

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И БИОЭТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ АРМЕНИИ: факты, гипотезы, размышления Р.А. Ованесян

*Есть люди, у которых мораль всегда...
материя, из которой они никогда не шьют себе платья.*

Жубер

С древнейших времен человечеству был дарован кодекс медицинской этики (Клятва Гиппократ), содержащий важнейшие понятия: какими качествами должен обладать настоящий врач и как врачу следует вести себя с пациентом и его родными и т.д. Медицинская практика, как и обучение профессии, находились тогда в неразрывной связи с философией и этикой. Не все желающие подходили для обучения медицине. Опытный наставник выбирал учеников только после всестороннего испытания. Ученик должен был осознать, что формальное обучение – лишь минимум знаний, которыми должен обладать врач. Если он не мог поддерживать достаточно высокий уровень постоянного совершенствования в теории и практике, его считали самозванцем. Учителями могли стать далеко не все владеющие медицинскими знаниями. Их должны были отличать не только высочайшие моральные качества, но и способность делиться своими знаниями.

Вернемся в современную эпоху. В 2002г. три профсоюза врачей США и Великобритании опубликовали статью в британском журнале “Lancet”, в которой предложили принять новый кодекс медицинской этики. Суть предложения заключалась прежде всего в том, что назрела необходимость *адаптации системы здравоохранения к нуждам пациентов с учетом принципов социальной справедливости.*

Новый кодекс медицинской этики по идее должен стать модернизированным аналогом клятвы Гиппократ. Сама по себе клятва давно уже стала литературным памятником и в 1948 году появилась Женевская декларация (см. раздел I).^{*} Вот для сравнения слова из клятвы Гиппократ, опущенные в Женевской декларации: *“Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария”*. Дело в том, что в настоящее время дискуссии о допустимости добровольной эйтаназии уже давно перешли из области теоретической в практическую (1), и многие врачи считают такое действие нормальным и приемлемым. Говорить о распространенности и узаконенности аборт и вовсе не приходится.

Основная мысль нового варианта кодекса медицинской этики сводится к тому, чтобы количество и качество медицинской помощи не зависели исключительно от платежеспособности пациента. Как говорит ректор Королевского терапевтического колледжа Великобритании Джордж Алберти, *“... в американских учреждениях и во многих европейских в медицину вмещивается желание прибыли, чего не должно происходить”* (2). Фактически автор напоминает своим коллегам, что вообще-то профессия врача тесно связана с совестью и этикой, и лечить надо всех, кто в этом нуждается, вне зависимости от размеров их кошелька.

Суть проблемы в том, что врачебное искусство находится на стыке истинной гуманности и новейших технологий да к тому же представляет собой финансово весьма привлекательную сферу деятельности. Следовательно, трудно рассчитывать на то, что энтузиазм отдельных ученых и просто неравнодушных людей серьезно повлияет на тенденцию *дегуманизации здравоохранения.*

Когда на современных медицинских форумах поднимаются вопросы, касающиеся медицинской этики, кто-нибудь обязательно задает вопрос: *“Если общество политически и экономически нездорово, коррумпировано и далеко от соблюдения этических норм, то как можно ожидать, что доктора будут другими?”*. И до тех пор, пока духовность самого врача не повысится настолько, что он сможет стать полноценным наставником и другом для своего пациента (*medicus amicus et servus insanorum*), эффект от его лечения будет относительным, а общество в целом так и останется больным!

Однако вернемся к основной теме.

^{*} здесь и далее: цитируемые подобным образом статьи опубликованы в настоящем номере АМРЖ (прим. автора).

Термин этика (от греческих слов *ετικος* – касающийся нравственности, выражающий нравственные убеждения, *εθος* – привычка, обыкновение, нрав) означает: наука, объектом изучения которой является мораль, нравственность как форма общественного сознания, как одна из важнейших сторон жизнедеятельности человека, специфическое явление общественно-исторической жизни (БСЭ, т. 30, с. 291-293).

В особую дисциплину этика была выделена Аристотелем, который и ввел самый термин. Мыслитель поместил её между учением о душе (психологией) и учением о государстве (политикой). Согласно учению Аристотеля этика, базируясь на психологии, служит политике, поскольку её целью является формирование добродетельного гражданина.

