

But Is actually the aborted embryo or fetus a human being?

This question is probably the most important single question in the entire controversy that concerns abortion. This question must be treated with care, because in fact there are two questions which should not be confused. There is the factual question settled by biology and the other is a philosophical or theological question, and one's answer to it depends on the whole world-view and sense of values of a person.

The factual question is: in the reproductive process, at what point does the human individual originate?

This question which refers to biology is the easier one to answer. Life proceeds from life, and human life from human life, in a continuous process. New individuals emerge from existing individuals. Relative to parents, the individuality of the offspring must be admitted to beginning at conception. The sperm and the ovum, before the fertilization, obviously can be considered as belonging to those from whom they derive. But once the conception process takes place, there starts to exist a cell which cannot be identified with either parent. The fertilized ovum is something derived from two sources and the duality of the sperm and ovum are continuous with the duality of the two parents. Thus, the proper demarcation between parents and offspring is conception, and so the new individual begins with conception. From this point of view, then, it is certain that the embryo from conception until birth is a living, human individual.

The philosophical or theological question is quite distinct: should we treat all living human individuals as persons, or should we accept a concept of person that will exclude some who are in fact humans, alive, and individuals, but who do not meet certain additional criteria we incorporate in the idea of "person"? Generally, the person is considered to be the subject of rights, and so once it is admitted that a person exists, there will be a very broad consensus that the embryo has at least at first sight the right to continued life, since this right is more fundamental than any other.

In conclusion, facts are relevant but never decisive, and a mere declaration of a restrictive definition of personhood is not an argument but merely begs more questions [1, p. 273–274].

REFERENCES

1. *Germain, G.* Abortion. The Myths, The Realities, and the Arguments. – New York and Cleveland: Corpus books, 1970. – 559 p.
2. *Savulescu J.* Is current practice around late termination of pregnancy eugenic and discriminatory? Maternal interests and abortion// Journal of Medical Ethics. – 2001. – № 27(3). – P. 165–171; Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues//Nuffield Council on Bioethics 2006. URL: www.nuffieldbioethics.org. 276 p. *Furedi A.* Abortion for fetal abnormality: ethical issues// available on www.prochoiceforum.org.uk.
3. Genetic screening ethical issues//Nuffield Council on Bioethics 1993. URL: www.nuffieldbioethics.org. 130 p.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА В КОНТЕКСТЕ ЦЕННОСТНО-НОРМАТИВНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

BIOMEDICAL ETHICS IN THE CONTEXT OF VALUE AND NORMATIVE TRANSFORMATIONS OF MODERN SOCIETY

Е. А. Коваль¹, А. А. Сычев², Н. В. Жадунова²

E. Koval¹, A. Sychev², N. Zhadunova²

¹*Средне-Волжский институт (филиал) Всероссийского государственного университета юстиции
(РПА Минюста России), г. Саранск, Российская Федерация*

²*Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н. П. Огарева, г. Саранск, Российская Федерация*

nwifesc@yandex.ru, sychevaa@mail.ru, zhadunovan@mail.ru

¹*Middle-Volga Institute (branch) of Russian State University of Justice
(MOJ Russia RPA) in Saransk, Russian Federation*

²*Ogarev Mordovia State University, Saransk, Russian Federation*

Нормы современной биомедицинской этики принципиально отличаются от нормативных положений медицинской деонтологии, основанной на идеях Гиппократов. Если в деонтологической модели отношений «врач – пациент» последний находится в зависимости от врача, то модель, предлагаемая современной биомедицинской этикой, переворачивает эти отношения. В этой модели, основанной на идеях прав человека, справедливости, автономии, пациент приобретает большой объем прав, однако инерционно возлагает ответственность за свое состояние на врача, фактически оказывающего медицинские услуги. Это порождает ряд практических проблем, в частности, дискредитацию профессионального статуса врача, избыточную нормативную регуляцию его деятельности, дисбаланс прав и обязанностей пациента. Для их решения может потребоваться дальнейшая трансформация нормативных оснований биомедицинской этики.

