**Идея справедливости в здравоохранении и медицине**

      Нравственная идея справедливости - одна их основных идей, регулирующих человеческие отношения. Дж.Роулс, современный исследователь проблемы справедливости, полагает, что справедливость - "первая добродетель социального института". Эта оценка традиционна для культуры. Еще Платон в диалоге "Политик", рассуждая о социальной жизни, именно в идее справедливости видел одно из оснований ее благоустройства.   
      Аристотель в "Большой этике" выделял два рода справедливого. Во-первых, "справедливое - это то, что велит делать закон". Во-вторых, "справедливое по отношению к другому есть, собственно говоря, равенство" [[1](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#1ik)] .   
      Идея справедливости во всех перечисленных смыслах имеет непреходящее значение для медицинской практики. С одной стороны, она непосредственно связана с системой государственно-правовых гарантий в области охраны здоровья граждан, с идеей права человека на жизнь, а с другой - является основанием нравственной культуры врача, милосердия и гуманного отношения к больному, независимо от его экономического положения и социального статуса.

**1. Идея справедливости и формы организации здравоохранения**

      Вопрос о том, как должна быть организована охрана здоровья граждан в стране, относится не только к компетенции медицинского сообщества. Решение этого вопроса связано с рядом объективных факторов, определяющих в значительной степени и позицию самого медицинского сообщества. К ним относятся и форма государственного правления, и исторические особенности, морально-мировоззренческие традиции общества или страны, уровень ее экономического развития и т.п.   
      В современной культуре сосуществуют такие формы организации медицинской помощи, как платная (частная) медицина, добровольное (частное, коммерческое) медицинское страхование, обязательное (всеобщее) медицинское страхование и национально-государственная система здравоохранения. В наши задачи не входит детальный анализ принципов их работы, сравнение их эффективности и результативности. Это проблема специалистов - организаторов здравоохранения. В поле нашего внимания - нравственная идея справедливости, ее различные смыслы и их регулятивная связь с процессами в современном здравоохранении.   
      Одним из современных критериев оценки благополучия общества (или государства) является то, в состоянии ли оно и каким образом обеспечиваеть охрану здоровья своим гражданам. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения, и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения.   
      История XX века свидетельствует, что устойчивой тенденцией является вытеснение платной медицины системами обязательного медицинского страхования и национально-государственного здравоохранения, обнаруживая, что нравственная идея справедливости, проникнув в область здравоохранения, преобразует ее. Так например, переход от страховой медицины к национальным системам здравоохранения происходит в Италии, Португалии, переход к обязательному (всеобщему, национальному) медицинскому страхованию от добровольного (частного, коммерческого) страхования происходит в США, Южной Корее, на Кипре, в Израиле, в Нидерландах. В 1985 году в Испании было принято решение о почти 100% охвате населения медицинской помощью против 85% имеющегося. Другие страны - Великобритания, Германия, Франция, Бельгия, страны северной Европы - сохраняют действующие у них системы национально-государственного здравоохранения и обязательного медицинского страхования, внося определенные изменения. Для развивающихся стран более характерна ориентация на всеобщее обязательное медицинское страхование на основе государственного управления.   
      Однако эти процессы не должны заслонять собой всю неоднозначность и сложность решения проблемы справедливости в здравоохранении.

**2. Справедливость как неравенство и частная медицина**

      Исторически первой формой организации медицинской помощи была система платной (частной) медицины, в режиме которой медицинская помощь является привилегией тех слоев общества, которые в состоянии оплатить медицинские услуги. Такая форма находится в соответствии в пониманием справедливости как воздаяния "лучшим" "лучшего".   
      Уже в античной цивилизации было очевидно, что "всякая власть издает законы сообразно с ее пользой и объявляет их справедливыми" [[1](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#1ik)]. Объективное основание такой справедливости усматривалось в согласии с природой. В платоновском "Горгии" софист Калликл говорит: "Сама природа... провозглашает, что это справедливо - когда лучший выше худшего, и сильный выше слабого. Что это так, видно во всем и повсюду и у животных, и у людей, - если взглянуть на города и народы в целом, - видно, что признак справедливости таков: сильный повелевает слабым и стоит выше слабого" [[2](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#2ik)].   