Анализ развития учения об этике на протяжении XX века позволяет выделить несколько главных этапов. Первый (хронологически) теоретик этики XX века – Джон Мур (3) подробно проанализировал недостатки и ошибки метафизической, представленной еще Кантом, этики, и показал, что ни одно из существовавших в этике направлений (натуралистическое, утилитаристское, эмотивистское) не в состоянии решить ни один из ее основополагающих вопросов – что такое *добро, идеал, правильное поведение, счастье*.

Следующий этап в развитии этики ознаменовался стремлением обратиться к жизненным фактам моральной, социальной и психологической эмпирики. Проведенный в это время анализ эмпирических фактов убедительно показал, что и здесь этика еще не обретает своего главного предмета – конкретного человека, на протяжении всей своей жизни сталкивающегося с реальными моральными проблемами.

Новейший этап в развитии этики представляет собой период *прикладной этики*. Таким образом, этика в течение столетия прошла путь от сугубо теоретического, абстрактно-логического анализа до решения самых насущных, острых, прямо и непосредственно касающихся живого человека проблем.

По определению Л.В. Коноваловой (4): “Прикладная этика в буквальном смысле этого термина: приложение этических и моральных понятий и суждений к конкретным сложным, часто очень драматическим, и в любом случае, противоречивым ситуациям”. Это процесс, порождающий моральные дилеммы, когда *одинаково правильными* являются диаметрально противоположные точки зрения и способы поведения. Здесь следует отметить, что моральные дилеммы подразделяются на два вида. Первый, когда человек вынужден совершать два противоположных поступка, поскольку оба они – правильные. Второй, когда человек одновременно и должен, и не должен совершать один и тот же поступок.

Почему прикладная этика обратилась в первую очередь именно к медицинским проблемам, а не к каким-то другим? Потому, что среди всех проблем, волнующих людей, на одном из первых мест стоят: *здоровье – болезнь, рождение – смерть*. А потому и проблемы, которыми занимается медицинская этика – самые гуманистические, самые насущные, самые массовые. Они касаются не каких-то отдельных групп людей, профессий, классов, партий, национальностей, народов, стран, а *всех людей без исключения*, всех возрастов и во все времена. Вместе с тем они и самые личностные, индивидуальные, интимные, касаются каждого человека *лично и непосредственно*. Кроме того, и это очень важно, эти проблемы – самые трагедийные, самые драматические, в них возникают самые острые ситуации – болезнь, потеря близких, страдания, смерть. И каждый из нас может столкнуться с ними в любую минуту и оказаться неподготовленным духовно, психологически, нравственно.

Международная ассоциация биоэтиков, созданная в 1991г., определяет биоэтику как *учение о социальных, правовых и этических последствиях новой биомедицинской технологии*. И хотя трудно определить приоритетность той или иной проблематики внутри биоэтики, на первом месте по значимости все же стоят проблемы, ближе всего связанные со смертью и умиранием. Сюда относятся прежде всего проблемы эйтаназии, критериев смерти, аборта, трансплантации органов. Вторая по значимости группа проблем связана с отношением к неизлечимо больным, инвалидам, новорожденным с пороками развития. Третья группа проблем включает все вопросы, связанные с воспроизводством жизни (искусственное зачатие, суррогатное материнство, клонирование), а также с генетикой и геной инженерией.

Если содержание профессиональной медицинской деонтологии определяется такими широкоизвестными принципами, как “приносить пользу”, “не наносить вреда”, “строго выполнять предписания”, “вызывать доверие пациента врачу” и направлено на регуляцию деятельности врача,

т.е. установление *долга и обязанностей врача*, то содержание принципов биоэтики направлено на *защиту пациента*. Почему же в наше время понадобилось защищать пациентов от врачей и от действий медперсонала? Дело в том, что сегодня, в результате невиданного прогресса в области медицины, биологии и биотехнологии, власть врача над человеческим организмом стала поистине беспрецедентной, а вследствие этого – непредсказуемой и пугающей.

Рассмотрим существующие на сегодняшний день четыре принципа биоэтики. И первый из них – ***принцип информированного согласия***, принятый в начале 80-х годов.

Этот принцип предполагает (до начала лечения) сообщение пациенту полной информации о его состоянии, с учетом прогнозов возможных последствий, объяснение ему возможной степени риска, нежелательных результатов, раскрытие реальных альтернатив, предоставление права изменить решение и др. Подобное понимание прав человека сегодня позволяет рассматривать пациента как партнера и соавтора всех решений врача.

