**Содержание**

1.Исторические модели моральной медицине 2

2.Модели этической медицины в современном обществе 4

3.Создание этических комитетов 17

Литература 20

**1. Исторические модели моральной медицины.**

Для того, чтобы понять, какие морально-этические и ценностно-правовые принципы лежат в основе современной биомедицинской этики и ставят во главу угла в этических комитетах следует хотя бы кратко охарактеризовать их развитие в различные исторические эпохи.

Модель Гиппократа («не навреди»).

Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460-377гг. до н.э.), лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом.

Несмотря на то, что с тех пор прошли многие века, «Клятва» не потеряла своей актуальности, более того, она стала эталоном построения многих этические документов. Например, Клятва российского врача, утвержденная 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994, содержит близкие по духу и даже по формулировке принципы.

Модель Парацельса («делай добро»)

Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие pater (лат. - отец) в христианстве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).

В основе данной модели лежит принцип «соблюдения долга» (deontos по-гречески означает «должное»). Она базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого чревато дисциплинарными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.

Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»).

Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне. Некоторые проблемы, стоящие перед современным обществом, были упомянуты в самом начале данной работы. Поэтому как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

**2.Модели моральной медицины в современном обществе.**

Будем считать рассмотренные в предыдущем разделе исторические модели «идеальными» и рассмотрим более реальные модели, включающие в себя некоторые правовые аспекты описываемых отношений.

Большая часть проблем возникает в медицинской практике там, где ни состояние больного, ни назначаемые ему процедуры сами по себе их не порождают. В повседневных контактах с пациентами преимущественно не возникает неординарных моральном плане ситуаций.

Наиважнейшая проблема современной медицинской этики состоит в том, что охрана здоровья должна быть правом человека, а не привилегией для ограниченного круга лиц, которые в состоянии себе ее позволить. Сегодня, как впрочем, и ранее, медицина не идет по этому пути. Однако эта норма, как моральное требование, завоевывает все большее признание. В осуществление этого изменения внесли вклад две революции: биологическая и социальная. Благодаря социальной революции, охрана здоровья стала правом каждого человека. Индивиды должны рассматриваться как равные в том, что связано с их человеческими качествами - достоинством, свободой, индивидуальностью. Учитывая право человека на охрану здоровья, исторически сложившиеся модели моральных отношений «врач-пациент» и состояние современного общества можно сформулировать следующие четыре синтетические модели отношений между врачом и пациентом.

Модель «технического» типа.

Одно из следствий биологической революции - возникновение врача-ученого. Научная традиция предписывает ученому «быть беспристрастным». Он должен опираться на факты, избегая ценностных суждений.

Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов, когда за испытуемым не признавалось ни каких прав (опыты, проводимые над заключенными концентрационных лагерей), человечество осознало опасность подобной позиции. Ученый не может быть выше общечеловеческих ценностей. Врач в процессе принятия решения не может избежать суждений морального и иного ценностного характера.

Модель сакрального типа.

Противоположной к описанной выше модели является патерналистская модель отношений «врач-пациент». Социолог медицины Роберт Н. Вилсон характеризует эту модель как сакральную.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». В классической литературе по медицинской социологии в отношениях между врачом и пациентом всегда употребляются образы родителя и ребенка.

Однако, патернализм в сфере ценностей лишает пациента возможности принимать решения, перекладывая ее на врача. Следовательно, для сбалансированной этической системы необходимо расширить круг моральных норм, которых должен придерживаться медик.