      Такое понимание справедливости было близко и древним восточным культурам. Интересно, что слово "справедливость" отсутствовало в санскрите, в древних китайских и корейских языках. А в Новое время в восточных этических системах понятие справедливость лишено смысла социального равенства и понимается не как способ уравнять шансы членов общества, а как "воздаяние должного". Современный индийский философ Дая Кришна считает ошибочным убеждение в том, что равенство достигается сведением к минимуму неравенства людей. Более того, по его мнению, "сама попытка устранения неравенства обречена на провал, не только потому, что многообразие является самой природой реальности, но и потому, что такая попытка сопряжена с насильственным уравниванием неравных, а это влечет за собой неравенство между теми, кто принуждает, и теми, кого принуждают" [[3](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#3ik)].   
      Оправдание справедливости как неравенства достаточно распространено. Оно сохраняет свое влияние и в современной медицине и используется для обоснования моральной приемлемости платной (частной) медицины. Современной разновидностью такой интерпретации проблемы справедливости является либертарианское направление (Роберт Ноцик), согласно которому "налогообложение, которое перераспределяет доходы в пользу социальных неудачников, является разновидностью воровства", а государственные программы всеобщего здравоохранения являются разновидностью социальной несправедливости, так как предполагают насильственное перераспределение честно заработанной собственности, от которого выигрывает главным образом государственная бюрократия. Это рыночно-ориентированное понимание справедливости отрицает какое-либо специальное право на здравоохранение и полагает, что государство, берущее на себя функцию перераспределения доходов в пользу тех, кто не может оплатить медицинские услуги, нарушает базовое цивилизационное право собственности и личной свободы. Такое понимание справедливости весьма укоренено в США. Духовно-практическим основанием этой укорененности является этика прагматизма и утилитаризма, которая уже более 100 лет формирует "менталитет" американской культуры. "Живой авторитет" современного прагматизма Р. Рорти утверждает: "Мы должны избавиться от понятия универсальных моральных обязательств" [[4](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#4ik)].   
      Согласно утилитаризму, говоря о справедливости, не следует исходить из первичности ее теоретического определения. Все решает действие, практика и ее результат, либо умножающий пользу, либо нет, Нельзя судить о справедливости или несправедливости равенства или неравенства как таковых. Можно констатировать возрастание благополучия и на этом основании определять справедливость. Судить хороша или плоха система здравоохранения мы можем только на основе оценки ее эффективности, которая проявляется в параметрах заболеваемости, смертности, продолжительности жизни, а не в теоретической противоречивости понимания справедливости как неравенства. Согласно же статистике, в конце 70-х годов население большинства экономически развитых стран, включая США, было удовлетворено уровнем оказания медицинской помощи.   
      Тем не менее не секрет, что в последние годы в этой стране проблема справедливости в здравоохранении ставится с особой остротой и в настоящее время оценивается американскими специалистами в качестве основной проблемы американской биоэтики. Отвечая на вопрос, чем определяется эта острота, нельзя не вспомнить известный диалектический принцип: "Равенство существует лишь в рамках противоположности к неравенству, справедливость - лишь в рамках противоположности к несправедливости" [[5](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#5ik)].   
      Можно предположить, что роль проблемы справедливости в американской биоэтике определяется возрастающим осознанием различия между существующей в США системой и идеологией здравоохранения, с одной стороны, и основными тенденциями развития здравоохранения в мире, с другой. Эти тенденции соответствуют все более укрепляющемуся в мировом сообществе пониманию того, что нельзя считать справедливой систему здравоохранения, если она не обеспечивает доступной медицинской помощью всех, кто в ней нуждается.   
      Действительно, известно, что система частного (коммерческого) страхования делает недоступной медицинскую помощь для 37 миллионов американцев, которые не могут купить страховой полис по причине его высокой стоимости. Еще 20 миллионов человек имеют ограниченное страхование (только на госпитализацию). Число незастрахованных в 80-х годах возросло на 20% по сравнению с 70-ми годами. Среди незастрахованных много молодежи. В 1987 году около половины - лица моложе 25 лет, более 28% - лица моложе 18 лет. Согласно данным из заключительного доклада двухпартийной комиссии Конгресса США о состоянии страховой медицины, опубликованного в сентябре 1990 года, большинство незастрахованных прямо или частично заняты в производстве. Три четверти незастрахованных составляют работающие и члены их семей.   
      Незастрахованных рабочих имеют фирмы всех размеров, но этот недостаток характерен особенно для малых фирм. В 1987 году почти третья часть работающих на малых предприятиях (численностью менее 25 человек) не были застрахованы.   