Некоторые авторы (5) склонны утверждать, что обращение к согласию больного и признание его автономии как права принимать решение, было вызвано желанием, осознанным или неосознанным, освободить врача от того груза моральной ответственности, который ложится на него, когда он, выступает в качестве *единственного* автора решений, т.е. переложить груз этой ответственности на больного. Еще одна, весьма прагматическая причина заключается в следующем: подписанный больным и заверенный юридически документ, фиксирующий его волю, служит надежным основанием при решении сложных правовых вопросов, постоянно возникающих в сфере здравоохранения. Примечательно, что инициатором движения за признание права больного на участие в принятии медицинских решений выступили не сами пациенты, а Американская ассоциация больниц, которая в 1973г. впервые в истории медицины приняла билль о правах пациентов (Patient Bill of Rights). В Билле было зафиксировано главное право больного – *право на информированное согласие*, т.е. добровольное и сознательное право больного принять или отказаться от предлагаемого ему курса лечения.

Второй принцип биоэтики – это ***принцип не нанесения вреда*** (*primum non nocere*). Если в медицине главной целью лечения считалось (и считается!) сохранение здоровья и жизни пациента, то во втором принципе биоэтики общая цель лечения и охраны здоровья формулируется по другому – если здоровье достигается потерей возможности полноценной жизни, то оно уже не может считаться единственной целью деятельности врача.

Смысл этого принципа может быть понят только с этической точки зрения: речь идет о *моральных границах* лечения. Лечение – не самоцель, оно не должно приносить вред пациенту (тем более, когда речь идет даже не о необходимом лечении, а о проведении медицинских экспериментов). Возникновение и утверждение этого принципа было спровоцировано, опять-таки, появлением новых все более изощренных биотехнологий: многие процедуры (в том числе и диагностические) могут наносить вред пациенту, так как имеют далеко идущие косвенные последствия.

Третий принцип биоэтики – ***принцип благополучия пациента***. Если принцип не нанесения вреда можно выразить в виде одного правила: “никто не должен причинять зло и вред”, то принцип благополучия следует выразить в трех правилах: “каждый должен воздерживаться от зла и вреда”, “каждый должен мешать злу и вреду”, “каждый должен делать добро или способствовать ему”. Это означает, что все три формы содействия благополучию включают позитивные действия – мешать злу, воздерживаться от него и поддерживать добро, тогда как непричинение зла подразумевает только одно действие – неделание зла (6).

Четвертый принцип биоэтики – ***принцип справедливости***. Сложность этого общеморального принципа состоит в том, что, во-первых, он тоже нередко вступает в противоречие с другими принципами, а во-вторых, будучи достаточно абстрактным, требует четкого применения в разных ситуациях. Особенно остро этот вопрос встает применительно к проблеме распределения ресурсов здравоохранения в условиях их дефицита. Какого больного следует лечить в первую очередь? Как установить очередность получения органов для трансплантации, дорогостоящей аппаратуры и лекарств? Каков тот “минимум” здравоохранения, который имеет право получить каждый человек без исключения? Учитывая, что в настоящее время право на защиту здоровья рассматривается как одно из фундаментальных прав личности, нарушение этого права (например, для заключенных или инфицированных СПИДом) часто рассматривается как одна из форм дискриминации. Главный этический смысл четвертого принципа биоэтики: каких критериев следует придерживаться при

распределении ресурсов; является ли моральной обязанностью обеспечение минимально удовлетворительного уровня здравоохранения для всех граждан или же право на охрану здоровья является привилегией только состоятельных членов общества; должно ли государство и правительство вообще заниматься решением этих проблем, или нужно сделать их сферой рыночных отношений и будет ли это справедливо. Весьма примечательной в этом аспекте является выдержка из доклада “Американское здравоохранение в 2020г.”: “*Политика свободной конкуренции в здравоохранении, пропагандируемая в течение прошлого десятилетия не привела к хорошему медицинскому обслуживанию, не снизила тарифы на услуги и показала пагубность подхода полной автономии медицины от государственного регулирования.*” (см. статью К. Девис, С. Шоёнбаума). Учитывая, что речь идет о самой богатой капиталистической стране современного мира, а следовательно и о практически неисчерпаемых ресурсах здравоохранения, подобное утверждение выглядит довольно-таки парадоксально и наводит на определенные размышления.