1. Приносить пользу и не наносить вреда. Ни один человек не может снять моральную обязанность приносить пользу и при этом полностью избежать нанесения вреда. Этот принцип существует в широком контексте и составляет только один элемент всего множества моральных обязанностей.
2. Защита личной свободы. Фундаментальной ценностью любого общества является личная свобода. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред. Мнение какой-либо группы людей не может служить авторитетом при решении вопроса о том, что приносит пользу, а что наносит вред.
3. Охрана человеческого достоинства. Равенство всех людей по их моральным качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами. Личная свобода выбора, контроль над своим телом и собственной жизнью содействует реализации человеческого достоинства - это этика, развиваемая по ту сторону идей Б. Ф. Скиннера.
4. «Говорить правду и исполнять обещания». Моральные обязанности - говорить правду и исполнять обещания - столь же здравые, сколь и традиционные. Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия могут быть сведены до минимума ради того, чтобы соблюсти принцип «не навреди».
5. «Соблюдай справедливость и восстанавливай ее». То, что называют социальной революцией, усилило озабоченность общества равенством распределения основных медицинских услуг. Иными словами: если охрана здоровья - право, то это право - для всех.

Отрицательной чертой данной модели является то, что соблюдение всех указанных выше принципов возложено исключительно на врача, что требует от него высочайших моральных качеств. К сожалению, сейчас подобный подход при оказании медицинских услуг труднореализуем вследствие высокого уровня дискриминации по различным признакам (расовому, материальному, половому и пр.).

Модель коллегиального типа.

Пытаясь более адекватно определить отношение «врач - пациент», сохранив фундаментальные ценности и обязанности, некоторые этики говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели - к ликвидации болезни и защите здоровья пациента.

Именно в этой модели взаимное доверие играет решающую роль. Признаки сообщества, движимого общими интересами, возникли в движении в защиту здоровья в бесплатных клиниках, однако, этнические, классовые, экономические и ценностные различия между людьми делают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, труднореализуемым.

Модель контрактного типа.

Модель социальных отношений, которая более всего соответствует реальным условиям, а также принципам описанной выше «биоэтической» исторической модели, - это модель, основанная на контракте или соглашении. В понятие контракта не следует вкладывать юридического смысла. Его следует трактовать скорее символически как традиционный религиозный или брачный обет, который подразумевает соблюдение принципов свободы, личного достоинства, честности, исполнение обещаний и справедливости. Данная модель позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели «технического» типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа. Она позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на «контракте», врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управления своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается вовсе.

В модели контрактного типа у пациента есть законные основания верить, что исходная система ценностей, используемая при принятии медицинских решений, базируется на системе ценностей самого пациента, а множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными идеалами больного.

Кроме того, модель контрактного типа подразумевает морально чистоплотность и пациента, и врача. Решения принимаются медицинскими работниками на основе доверия. Если доверие утрачивается, то контракт расторгается.

Принцип информированного согласия.

«Опекунская» модель отношений между людьми теряет свои позиции в общественной жизни. Взяв старт в политике, идея партнерства проникла в самые сокровенные уголки жизни человека.

Не осталась в стороне и медицина. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым.

Центром движения за права пациентов явилась больница, символизирующая всю современную медицину с ее разветвленностью, насыщенной разнообразной аппаратурой и - повышенной уязвимостью пациента.

Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах пациентов в конце 1972 г. Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для информированного согласия.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

1. о характере и целях предлагаемого ему лечения;
2. о связанном с ним существенном риске;
3. о возможных альтернативах данному виду лечения.

С этой точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, даже если этой целью является здоровье.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапность материализации. В некоторых штатах Америки законодательные акты содержат перечни риска, о котором врач должен информировать пациента. Но одновременно с этим встает вопрос: Как и в каком объеме информировать пациента? В последнее время большое внимание получает «субъективный стандарт» информирования, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспосабливали информацию к конкретным интересам отдельного пациента.

С точки зрения этики, «субъективный стандарт» является наиболее приемлемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений.

В начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. В последние годы ученых и практиков больше интересуют проблемы понимания пациентом полученной информации, а также достижение согласия по поводу лечения.

Добровольное согласие - принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения пациентом. В связи с этим можно говорить о расширении сферы применения морали, моральных оценок и требований по отношению к медицинской практике. Правда, пусть жестокая, сегодня получает приоритет в медицине. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими пациентами.

Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения. Выделяются три основных стандарта определения компетентности:

1. способность принять решение, основанное на рациональных мотивах;
2. способность прийти в результате решения к разумным целям;
3. способность принимать решения вообще.

Таким образом, основополагающим и самым главным элементом компетентности является следующий: лицо компетентно, если и только если это лицо может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах. Именно поэтому проблема компетентности особенно актуальна для психиатрии.

Существует две основные модели информированного согласия - событийная и процессуальная.

В событийной модели принятие решения означает событие в определенный момент времени. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществах. Взвесив полученную информацию, пациент обдумывает ситуацию, и затем делает приемлемый с медицинской точки зрения выбор, который в наибольшей степени соответствует его личным ценностям.

Напротив, процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения - длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят:

1. установление отношений;
2. определение проблемы;
3. постановка целей лечения;
4. выбор терапевтического плана;
5. завершение лечения.

В этой модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели.

В целом поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины - защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и ущемлением свободы его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага.

Главная цель современной медицины - благополучие пациента, и восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов.

Уважение автономии индивида является одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно.

Таким образом, сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением

Эвтаназия

Термин «Эвтаназия» происходит от греческих слов eu- «хорошо», и thanatos – «смерть», означая буквально «добрая», «хорошая» смерть. В современном понимании, данный термин означает сознательное действие или отказ от действий, приводящие к скорой и безболезненной (не всегда) смерти безнадежно больного человека, с целью прекращения некупируемой боли и страданий.

На практике применяется достаточно четкая классификация эвтаназии.

1. Medical decision concerning end of life (MDEL), или «медицинское решение о конце жизни». MDEL можно разделить на две большие категории:
   1. Собственно эвтаназия - случаи активного участия врача в смерти пациента. Это, собственно, производимое врачом убийство больного с информированного согласия (см. выше) последнего;
   2. Ассистируемый врачом суицид (Phisician assisted sucide - PAS), когда врач приготовляет смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.
2. Случаи, когда роль врача сводится к согласованному с пациентом отказу от назначений, позволяющих продлить жизнь больного, или же к осуществлению мер и/или увеличению доз облегчающего страдания лекарства (например, обезболивающего или снотворного), в результате чего жизнь больного сокращается. В основном - это прием опиоидных анальгетиков. Также, к данной группе следует отнести сознательное информирование безнадежно больного о смертельной дозе принимаемого им препарата.

В настоящее время в обществе имеется две противоположных подхода к проблеме эвтаназии: либеральный и консервативный. Сторонники каждого подхода приводят свои аргументы в пользу эвтаназии.

Сторонники эвтаназии, хотя бы в форме прекращения лечения, считают ее допустимой по нескольким соображениям:

* Медицинским - смерть, как последнее средство прекратить страдания больного.
* Заботы больного о близких - «не хочу их обременять собой».
* Эгоистическим мотивам больного - «хочу умереть достойно».
* Биологическим – необходимость уничтожение неполноценных людей из-за угрозы вырождения человека, как биологического вида, вследствие накопление патологических генов в популяции.
* Принцип целесообразности – прекращение длительных и безрезультатных мероприятий по поддержанию жизни безнадежных больных, чтобы использовать аппаратуру для реанимации вновь поступивших с меньшим объемом поражений.
* Экономические – лечение и поддержание жизни ряда неизлечимых больных требует применения дорогостоящих приборов и лекарств.

Последние три принципа уже широко использовались в фашистской Германии: государственная политика уничтожения «неполноценных», умерщвление тяжелораненых вследствие дефицита медикаментов и госпитальных ресурсов в конце войны.

Противники эвтаназии в любой форме приводят другие аргументы:

* Прежде всего, религиозные моральные установки - «не убий» и «любовь к ближнему ради Бога» (самоочищение и путь к Спасению через заботу о тяжело больных людях).
* Медицине известны редкие случаи самопроизвольного излечения рака, само развитие медицины суть борьба со смертью и страданием (изыскание новых средств и методов лечения).
* При активной социальной позиции общества возможна практически полная реабилитация инвалидов с любой степенью ограничения возможностей, позволяющая вернуть человека к жизни как личность.