      Учитывая высокую занятость населения на работе в малых фирмах (33,4 млн. человек), проблемы страхования этой группы работающих составляют предмет озабоченности общества" [[6](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#6ik)].   
      Программа государственного страхования Медикер, пытаясь обеспечить медицинской помощью миллионы пожилых людей, покрывает лишь 40% их затрат, резко ограничивая возможность и своевременность ее получения. Обеспечение страхования здоровья бедных в масштабе всей страны составляет содержание программы Медикейд, осуществляемой на средства как государства, так и штатов. Но она может обеспечить лишь часть бедных слоев населения Америки. В 1987 году программа оказывала помощь лишь 44% тех, чьи доходы ниже черты бедности. Даже среди очень бедных (семейный бюджет которых ниже 25% уровня бедности) каждый четвертый не получал медицинской помощи ни от Медикейд, ни от какой-либо другой программы.   
      Оценивая эту ситуацию как несправедливую, некоторые исследователи (например, Норман Даниэль), основываются на теории справедливости Джона Роулса, ставшей в последние годы весьма популярной в США. Согласно Роулсу, справедливость, т.е. согласование притязаний и конкурирующих интересов членов общества, может быть достигнута при последовательном соблюдении трех принципов: принципа равной свободы каждой личности, принципа равных возможностей и принципа различия (дифференциации).   
      Принципы равной свободы и равенства возможностей допускают справедливость неравенства в доступности и качестве медицинских услуг, что является естественным следствием честной конкуренции равносвободных и обладающих равными возможностями граждан. Принцип различия лежит в основе обоснования равенства в праве получения доли ресурсов общества, в нашем случае, праве каждого на минимум медицинской помощи для каждого человека.   
      Необходимость сбалансировать различные интересы и притязания граждан требует *выверить* эгоизм властвующей элиты, создающей законы, которые, как было известно уже Платону, "имеют целью пользу уже установившегося правления". Средствами этой выверки становятся беспристрастность и честность "позиции первоначального состояния". Выйти на уровень этой позиции, с точки зрения Роулса, может помочь специальная процедура - проведение интеллектуального эксперимента последовательного освобождения себя от занимаемой должности, материального положения, и т.п. до "естественного состояния равенства". Эта своеобразная социальная редукция приводит к состоянию признания принципа максимизации минимума благ, которые должны получать все граждане. К этим благам, с точки зрения Н.Даниэля, относится и здравоохранение, так как оно обеспечивает условия равных возможностей, и, следовательно, гарантирует реализацию идеи справедливости в культуре.   
      Концепция Роулса отличается от утилитаризма тем, что определяющими в оценке конкретной ситуации становятся не практические основания, а рациональные принципы, имеющие ценность сами по себе. Их ценность заключается в том, что они могут быть поняты, оправданы и приняты любым рациональным существом. Метод социальной редукции, к которому прибегает Роулс, обнаруживает, что его позиция, исходящая в итоге из личных интересов индивида, находится в рамках традиции индивидуалистического морального сознания. Но уже в древности возникает и другое понимание справедливости, также сохраняющее работоспособность и в современной культуре.

**3. Справедливость как равенство в праве на милосердие и общественные системы здравоохранения**

      Со становлением христианской культуры связано формирование представления о справедливости как требования не только к индивиду (в том числе и как к субъекту власти), но и к общественным отношениям и обществу в целом.   
      Первичным основанием этой требовательности становится не интерес индивида и не закон как результат соглашения индивидов. Согласно св. Иустину Философу (II в,), "Бог установил то, что всегда и везде является справедливым". Он создал человека свободным и дал ему разум, чтобы избирать истину и поступать справедливо [[1](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#1ik)]. Такому пониманию справедливости соответствует этимологический состав этого слова в русском языке как сочетания приставки "со" и корня "правда", близкому по смыслу к понятию "закон" Именно эта смысловая линия порождает слова "праведный", "праведник", связывая "справедливое" с "правильным" не только в области нравственного, но и рационально-теоретического сознания вообще. Так понятие "закон" в христианской традиции оказывается связанным с нравственным содержанием.   
      Григорий Нисский писал: "Бог есть любовь и источник любви: Божественный Творец запечатлел эту черту и на нашем лице" [[2](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#2ik)]. Понятия "закон", "правда", наполненные человеколюбием и милосердием, превращают справедливость в то, что сообразно человеколюбию.   