Заканчивая анализ принципов биоэтики, отметим, что каждый из них *a priori* бесспорен. Однако их применение в конкретных ситуациях приводит к возникновению целого ряда профессиональных врачебных, административных, социальных и юридических вопросов и затруднений. Весьма сомнительной также представляется успешность механистического приложения принципов биоэтики к системе здравоохранения развивающихся стран в условиях переходного периода, повального обнищания населения, дефицита средств и скудного финансирования медицинской науки, что например, имеет место в настоящее время в Армении. Однако, в своей совокупности принципы биоэтики уже сегодня составляют достаточную основу для разработки рабочих механизмов консультативными *этическими* комитетами, функционирующими в подавляющем большинстве больниц Европы и США.

Примечательно, что многие ученые-медики Европы в первые годы XX века считали необходимым утвердить врачебную этику в качестве отдельного предмета университетского образования и подвергать будущих врачей специальному испытанию. В 70-80гг. XX столетия эта проблема становится обязательной составляющей медицинского образования в США (5). Там издаются специальные журналы этической направленности: “Этика в науке и медицине”, “Журнал медицинской этики”, “Энциклопедия по биоэтике”. Для принятия решений в случае моральных конфликтов в США создана система этических комитетов, в составе которых врачи, юристы, священники, философы, психологи. Профессор Вирджинского университета М. Рорти сообщает, что обязательный курс биоэтики читается для всех студентов первого курса. Программа рассчитана на 10 занятий по темам: врачебная тайна и охрана врачом частной жизни пациента, компетентность пациента, информированное согласие, отказ от лечения, смерть и умирание (ассистирование при самоубийстве, эйтаназии), проблемы репродуктивных технологий, заботы о новорожденных и т.д. (7). К сожалению вынуждены констатировать, что в учебных программах как Ереванского государственного медицинского университета, дающего базовое медицинское образование, так и Национального института здравоохранения, обеспечивающего последипломное медицинское образование, до сих пор предмет “Медицинская этика” отсутствует. Следует, однако, отметить, что в настоящее время в Ереванском государственном медицинском университете им. М. Гераци в рамках программы кафедры общественных наук преподаются основы биоэтики – всего 18 часов (см. статью С. Давтян). На кафедре философии Национального института здравоохранения уделено 12 часов актуальным вопросам этических и правовых проблем медицинской практики.

В 1997 г. члены Совета Европы и Европейское сообщество приняли Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (см. раздел I). В первой общей части Конвенции, несущей ключевую смысловую нагрузку, декларируются четыре главных положения:

- необходимо без всяких исключений защищать достоинство, индивидуальную целостность (автономию) каждого человека, его основные права и свободы;
- следует соблюдать приоритет интересов и благ человека над интересами общества и науки;
- необходимо обеспечить равную доступность медицинской помощи надлежащего качества для всех членов общества;
- любые вмешательства, включая проводимые с исследовательскими целями, должны осуществляться в соответствии с существующими требованиями и стандартами.

Забегая вперед скажем, что Республика Армения до сих не присоединилась к Конвенции, хотя и в статье 33 последней сказано: “Настоящая Конвенция открыта для подписания государствами – членами Совета Европы...”. В связи с этим представляет интерес проследить в какой степени основные положения Конвенции согласуются с нашей Конституцией.* В Конвенции подчеркивается значение соблюдения физической и психической автономии человека, что, к сожалению, упущено в нашем законодательстве. Весьма важными представляются положения Конвенции о приоритете интересов человека над интересами науки и общества. В нашей Конституции этому важнейшему вопросу посвящена одна фраза: “Человек без своего согласия не может быть подвергнут медицинским или научным опытам” (статья 19). А в действующем Законе о медицинской помощи и обслуживании населения к слову “согласие” добавлено еще (всего) два слова: “информированное, письменное”.

Вторая глава Конвенции посвящена “информированному согласию пациента”. При назначении лечения мало получить от пациента согласие, надо, чтобы оно было *осознанным*, чтобы больной был *информирован* о возможных осложнениях, последствиях, альтернативных методах лечения. Согласие должно быть *добровольным*, без какого-либо давления по различным причинам (ситуации с заключенными, солдатами, студентами). Слова “информированное”, “осознанное”, “добровольное” несут большую смысловую нагрузку и имеют принципиальное значение. К сожалению, даже в проекте “Закона о здравоохранении”, обсуждение которого идет в настоящее время, нет указаний о глубине, объеме, точности, доступности и деликатности информации с позиций врача и больного в зависимости от *компетентности и потребности* больного знать об истинном положении дел как можно больше или как можно меньше.