В целом, наиболее активными и последовательными противниками эвтаназии являются представители духовенства. Так, они рассматривают любой вид эвтаназии как убийство пациента врачом (в случае активной эвтаназии), или как попустительство самоубийству пациента (пассивная эвтаназия), что и в том, и в другом случае есть преступление законов, положенных Богом.

Ниже приводятся два примера из реальной жизни: скандал вокруг деятельности доктора Джека Кеворкяна (США) и исследование действительных причин смерти мужчин-гомосексуалистов, больных СПИДом, в Голландии.

Трагическая история, произошедшая в США и получившая огромный общественный резонанс: за период с 1990 по 1997 гг. в результате суицида, ассистированного доктором Джеком Кеворкяном наступила смерть нескольких десятков пациентов, больных различными формами рака, болезнью Альцгеймера, синдромом хронической усталости и др. неизлечимыми на сегодняшний день заболеваниями. Джек Кеворкян разработал специальное приспособление для введения яда в организм пациента, оно приводилось в действие, когда пациент сам нажимал особую кнопку, приводящую механизм в действие. И это только те случаи, которые расследованию удалось связать с личностью Джека Кеворкяна.

Установлено, что в Нидерландах 2,1% всех смертей предшествовало так называемое медицинское решение о конце жизни. Эвтаназия и PAS разрешены там, в ограниченных законом случаях, однако, правомерность их применения все еще обсуждается.

Многие исследователи полагают, что частота эвтаназии и PAS у больных СПИДом должна превышать официальные 2,1%. Обращает на себя внимание, проведенный Bindels анализ данных 131 мужчины-гомосексуалиста, которым в период с 1992 по 1995 г. был поставлен диагноз СПИДа, и умерших до 1 января 1995г. Два описанных выше варианта MDEL сравнивали со случаями естественной смерти, к которым относили умерших без какого-либо медицинского вмешательства, что также могло укорачивать жизнь больного.

Мультивариантный анализ показал, что 29 (22%) человек умерли в результате эвтаназии/PAS и 17 (13%) - в результате других MDEL, т. е. одна треть (!) этих мужчин приняла предложенные им медицинские решения о конце жизни.

Существенные статистически значимые различия были обнаружены в возрасте больных на момент постановки диагноза: в группе “эвтаназия/PAS” 72% пациентов были в возрасте 40 лет и старше, тогда как среди умерших естественной смертью таковых было только 38%. Это позволяет предполагать наличие относительного риска применения эвтаназии или ассистируемого суицида.

Возможным объяснением большей частоты MDEL в этой когорте следует считать осведомленность пациентов о течении СПИДа и неэффективности современных методов его лечения.

Приведенные выше факты говорят о готовности ряда врачей оказать содействие в ускорении наступления смерти и готовности некоторых категорий больных принять предложение врача об эвтаназии, что должно заставить общество серьезно задуматься о реальной угрозе того, что в скором будущем оно рискует обратиться к моральной модели, описываемой Ф. Ницше: «…Больной – паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить…».

Аборты, ЭКО и контрацепция.

Отношение к проблеме медицинского аборта неоднозначно со времен античности до наших дней. В «Клятве» Гиппократа (V в. до н.э.) четко сформулировано: «…Я не вручу никакой женщине абортивного пессария…». Напротив, Аристотель в «Политике» пишет, что если «…должен родится ребенок сверх положенного числа, то следует прибегнуть к аборту, прежде, чем у зародыша появится чувствительность к жизни…». В «Клятве российского врача» и «Этическом кодексе российского врача», принятых на 4-й конференции Ассоциации врачей России в 1994г. отношение к искусственному прерыванию беременности никак не отражено.