      Одна из форм справедливости как милосердия осуществляется в организации помощи больным. Не случайно первая модель социального института здравоохранения как деятельного проявления справедливости была реализована в христианских монастырях. Первый лазарет в европейской истории основывает христианский епископ Нонн в 457 году в городе Эдессе. Характерно, что само понятие "лазарет" христианского происхождения. Оно непосредственно связано с евангельской притчей об исцелении Лазаря. В дальнейшем формируются монастыри, специально предназначенные для ухода за больными и нуждающимися. "Наряду с многочисленными орденами прежнего направления, в ХI-ХIII веках возникают ордена госпитальеров ("странноприимные"), рыцарские ордена и женские монастыри, посвящающие себя всецело уходу за ранеными и больными, т.е. делам милосердия" [[3](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#3ik)]. Это - орден госпитальеров св. Антония, основанный в 1095 году в Дофине рыцарем Гастоном, посвятивший себя заботам о больных; орден иерусалимских госпитальеров св. Иоанна, или иоаннитов, с деятельностью которых современные словари иностранных слов связывают происхождение слова "госпиталь"; понятие "сестры милосердия" связано с названием ордена "Сестры милосердия", основанного в 1633 году во Франции Винцентом де Полем.   
      Традиционно и в России монастыри были не только духовными, но и телесными лечебницами. Как свидетельствует Н.А. Богоявленский, "построенная еще при Сергии (Радонежском - И.С.) в XIV веке больница (в 71 км к северу от Москвы) впоследствии приобрела значение образца монастырского больничного уклада для всех монастырских больниц" [[4](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#4ik)]. Эти организации как деятельное и бескорыстное проявление справедливости и милосердия становятся "первообразцом" той модели здравоохранения, которая в дальнейшем получила название общественного здравоохранения (в таких его формах, как обязательное медицинское страхование, государственное или национальное здравоохранение).   
      Христианские лечебницы как "образцы" общественного здравоохранения в XI-XVII веках представляли собой попытки реализовать, воплотить нравственный идеал социальной справедливости как равенства в праве на милосердие, разительно отличаясь от существующей социальной действительности. "Но именно здесь, в этом противопоставлении идеала действительности, долженствования существующему и заключается способность морального сознания проникать сквозь завесу внешних явлений в сущностные определения человека как субъекта истории. Сколь бы ни был далек путь от формирования нравственного требования до формирования условий его практического осуществления, от постановки человеческой проблемы до ее реального решения, само это противостояние долженствования и действительности указывает путь прогрессивного движения истории, такого ее движения, которое является самоутверждением человека" [[5](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#5ik)].   
      "Путь прогрессивного движения истории" в значительной степени был определен христианской "моделью" общественного здравоохранения и вел от частной медицины к таким формам общественного здравоохранения, как обязательное медицинское страхование и государственное здравоохранение. При этом нельзя не отметить, что присоединение государственных структур к финансированию здравоохранения во многих странах происходило в результате длительной и упорной демократической борьбы. Отечественные исследователи истории медицинского страхования приходят к выводу, что принятие первых страховых законов по здравоохранению в Европе в конце XIX века было в первую очередь связано с возникновением и развитием рабочего, социалистического движения. Социальное страхование, и в том числе медицинское, "практически всегда следовало за возникновением профсоюзов и социалистических партий".

  "В начале 30-х годов XX века обязательное медицинское страхование имело место в большинстве развитых стран Европы", - заключают авторы [[6](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#6ik)].   