В одной из американских работ (цит. по 7) приводились данные ретроспективного изучения зависимости результатов хирургического лечения от глубины информированности больных. Среди пациентов были выделены три группы. Первая группа – пациенты, которых вообще не интересовало, что с ними будут делать и каков прогноз. Они принципиально не хотели ничего знать и заранее были готовы на то, что им предложат. Вторая группа – пациенты, которые стремились узнать все: что за заболевание, какие есть методы лечения, возможные осложнения, каков процент летального исхода и т.д. Наконец, третья группа – пациенты, которые в принципе интересовались, но не доводили свои вопросы до печальной точки: каков процент летальности? И что же оказалось после операции? Самая тяжелая группа в аспекте послеоперационных осложнений и летальности – вторая – те, которые хотели знать абсолютно все. Первая группа – те, кто вообще ничего не хотел знать – тоже неблагоприятная по конечному результату. Оптимальные результаты лечения выявлялись в третьей группе – золотая середина – где больные сознательно оценивали ситуацию и знали возможности и последствия операции. Таким образом с помощью информации можно улучшить результаты лечения пациента, а можно просто его убить.

Более того: что значит информированность с юридической точки зрения? Каким должен быть объем информации? Где пролегают допустимые границы информированности? Как переложить морально-нравственное понятие “деликатность в общении с пациентом” на юридический язык?

Существуют также принципиальные разногласия в подходе к проблеме врачебной тайны в Конвенции и в нашей повседневной медицинской практике. В Конвенции сказано: “Каждый человек имеет право на уважение своей частной жизни, в том числе и тогда, когда это касается сведений о его здоровье”, а также “Каждый человек имеет право ознакомиться с любой собранной информацией о своем здоровье”. Как известно в нашем здравоохранении дело обстоит иначе: в большинстве случаев мы признаем целесообразным скрывать от больного истинный характер его заболевания, как и информировать административные органы в случаях выявления заболеваний, опасных для окружения. Вспомним, что в клятвах врачей во все времена звучал обет: *хранить врачебную тайну!* В клятве Гиппократа говорится: “*Чтобы 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*”.

* сравнение положений Конвенции с Законом о здравоохранении не представляется возможным, так как таковой в Республике Армения до сих пор не принят; действует, принятый в 1996г., “Закон о медицинской помощи и обслуживании населения” (прим. автора).

В уже цитированном американском “Билле о правах пациентов” говорится, что каждый пациент имеет право получить от врача всю наличную информацию о его заболевании, в том числе и о прогнозе. В настоящее время американские врачи в той или иной форме правдиво информируют обреченных больных. “Врачи должны уступать желанию пациента о получении информации и включать их в круг лиц, принимающих решение относительно диагноза и лечения” (см. статью Р. Салливана и соавт.). Подобный подход находит все больше сторонников в европейском здравоохранении. По мнению многих врачей на “святую” правду больной в свою очередь отвечает искренностью, доверием и безусловным выполнением лечебных рекомендаций. Таким образом, создается та невидимая, интимная связь между врачом и больным, к которой должны стремиться все врачи и которая, безусловно, является решающим фактором в процессе лечения.

В то же время, нужно ли говорить больному, что у него запущенный рак, операция бесполезна и жить ему осталось от силы несколько месяцев? Ведь такая правда убьет больного быстрее и вернее, нежели раковая интоксикация, не говоря уже о возможных случаях суицида. По этому поводу Стефан Цвейг высказался так: “Если обман помогает больному, то это уже не жалкая ложь, а отличное лекарство”.

Ниже мы попытались сгруппировать аргументы в пользу как “святой правды”, так и “святой лжи”.

Аргументы за “святую правду”:

- ✓ правдивое раскрытие информации о состоянии здоровья – это проявление уважения к личности пациента, ее праву на самоопределение;
- ✓ правдивость – условие для права выбора пациентом как оптимального метода лечения, так и дальнейшего образа жизни;
- ✓ в конце концов у пациента есть право отказаться от информации – право не знать правду.