Следует также отметить и юридический аспект данной проблемы. Сама операция искусственного прерывания беременности прошла путь от полного запрещения под страхом смертной казни до полной легализации в наши дни, как права женщины распоряжаться функцией собственного тела.

Революционным достижениями XX века является возможность контрацепции и искусственного оплодотворения. Контрацепция длительное время отвергалась христианством, которое признавало единственной формой предупреждения зачатия воздержание в браке. Это сформировало воззрения врачей, продержавшиеся до начала ХХ века, и только в конце нашего столетия врачебным сословием была принята официальная политика медицинской помощи по контрацепции. ЭКО была неоднозначно встречено духовенством, так как данная процедура, с одной стороны, вмешивается в сам процесс зарождения жизни, а с другой – все-таки позволяет иметь желанного ребенка в бесплодном браке. Нельзя не отметить, что христианские ученые даже самых либеральных взглядов признают только оплодотворение спермой мужа, так как, по их мнению, донорство в подобной ситуации угрожает разрушить сам институт семьи, освященный Богом.

Аборт и ЭКО тесно связаны со статусом эмбриона, со сроком, с которого следует считать его живым существом. В первом случае уничтожается всякий эмбрион, во втором уничтожаются «эмбрионы-дублеры».

С точки зрения католицизма со времен Ф. Аквинского «одушевление» происходит на 40-й после зачатия у мужчин и на 80-й день - у женщин. Врачи длительное время считали плод живым со времени его первого шевеления, регистрации сердцебиения. Несколько в стороне стоит вопрос жизнеспособности (способности выжить вне организма матери), связанный с формированием легочной системы (не ранее 20 недель от зачатия).

С точки зрения современной биологии и эмбриологии человек как биологический индивидуум формируется сразу после слияния родительских половых клеток, когда образуется неповторимый набор генов.

Таким образом, врач должен решить для себя вопрос «когда считать эмбрион человеком?», что бы произвести аборт или уничтожение «запасного» эмбриона, не нарушив заповеди «не убий».

Терапия фетальными тканями

Терапия фетальными тканями представляет собой введение в лечебных целях тканей, взятых от плода, извлеченного в результате операции прерывания беременности на поздних сроках (аборты по социальным и медицинским показаниям). Вопрос об этичности подобных процедур следует рассматривать в контексте допустимости абортов вообще.

Таковы лишь некоторые примеры проблемы медицинской этики и деонтологии и их не всегда бесспорного, а нередко архи­сложного, решения. Для облегчения положения издавна состав­ляются сводки правил поведения медиков, кодексы по медицин­ской этике и деонтологии. Следование им считается обяза­тельным для врачей, других медиков и их корпораций. По су­ществу уже «Клятва Гиппократа» может считаться сводом правил поведения врача, т. е. своего рода кодексом по медицинской этике и деонтологии и такие «клятвы», обещания и т. д. при­менялись в разных странах, как мы отмечали, давно. Со време­ни создания ООН и принятия Всеобщей декларации о правах че­ловека (1948) стали более активно и системно разрабатываться международные медицинские этические кодексы. Среди них Же­невская декларация (1948), Десять нюрнбергских правил (1947), Хельсинско-Токийская декларация (1964, 1975) и ряд последующих дополнений, пересмотров этих и других докумен­тов. Своего рода роль координатора такого рода кодексов взя­ла на себя Международная (Всемирная) медицинская ассоциация. Она со своей стороны предложила одобренный ею на III Гене­ральной ассамблее (Лондон, 1949) текст Международного ко­декса медицинской этики, включивший в себя ряд положений Женевской декларации и др. В Женевской декларации, например, говорится, что врач торжественно обещает «посвятить свою жизнь служению человечеству», он не позволит «чтобы религия, национализм, расизм, политика или социальное положение ока­зывали влияние на выполнение долга»,(2,стр.23) «даже под угрозой» он не использует свои знания в области медицины «в противовес законов человечности». В Международном кодексе осуждается самореклама, завышение платы за медицинские услуги.