      Идея справедливости может выступать, такова уж ее особенность, не только как практический регулятор уже существующих, и далеких от совершенства, человеческих отношений, но и как предельная цель общественных устремлений. Например, в марксизме такое понимание справедливости было связано с "распределением предметов потребления" не "по **работе**", а "по **потребностям**". "Маркс, - писал Ленин, - показывает ход развития коммунистического общества, которое вынуждено сначала уничтожить только ту "несправедливость", что средства производства захвачены отдельными лицами, и которое не в состоянии сразу уничтожить и дальнейшую несправедливость, состоящую в распределении предметов потребления "по работе" (а не по потребностям)" [[7](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#7ik)]. Уникальной попыткой приблизить и реализовать идеал справедливости как распределения благ, в данном случае медицинской помощи, "по потребностям", а не "по труду", явилась система государственного (народного) здравоохранения в СССР. В феврале 1919 года было ликвидировано сосуществование двух параллельных систем здравоохранения - "рабочей страховой медицины", подчиненной Народному комиссариату труда, и "советской медицины", созданной на основе земской и городской медицины и подчиненной Народному комиссариату здравоохранения. В 1984 году специалисты характеризовали ее следующим образом: "Народное здравоохранение выполняет свои социальные функции охраны и укрепления здоровья трудящихся независимо от их социального происхождения, положения в обществе, национальности, места жительства и других факторов. Речь в данном случае идет о социальном равенстве и однородности в охране и укреплении здоровья всех граждан, обладающих равными правами и достоинствами". Известно, что в СССР охрана здоровья граждан осуществлялась "через общественные фонды", т.е. независимо от трудового вклада каждого. "В силу этого можно сказать, что в советском здравоохранении достигнуто социальное равенство возможностей всех членов общества, равенство, которое ориентировано на принцип коммунистического распределения по потребностям" [[8](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#8ik)].   
      Обеспечение бесплатной медицинской помощью всех граждан не было столь справедливым относительно объема медицинских услуг и их качества. Ведомственные "медсанчасти" отличались от районных, городских и сельских больниц. Среди элитных ведомственных клиник тоже была своя иерархия, которая строилась в соответствии с партийной и государственной иерархией бюрократии - чем выше положение в иерархии, тем выше качество медицинского обслуживания, тем полнее объем медицинской помощи. Благие намерения идеологии превратить и воплотить "коммунистический идеал" (должное) в норму (сущее) лишь обостряли противоречие между ними. "Временные трудности" социализма имели тенденцию превратиться во временные навсегда. Не случайно, что элитарное здравоохранение в конце 80-х годов стало для демократических сил одним из свидетельств несправедливости советской государственной системы.   
      28 июня 1991 года был принят Закон РФ "О медицинском страховании граждан в РСФСР". 2 апреля 1993 года вступил в силу Закон РФ "О внесении изменений и дополнений в Законе РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР", в соответствии с которым сегодня реализуется медицинское страхование в России. В первой статье 1 раздела дано определение медицинского страхования: "Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, представляемой за счет обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования". Помимо обязательного медицинского страхования, в России работает система дополнительного медицинского страхования, которая обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.   
      К основным причинам перехода от государственной (бюджетной) к бюджетно-страховой системе здравоохранения специалисты относят - "коренные изменения системы общественного хозяйства, утрату государством множества своих функций и возможностей, уменьшение внутреннего валового продукта, дефицит государственного бюджета, отказ от жесткого регулирования цен на товары и услуги" [[9](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#9ik)]. При этом некоторые из них полагают, что медицинское страхование увеличивает "вероятность того, что поляризация общества в этой сфере будет выше, чем при модели бюджетного здравоохранения" [[10](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#10ik)]. Переход от деклараций к поискам конкретных дополнительных источников финансирования здравоохранения неизбежно будет сопровождаться неравенством в уровне медицинской помощи для разных категорий населения.   
      Преодоление неравенства в уровне медицинской помощи - сложный и длительный процесс. В настоящее время, пожалуй, нет страны, которая была бы окончательно удовлетворена состоянием своего здравоохранения, финансированием научных исследований и оплатой труда, механизмами распределения ресурсов между отраслями здравоохранения, обеспечением доступности медицинской помощи. Неудивительно, что практически в каждой стране осуществляется коррекция системы здравоохранения, проводятся различные преобразования, реформы. Тем не менее в большинстве стран мира не вызывает сомнение одна из основных задач этих преобразований - справедливость и равенство для всех граждан в доступности медицинской помощи высокого качества.

**4. Врачевание как деятельное проявление справедливости**

      Суждение Гиппократа - "врач должен быть справедливым при всех обстоятельствах" - давно стало аксиоматичным в медицинской этике. История, с одной стороны, меняет обстоятельства, а с другой стороны, позволяет выявить среди них устойчивые и повторяющиеся. Одно их них - верность своему профессиональному долгу перед пациентом независимо от его экономического положения, пола, расы, социального положения, характера заболевания, религиозных и политических убеждений, личной к нему антипатии.   