Аргументы за “святую ложь”:

- ✓ правдивое информирование неизлечимых больных противоречит второму принципу биоэтики – принципу не нанесения вреда;
- ✓ диагноз или прогноз болезни может быть ошибочен;
- ✓ исходя из своей человеческой сущности, даже настаивая на правде, пациент все таки хочет услышать оптимистическую информацию.

Решающую роль в выборе позиции как за “святую правду”, так и за “святую ложь” должен сыграть личный опыт врача, его мировоззрение, интеллектуальный потенциал и способность к сопереживанию. В любом случае при общении с неизлечимым или же умирающим пациентом врач должен руководствоваться теми же принципами, что и при планировании самых сложных медицинских вмешательств.

Углубляясь далее в интимные вопросы взаимоотношений врача и пациента мы сталкиваемся еще с одним феноменом: *что полагается, а что не полагается знать о врачах всем тем, кто рано или поздно оказывается в положении пациентов?* Ведь не секрет, что с древнейших времен и до наших дней медицину от всех других специальностей помимо прочего отличала также и кастовость. Еще в 1901г. В.В. Вересаев в своих знаменитых “Записках врача”, исходил из того, что сохранение этих корпоративных секретов вовсе не самоцель, особенно в тех случаях, когда дело касается более значимых ценностей, таких как здоровье, права и достоинство пациентов. Безусловно, за прошедшие сто лет и практика медицины, и медицинская наука, да и медицинская этика претерпели колоссальнейшие трансформации. Однако и сегодня звучат предложения: “Медицина представляет собой грозную силу и в условиях демократии эта сила должна быть поставлена под контроль” (см. статью Д. Гебардта). Звучат призывы о том, что ассоциации пациентов должны создавать собственные базы данных о медицинских осложнениях (см. статью Д. Гебардта). Национальная медицинская библиотека США разместила в Интернете сайт Medline Plus для пациентов. Уже разрабатываются специальные учебные программы для больных и их родственников (см. статью А. Ширинян). Чем дальше, тем больше мы узнаем о нашумевших судебных процессах, связанных с врачебными ошибками (см. статью А. Панова). И в этой связи позволим себе задаться вопросом: что в этой сфере подлежит изменению, а что может и должно быть сохранено? И если сейчас стоит проблема как защитить пациента от неконтролируемого прогресса биомедицинских технологий, то не встанем ли мы в ближайшем будущем перед вопросом: как защитить *врача от пациента?*

На наш взгляд общество и государство должны наконец признать, что врачи являются особой профессиональной когортой, которая в силу своего исключительного предназначения – *лечить людей* – имеет право требовать от общества и государства создания адекватных условий, без которых эффективная медицинская помощь попросту невозможна. Не регламентированные надлежащим образом взаимоотношения “врач – общество”, “врач – государство” влекут за собой несправедливое принижение общественной роли врачей, неадекватную оценку их труда и диспропорции в его оплате (8).

Одной из тяжелейших бед нашего общества в текущий период является разрыв между словом и делом. В полной мере это относится также к сфере здравоохранения. Закрепленное в ст. 34 Конституции Республики Армения право на охрану здоровья, т.е. по сути право на *бесплатную* и *доступную* медицинскую помощь, на самом деле не что иное как декларация, ибо если врач получает заработную плату в среднем 20-30 тысяч драм (50-60\$ США) ежемесячно, то он, естественно, будет искать пути для обеспечения минимального прожиточного минимума (пусть один – карман больного!). Здесь следует сказать о том, что в 1997г. в Армении было введено разделение между медицинскими услугами, включенными в “Основной пакет медицинских услуг” (Basic Benefit Package) и непосредственными платежами (9). Иначе говоря, решением Правительства Республики Армения были определены: во-первых список болезней, а во-вторых категории граждан, диагностика и лечение которых должно осуществляться в рамках государственного финансирования (т.н. госзаказ). Весьма примечательны приоритеты этого пакета:

- защита эпидемиологической безопасности;
- предоставление первичной медицинской помощи населению;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- охрана здоровья социально необеспеченных и специфических групп населения;
- борьба против болезней, имеющих социальное значение.