Международный кодекс стал своего рода эталоном для после­дующих национальных кодексов, в том числе кодекса самой большой корпоративной организации США - Американской меди­цинской ассоциации (АМА), Индийской медицинской ассоциации, медицинских этических кодексов Англии, Германии, Франции и др. Вполне понятно, что основное внимание в кодексах посвя­щено регулированию отношений врачей и пациентов с позиций этических проблем частной практики, условий оплаты за лече­ние, поведения врача в условиях господства частнопредпри­нимательских принципов, хотя многие положения такого рода кодексов содержат гуманные и заслуживающие внимания, прежде всего с профессиональной точки зрения, положения и требо­вания. Так, в кодексе Индийской медицинской ассоциации осуж­дается, не допускается самореклама врачей через органы об­щественной информации, запрещается продажа лекарств собст­венного изготовления, не рекомендуются большие (более 60 х 90 см) вывески с указанием имени врача и его заслуг; запрещается публикация профессиональных сведений в общей печати, подборок хвалебных заметок и благодарственных писем больных; признается дурным тоном обсуждать недостатки и не­совершенство медицинских служб в непрофессиональной среде и т. Д. Целый набор медико-деонтологических правил содержит Кодекс АМА - «Принципы медицинской этики», начиная с раздела I, в котором говорится: «Основной целью медицинской профес­сии является служение человечеству при полном уважении достоинства человека. Врач обязан заслужить доверие больных заинтересованностью в их излечении, преданностью им и ис­пользованием в каждом конкретном случае всех зависящих от него мер»(2,стр.43) Но и здесь большое внимание отводится правилам регулирования отношений врача и пациента в связи с вознаг­раждением труда медиков и защитой корпоративных интересов членов АМА.

**3.Создание биоэтических комитетов.**

Начиная с 60-х годов, гуманистические проблемы медицины неоднократно становились предметом об­суждения на крупнейших международных форумах. В качестве примеров укажем ниже на некоторые международные события этого ряда. Когда в 1968 г. Генеральная Ассамблея ООН пришла к решению про­вести исследование некоторых проблем, касающихся прав человека, в обращении к Генеральному секре­тарю ООН в § 1 пункта «б» была указана проблема:

«Защита прав человеческой личности и ее физической и интеллектуальной целостности в свете достижений биологии и медицины». В 1975 г. Исполкому ВОЗ было представлено исследование: «Проблемы здраво­охранения и права человека». Много внимания уде­ляет вопросам этического контроля медико-биологи­ческих исследований с участием человека Совет меж­дународных медицинских научных организаций (СММНО), созданный по инициативе ЮНЕСКО и ВОЗ. Это — федерация неправительственных орга­низаций, занимающихся развитием медицинской науки. Важной формой деятельности СММНО яв­ляется организация Конференций за круглым столом, посвященных актуальным проблемам современной медицины. «В 1976 г. СММНО назначил постоянный Консультативный комитет по биоэтике. В этот комитет входят некоторые члены Глобального консульта­тивного комитета ВОЗ по медицинским исследова­ниям». По инициативе и при поддержке ВОЗ Совет международных медицинских организаций провел в 1978 г. Конференцию за круглым столом по про­блемам охраны прав человека в связи с медицински­ми экспериментами. В 1981 г. Исполнительным коми­тетом СММНО и 15-й Конференцией круглого стола СММНО был утвержден Проект международных рекомендаций для проведения медико-биологических исследований с участием людей. Причем, многие меж­дународные документы, посвященные этике медицин­ских экспериментов на человеке, вновь и вновь обра­щаются к оправданию проведения таких эксперимен­тов.