      Постоянные призывы к врачу быть справедливым и гуманным по отношению к больному воспроизводят неменяющуюся реальность неравенства между здоровым и больным человеком. Основание этого неравенства предельно ясно удалось выразить Ф.Ницше: "Больной - паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозябание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер... должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении, - не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту.. высший интерес жизни... требуют беспощадного подавления и устранения вырождающейся жизни..." [[1](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#1ik)].   
      В этом суждении Ницше обостряет известный карамазовский вопрос "как можно любить своих ближних?" вопросом "как можно любить больных?" Ответ на этот вопрос приобретает особое значение в связи с распространенной и принятой многими медиками этической позицией: "Быть настоящим врачом - значит уметь любить больного" [[2](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#2ik)].   
      "Уметь любить больного" и, прежде всего, быть к нему справедливым, во-первых, может быть *дано* человеку, т.е. "имеет свой глубокий корень в нашей природе". Во-вторых, может быть *задано* человеку долгом, т.е. сформировано воспитанием, обучением, образованием, опытом профессиональной работы.   
      Рассмотрим эти две позиции.   
      О справедливости как естественном свойстве человеческой природы свидетельствует евангельская притча о Самарянине (Лк. 10, 25-37). Согласно этой притче, израненному человеку не пришли на помощь ни проходящий мимо священник, ни левит. Самарянин же сжалился, перевязал ему раны, позаботился о нем.   
      В святоотеческой литературе существует ряд толкований притчи о Самарянине. Как правило, под израненным человеком, пострадавшим от разбойников, поразумевается *человек вообще*, под священником и левитом - ветхий закон, который не в состоянии помочь человеку, а под именем Самарянина - Сам Христос Спаситель. [[3](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#3ik)] Именно в силу этого способность к справедливости и милосердию не чужда и естественна Его "образу и подобию" - человеку.   
      По мнению профессора общественного здравоохранения и медицины В.Мак-Дермота (Корнелльский университет, Нью-Йорк, США), врач - это самарянин, человек, готовый помочь другому в несчастьи [[4](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#4ik)]. Конечно, трактовка американского профессора ослабляет значение православных толкований. Но образ самарянина действительно напоминает о том отличии отношения к страдающим больным людям, которым должен обладать врач-профессионал.   
      Каково же оно? Во-первых, врач должен быть независим от своих же политических, национальных и других пристрастии. **Самарянин помог иудею, хотя мог бы сказать, зачем помогать тем, кто нас презирает? Но в страждущем он увидел не чужого и чуждого человека или противника, но прежде всего только человека**. Во-вторых, врач должен быть готов к оказанию медицинской помощи в различных обстоятельствах. **Самарянин пожалел человека. Но не только в сердце своем пожалел и посочувствовал, но и не остановился на одном этом сочувствии. Он немедленно приступил к делу, к оказанию реальной, практической помощи, "перевязал ему раны"**. В-третьих, в своем отношении к больному врач должен быть способен к самоотверженности, к отказу от удобств и покоя ради помощи больному. **Самарянин лишил себя того, в чем нуждался ближний - "всадив его на свой скот" и сам шел пешком**. В-четвертых, врач должен бороться за жизнь человека до конца. **Самарянин не ограничился одномоментной помощью, но позаботился о человеке до его полного выздоровления**.   
      Перечисленные и свойственные человеку особенности в профессиональной врачебной этике превращаются из субъективных склонностей в объективное моральное основание врачевания - в принцип справедливости. Принцип справедливости логически объединяет такие нравственные начала, как самоотверженность, независимость, сострадание, милосердие, и потому он максимально соответствует и способствует реализации исходной и конечной цели врачевания - исцелению человека. Именно поэтому врач не только может быть склонен к справедливости, но он должен уметь предпочесть справедливость как моральный профессиональный принцип всем другим соображениям, обстоятельствам и суждениям.   
      Медицина располагает конкретным знанием, которое может послужить средством достижения различных целей. Иллюстрируя данную ситуацию, Кант в свое время приводил следующий пример: "Предписания для врача, чтобы основательно вылечить пациента, и для отравителя, чтобы его наверняка убить, равноценны" [[5](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#5ik)]. Интересно, что этот кантовский пример в 1981 году был реализован судом штата Оклахома (США), которым было принято решение о введении нового метода исполнения смертного приговора путем внутривенной инъекции смертельной дозы лекарства. Всемирная Медицинская Ассамблея была вынуждена принять и распространить Пресс-релиз, в котором четко определяются функции врача в обществе: "...Ни один врач не должен быть привлечен к участию в казни... Медицинская практика не подразумевает осуществление функций палача" и должна последовательно соответствовать цели врачевания - "врачи призваны сохранять жизнь" [[6](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#6ik)].   