Не вдаваясь в подробности и не разбирая перечисленные положения, что отнюдь не является задачей настоящей статьи, скажем только, что будучи безусловно приоритетными по существу не только для нашей республики, но и для любого цивилизованного государства, они опять-таки носят декларативный характер, потому как в действительности для конкретного врача, который призван претворять в жизнь эти приоритеты, госзаказ весьма эфемерное понятие, в то время как наличные деньги от пациента – весьма реальное, осязаемое. Здесь нельзя не отметить также, что рыночная экономика в сфере здравоохранения и частная практика привели к появлению еще одной негативной тенденции: усилению *нездоровой* конкуренции между врачами. Конкурент – от латинских *conspicere* (бежать вместе) и *concursum* (сход, столкновение). Слова, близкие и по звучанию, и по глубинному смыслу. Законы конкуренции заставляют не только “бежать вместе, сходитьсь”, но и предполагают столкновение интересов, в первую очередь, экономических. Не случайно известный немецкий врач Эрвин Лик выразился так: “Коллега – это тот человек, которого ты терпеть не можешь” (10).

Таким образом, этические принципы, заложенные в наших законах, сплошь и рядом остаются на бумаге. С легкостью нарушаются основополагающие принципы информированного согласия пациентов, правила испытания новых методов диагностики и лечения, порядок проведения клинических исследований новых лекарств (см. статью Г.Л. Асланян). Как указано в этой статье в период за 1996-2003гг. (с момента создания Комитета по этике в Республике Армения по настоящее время) за разрешением на проведение клинических исследований в Комитет обратились всего 15 исследователей, в то время как по данным Бюллетеня ВАК РА (11) с 1993 по 2003гг. защищено 443 (!) диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских (437) и фармацевтических (6) наук. О качестве, степени доказательности и статистической мощности статей, опубликованных по материалам большинства из этих диссертационных работ, весьма убедительно сказано в статье Т.М. Ахвердяна.

Говоря о медицинской этике невозможно обойти стороной проблему бурного расцвета псевдомедицинского шарлатанства и шаманства. На наш взгляд данное явление крайне опасно для общества. Во многом повинны в этом средства массовой информации (особенно телевидение!) которые буквально заполнены рекламой магов, знахарей, и экстрасенсов различных мастей (кстати, вопиющим, на наш взгляд, является то, что некоторые из них имеют высшее или среднее медицинское образование). Причины вполне понятны: с одной стороны – это весьма существенная

материальная поддержка тем же самым СМИ, с другой – для сегодняшнего обывателя загадочность, априорная гарантия успеха, сомнительная виртуальная связь целителей с христианской верой весьма привлекательны (12, 13). К сожалению, мы – *врачи* – не всегда умеем добиться доверия пациента, уступаем их без боя псевдомедикам и сами создаем нишу для вторжения.

Многие из этих пороков – продукт переходного периода, когда вакуум в обеспечении медицинской помощи населению, образовавшийся по нашей вине, моментально заполнили шарлатаны. Весьма примечательно, что российские врачи, принимая в 1997г. свой Кодекс врачебной этики, не обошли вниманием проблему псевдомедицины. В статье 5 раздела VIII Кодекса (8), говорится: “В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методов и средств *окультно-мистического и религиозного характера*” (выделено нами). В резолюции Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1982 г. прямо сказано: “Ассамблея ... встревожена тем, что нередко представители медицинской профессии и другие работники здравоохранения занимаются деятельностью, которую трудно увязать с медицинской этикой, ... в мире все шире распространяется практика, когда важная медицинская деятельность выполняется работниками здравоохранения, не имеющими разрешения или не подготовленными в качестве врачей, такими как ассистенты врачей, фельдшеры, физиотерапевты и санитары...”.

Как свидетельствуют результаты научных исследований, проводимых в области изучения проблем биоэтики (см. раздел IV), а также опросов населения мировую медицинскую (и не только) общественность в настоящее время более всего волнуют вопросы адекватности предоставленной медицинской помощи запросам пациентов, участия государства в обеспечении “минимума здравоохранения” и определения критериев этого минимума, взаимоотношений и этических конфликтов между врачами и пациентами.

Так, в исследовании ”The Commonwealth Fund“ (см. статью К. Девис, С. Шоёнбаума) о качестве здравоохранения США в 2001г., представлена независимая оценка текущего состояния качества американского здравоохранения на основе его восприятия пациентами. Выводы исследования весьма демонстративны: “... мы не можем позволить себе довольствоваться понятием, что американское здравоохранение является лучшим в мире”.

