. Действительно, если, скажем, хирургу надо выбирать, кому делать срочную операцию - маленькому ребенку либо знаменитому артисту, то выбрать в этой ситуации достойного будет очень непросто.

Известно, что во время Второй мировой войны, когда только появился пенициллин, который был дефицитен, в американской армии его давали не тем, кто был ранен в бою, а тем, кто заразился сифилисом. Как бы ни казался предосудительным такой подход с моральной точки зрения, он, однако, имел свое обоснование – заразившихся сифилисом (в отличие от раненых) благодаря такому лечению можно было быстро вернуть в действующую армию.

Необходимо признать, что нет абсолютного критерия справедливости, пригодного на все случаи жизни. В то же время каждый из них имеет свою область, в которой он выглядит наиболее обоснованным. Применение любого из этих критериев, как и их комбинаций, не исключает ситуаций, когда приходится делать выбор между двумя или более пациентами, равно удовлетворяющими критерию.