Позиция подлинного гуманизма противоречива в истинно диалектическом смысле. Медико-биологи­ческие исследования на людях допустимы при усло­вии соблюдения принципов и норм медицинской этики. Во-первых, этический контроль отвечает интересам **лиц,** являющихся объектом изучения, если такого **контроля** нет, то ученых могут обвинить в высоко­мерном пренебрежении правами человека. Во-вторых, этический контроль обеспечивает охрану интересов научных работников, ибо любой работник, ведущий такое исследование без контроля со стороны своих коллег, должен быть готов выслушать обвинения, которых можно избежать при условии предваритель­ного получения санкции на осуществление исследо­вания. В-третьих, как считают заместитель Генераль­ного директора ВОЗ и президент СММНО, этический контроль отве­чает интересам учреждения, финансирующего кли­нические исследования, например, таких организа­ций, как ВОЗ и ООН. В-четвертых, этический кон­троль имеет важное значение для охраны интересов страны. Участники Конференции за круглым столом, проведенной СММНО в 1998 г., о которой упомина­лось выше, подчеркивали, что при планировании и проведении в жизнь исследовательских проектов в развивающихся странах должны учитываться соци­альные и культурные факторы, а в любых исследо­ваниях, проводимых иностранными учреждениями, должны принимать участие местные кадры.

В зарубежной литературе создание комитетов по биоэтике предусмотренное Хельсинкско-Токийскои декларацией, нередко характеризуется как «важнейшее

нововведение», как создание действенного механизма этического контроля проводимых медико-биологи­ческих исследований на людях. Это Центральный Комитет, создаваемый на правительственном уровне.

Вопросы, о которых говорилось выше, являющиеся в настоящее время актуальным и требующий своего разрешения в практической плоскости - это повсеместное создание Комитетов по этике на местном уровне.Нельзя не учитывать накопленный мировой опыт, но делать это надо применительно к своеобразию своей страны. Законодательно лишь о возможности создания "Комитетов (комиссий) по этики в области охраны здоровья граждан", тогда как вопросы организации, функционирования и общественной востребованности в настоящее время должно явиться заботой общественных и

профессиональных организации. В связи с этим необходимо решение следующих вопросов:

- разработка всех регламентирующих документов деятельности этических комитетов на всех уровнях;

- широкий обмен опытом по их созданию и деятельности:

- широкая пропаганда их деятельности в литературе и в средствах массовой информации;

- принятие Обращения Национального комитета по биоэтике РАН, РАМН к научным изданиям с просьбой при опубликовании материалов обращать внимание на заключение этических комитетов

разработка и распространение методических рекомендий научных работников- соискателей на рекомендацию этического комитета;

- разработка Положения и других законопроекта деятельности Комитетов по этике научных исследований, совместная работа с комитетами Государственной Думы по их принятию.

Третье – вопросы широкой пропаганды среди граждан правовых, этически медицинских знаний. Только при этом условии будет реализовываться основополагающий принцип автономии личности, правило информированного согласия, что в свою очередь будет действии способствовать выработке решений для множества актуальных проблем. При этом кажутся важными такие моменты:

* при принятии решений не меньшую, а порой и решающую роль, играют не только законодательные акты, но и внутренние убеждения людей;
* обсуждение проблемы не должно замыкаться в научной сфере, а должно быть вынесено на суд общественности;
* при распространении знаний необходимо использовать самые новейшие технологии;
* чем более будут распространены биоэтические знания, тем более они будут способствовать формированию общественного мнения;

Большее информирование будет способствовать уменьшению правового нигилизма, который, к сожалению, свойственен нашему обществу.(4,стр.54).

Федеральный комитет по биоэтике и его территориальные подразделения призваны также бдеть за деятельностью медиков и соблюдением ими профессиональных стандартов - Министерства здравоохранения и органов лицензирования и сертификации и других для этого, надо думать, недостаточно.

Вывод очевиден: Федеральный комитет по биоэтике становится не только квазисудебным органом, но и рупором текущих политических предпочтений, жупелом для медицинской науки и практики и... произвольным ограничителем прав и свобод.

**Список литературы**

1. Силуянова И. В., Современная медицина и православие.- М., Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры», 1998г.

2 . Медицинская этика и деонтология. -М.,1983

3.Деонтология в медицине.- М.,1988

4.Медицина и право.- М.,1999