      Согласно второй позиции, "умение любить больного" складывается не только "из компоненты самаритянства". Значительную роль в этом умении играет и "компонент кантианства", который состоит в способности врача, опираясь на разум и волю (собственно "практический разум"), поступать согласно нравственным принципам и целям, т.е. соответственно профессиональному долгу.   
      Цели и принципы врачебного морального сознания сформированы в ходе исторической практики врачевания, в результате выявления фундаментальных потребностей человеческого общества и противостоят, в форме специальной профессиональной морали, многообразию частных, ситуативных интересов, практических целей, сиюминутных задач, планов, стремлений. "Компонента кантианства", присущая профессиональной медицинской морали, состоит в том, что "модус долженствования" ( в нашем случае - 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 встречающийся перед трансплантологами вопрос: справедливо ли пересаживать почку старику, если ее можно пересадить умирающему молодому мужчине? Конечно, права на здоровье и жизнь - это гражданские права, которыми обладает любой человек, независимо от возраста, материального положения и т.п. Но вновь и вновь с неумолимым постоянством 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?   
      Вопрос о социально-практической целесообразности ограничительных мероприятий становится с каждым годом актуальнее в связи с устойчивой демографической тенденцией постарения населения. Так, например, согласно данным социомедицинского исследования "Престарелые в одиннадцати странах", проведенного ВОЗ между 1950 и 1970 годами, количество европейцев, достигших 60 лет, увеличилось более чем на 30%. Представители ВОЗ ожидают, что между 1980 и 2000 годами количество людей в этой возрастной группе увеличится в Европе на 35%, что же касается людей очень старых (т.е. 80-летних и старше), то относительный процент роста в этой группе еще более динамичен. "Все это ставит население Европы, - делают вывод специалисты, - перед различными социальными проблемами не только в области охраны здоровья, но и в сфере экономической и в ряде других областей общественной жизни" [[7](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#7ik)]. В то же время в современной социологии все чаще используется термин "социальные паразиты", фиксирующий те слои населения, которые не входят в пирамиду профессий - это старики, школьники, домохозяйки. Д.Джори констатирует распространение такой оценки в итальянской социологии [[8](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#8ik)]. Под влиянием таких исследований для многих практически целесообразной и оправданной будет выглядеть своеобразная медицинская коррекция (например, на уровне распределения дефицитных ресурсов здравоохранения) названных демографических процессов. Возможно ли рассматривать данную социально-прагматическую целесообразность как основание нового морального правила в распределении дефицитных ресурсов здравоохранения? Во-первых, вряд это правило будет новым. В истории человечества уже существовали народы, которые на основании той или иной целесообразности убивали своих стариков. Во-вторых, как свидетельствует сюжетная линия романа Ф. Достоевского "Преступление и наказание", отношение "практического интереса" героя к "глупой, бессмысленной, ничтожной, злой, больной старушонке" тысячью нитей связанно с современной культурой, обнаруживая это в "цене" и последствиях подобного "практического интереса".   
      Помимо стариков, к категории наименее "социально значимых" пациентов относятся заключенные, бедняки, лица с необратимой физической и психической патологией (так называемые "неперспективные больные"). В "Резолюции по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов" констатируется, что "существует серьезная озабоченность все возрастающим количеством сообщений об участии врачей в операциях по трансплантации органов или тканей, изъятых из тел:   
      заключенных, приговоренных к смертной казни, не имеющих возможности отказаться от этого или без их предварительного согласия;   
      лиц, страдающими физическими или психическими недостатками, чья смерть рассматривается как облегчение их страданий и как основание для забора их органов;   
      бедных людей, которые согласились расстаться со своими органами по коммерческим соображениям;   
      детей, украденных с этой целью" [[9](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#9ik)].   
      Можно ли считать морально оправданным использование этих категорий людей в качестве потенциальных доноров для пересадки или в качестве испытуемых различных лекарственных средств и терапевтических методик? Ситуационно-практические интересы подобного использования и различных испытаний чрезвычайно значимы для врача-исследоватеяя и практика, и шансы получения "ожидаемых человечеством" результатов - велики при наличии такого "экспериментального материала".   