В ходе подготовки настоящей статьи мы предприняли попытку своими силами провести анонимный опрос среди друзей, родственников и знакомых (среди опрошенных были и врачи – 38 человек). Удалось опросить 136 человек – все городские жители. 94 (69,1%) были неудовлетворены качеством медицинской помощи в Республике Армения (в исследовании ”The Commonwealth Fund“ аналогичный показатель составляет 8%). В качестве основной причины неудовлетворенности 68 (72,3%) из 94 опрошенных отмечают факты поборов и вымогательства со стороны медперсонала. Интересно, что среди опрошенных 38 врачей – 26 (68,4%) категорически несогласны с подобным положением вещей, однако склонны к оправданию фактов получения врачами подношений от своих клиентов, мотивируя это следующим аргументом: “А что мне платит государство? Я же должен на что-то жить”. 7 (18,4%) опрошенных врачей не только откровенно признались в получении и размерах подношений от пациентов, но и “аргументировали”: “Если у меня вымогают, начиная со школы, института, при поступлении на работу, то должен же я, став высококлассным специалистом, вернуть вложенные деньги”. Как с печальным юмором признаются В. Миллер и соавт. (см. статью В. Миллера, А. Гродланда и Т. Кошечкиной): “В этом отношении с врачами могут конкурировать только дорожные полицейские и чиновники таможенной службы”.

Проводя данный опрос мы отнюдь не претендовали на оглашение истины в последней инстанции, прекрасно осознавая, что малый размер нашей выборки не является репрезентативным и не дает оснований для экстраполяции на все население Республики Армения, однако полученные результаты наводят на определенные размышления. Думается, что назрела необходимость проведения подобного широкомасштабного исследования среди населения нашей страны, тем более, что в настоящее время идет обсуждение проекта “Закона о здравоохранении Республики Армения”. При этом весьма странно, что это обсуждение носит, скажем так, кулуарный характер, ибо именно те лица, для которых собственно и предназначен данный Закон (народ!), не принимают никакого участия в его обсуждении. Получается, что Закон пишется для работников сферы здравоохранения, т.е. “под себя”. Однако, еще Гораций сказал: “Какая польза в напрасных законах там, где нет нравов?”. Думается, что при принятии Закона о здравоохранении “слугам народа” надо руководствоваться не только и не

столько желаниями руководителей и организаторов здравоохранения разного ранга, сколько положениями деклараций, резолюций и конвенций Всемирной медицинской ассоциации, а также исходить из потребностей собственного народонаселения.

В заключение считаю уместным привести слова известного психолога и социолога Эриха Фромма: “Я думаю, что медицинской этики как таковой не существует. Есть только общая человеческая этика, применяемая к особенным человеческим ситуациям...”

**Адрес для корреспонденции: Рубен Ованесян,
кафедра клинической патофизиологии,
Национальный институт здравоохранения,
ул. Комитаса 49/4, Ереван, Республика Армения, 375051,
тел. (+3741) 23-71-50, email: rouben@medlib.am**

Литература

1. Эйтаназия. Время поднять проблему! Армянский медицинский реферативный журнал. Ереван, 2002, N1, с. 206-209.
2. Медики хотят новую клятву Гиппократу. <http://news.bbc.co.uk/russian>
3. Ethics. International Encyclopedia of Ethics /Ed. I.K.Roth. L.; Chicago. 1995. P. III.
4. **Коновалова Л.В.** Прикладная этика. <http://www.philosophy.ru>
5. **Пеллегрини Э.** Медицинская этика в США: настоящее и будущее. Человек. 1990. N2 с. 52.
6. **Beauchamp T.L., Childress J.F.** Principles of Biomedical Ethics. 3 ed. Ed. Oxford Univ. Press, 1989.
7. **Орлов А.Н.** Клиническая биоэтика. Москва, “Медицина”, 2003, 360 с.
8. Медико-социальная хартия Российской Федерации. Москва, “Медицинская пресса”, 2001, 54 с.
9. **Мкртчян А.Е.** Новые тенденции в здравоохранении Армении. Ереван, 2001, 188 с.
10. **Лик Э.** Врач и его призвание. Мысли эретики. (пер. с нем.). Днепропетровск, 1928, 136 с.
11. Бюллетень ВАК Республики Армения. Ереван, 2003, выпуск 10, 2004, выпуск 11.
12. **Эльштейн Н.В.** Медицинская этика и современность. Клиническая медицина. 2000, N11, с. 14-17.
13. **Комаров Ф.И.** Права человека и биомедицинская этика. Клиническая медицина. 1998, N4, с. 4-7.