      Врач должен понимать, что для него опасность стать исполнителем этих "интересов" также велика, как и постоянно сопровождающая врача опасность заразиться инфекционной болезнью. Традиционным средством профилактической защиты от этой "болезни" является ориентация на принцип справедливости. История культуры располагае рядом конкретных формулировок принципа справедливости, который непосредственно связан с "золотым правилом нравственности", уходящим своими корнями глубоко в историю - к V-IV вв. до н.э. [[10](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#10ik)]. Среди них новозаветная максима, которая призывает "*не делать другим того, чего себе не хотите*" (Деян. 15,28-29). В Новое время классической формулировкой принципа справедливости становится кантовский категорический императив: - "...Поступай только согласно такой максиме, руководствуясь которой ты в то же время можешь пожелать, чтобы она стала всеобщим законом" [[11](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#11ik)]. Именно Кант признает добродетель справедливости выше всех других добродетелей всюду, где возникает ситуация неравных отношений между людьми.   
      Действительно, принцип справедливости имеет особое значение в регулировании деятельности людей, облеченных властью над другими людьми. Известно, что во многих странах врачи были непосредственно причастны к деятельности "машины обработки" заключенных, не только присутствуя при допросах, но и разрабатывая методику пыток с целью наиболее "эффективного" воздействия на них. Например, в военных школах Уругвая врачи преподавали методы реанимации заключенных после пыток. Известна и такая форма соучастия врача в пытках, как обследование заключенного с целью определения возможности продолжения пыток. Современным медицинским средством подавления сопротивления человека и способом получения информации стало применение психотропных средств - так называемой "сыворотки правды".   
      Рост злоупотреблений медицинской помощью и "исследовательскими средствами" становится социальным фактором для проявления и утверждения моральных оснований врачевания. Врач, который вовлекается в описанные отношения между людьми, выступает как независимая третейская сторона. В этом качестве он наделяется обществом в лице общественных международных и национальных организаций (например, Всемирная Медицинская Ассоциация) особыми правами и полномочиями. Это право регистрации фактов пыток и превращения этих фактов в достояние административно ответственных лиц, общественности, международного сообщества. В 1975 году ВМА принимает "Декларацию", содержащую "рекомендации по позициям врачей относительно пыток, наказаний и других мучений, а также негуманного или унизительного лечения в связи с арестом или содержанием в местах заключения" [[12](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#12ik)].   
      Особенностью "Этического кодекса российского врача", принятого Ассоциацией врачей России (Москва, 1994 г.) является то, что справедливое отношение к пациенту превращается в одну из основных моральных обязанностей врача. В статье 5-й "Врач обязан быть свободным" говорится: "Участвуя в экспертизах, консилиумах, комиссиях, консультациях и т.п., врач обязан ясно и открыто заявлять о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на него - прибегать к юридической и общественной защите" [[13](http://www.wco.ru/biblio/books/silujan1/#13ik)].   
      В этих документах идея справедливости приобретает легальную форму. И это свидетельствует, что "если справедливость предписывает благотворение или требует быть милосердным (у варваров по отношению к некоторым, а с прогрессом нравственности - по отношению ко всем), то ясно, что такая справедливость не есть особая добродетель, отдельная от милосердия, а лишь прямое выражение общего нравственного принципа альтруизма, имеющего различные степени и формы своего применения, но всегда заключающего в себе идею справедливости"

Литература

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ницше Ф. Сумерки идолов, или как философствуют молотом. Соч. в 2-х томах. М. 1990, т. 2, с. 611. |
| 2. | Леви В. "Кассирский о врачевании". - "Вопросы философии", № 1, 1971, с. 153. |
| 3. | Барсов М. Толкование четвероевангелия. Симбирск, 1890, т. 2, с. 105-108. |
| 4. | Мак-Дермот В. Медицина - общественное и личное благо. - "Всемирный форум здравоохранения". Женева. 1982, T.I, с. 130. |
| 5. | Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6-ти томах. М. 1965, т. 4(1), с. 253. |
| 6. | Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М. с. 18. |
| 7. | Этика, гуманизм и охрана здоровья. Реферативный сборник. М. 1985, с. 31. |
| 8. | Там же, с. 132. |
| 9. | Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов.. М. 1995, с. 81 |
| 10. | Гусейнов А.А. Социальная природа нравственности. М. 1994, с. 71. |
| 11. | Кант И. Соч., т. 4(1), с. 260. |
| 12. | Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М. 1995, с. 16. |