The norms of modern biomedical ethics are fundamentally different from the norms of medical ethics, based on the Hippocrates's ideas. In the deontological model, a patient was dependent on a doctor. In modern biomedical ethics, the relationship between a doctor and a patient is based on the ideas of human rights, justice, autonomy. In this model, the patient acquires a large amount of rights, but places the responsibility for his condition on the doctor who, in fact, only provides medical services. It raises a number of practical problems, in particular, discreditation the professional status of a doctor, excessive normative regulation of his activities, an imbalance of the rights and obligations of a patient. To solve these problems, further transformation of the normative bases of biomedical ethics may be required.

Ключевые слова: норма, ценность, нормативность, нормотворчество, биомедицинская этика, врач, пациент.

Keywords: norm, value, normativity, norm-creating, biomedical ethics, doctor, patient.

Нормы современной биомедицинской этики принципиально отличаются от нормативных положений медицинской деонтологии, основанной на идеях Гиппократов. Если в деонтологической модели отношений «врач – пациент» последний находится в зависимости от врача, то модель, предлагаемая современной биомедицинской этикой, переворачивает эти отношения. В этой модели, основанной на идеях прав человека, справедливости, автономии, пациент приобретает большой объем прав, однако инерционно возлагает ответственность за свое состояние на врача, фактически оказывающего медицинские услуги. Это порождает ряд практических проблем, в частности, дискредитацию профессионального статуса врача, избыточную нормативную регуляцию его деятельности, дисбаланс прав и обязанностей пациента. Для их решения может потребоваться дальнейшая трансформация нормативных оснований биомедицинской этики.

Почти до середины XX в. отношения врача и пациента осуществлялись в рамках патерналистской модели, в которой врач выступал аналогом отца семейства, обязанного заботиться и нести ответственность за своих пациентов как за домочадцев. В этике Гиппократов пациент находился в зависимости от врача, однако его защищали нормы, запрещавшие врачу злоупотреблять своим положением. Так, например, для поддержания морального статуса и авторитета врач должен был остерегаться ситуаций, которые ассоциируются с вредом и убийством. Врачу не следовало принимать участие даже в таких пограничных случаях, как аборт или эвтаназия. Врач также был не вправе вступать в интимные отношения с пациентами, поскольку последним может быть трудно отказать человеку, имеющему над ними власть, основанную не только на знаниях и профессиональных навыках, но и на моральном авторитете. Таким образом, врач принимал все ключевые решения, брал на себя ответственность за их последствия, в то время как пациент был фактически пассивен и бесправен.

Несмотря на устойчивость патерналистской модели отношений «врач – пациент», необходимость ее серьезного переосмысления стала очевидна после Второй мировой войны, когда стали известны факты использования врачами в концлагерях своих профессиональных знаний для проведения экспериментов с людьми. При этом врачи аргументировали это утилитарными положениями о развитии науки, общей пользы, допустимости меньшего зла ради общего блага и т. д. Возникла необходимость в новой системе норм, которая не позволила бы повторения подобных трагедий в будущем. Для регуляции отношений «врач – пациент» потребовались новые ценностно-нормативные основания.

В конце 40-х годов прошлого века началась активная нормотворческая деятельность различных субъектов, результатом которой стал ряд норм, определяющих содержание новой модели взаимодействия врача (главным образом, врача-исследователя, но не только) и пациента. После Нюрнбергского процесса был принят «Нюрнбергский кодекс», запрещающий проведение медицинских экспериментов над людьми без их добровольного согласия. В 1948 году появляются Женевская декларация и Всеобщая декларация прав человека, положения которых в дальнейшем послужили основой для формирования принципов современной биомедицинской этики.

Ключевыми принципами биомедицинской этики сегодня считаются принцип «Не навреди», принцип «Твори благо», принцип справедливости и принцип автономии личности. Частично эта система повторяет нормативные положения Клятвы Гиппократов, однако фактически выходит далеко за пределы патерналистской модели. В новой модели отношений «врач – пациент» осуществляется своеобразная рокировка прав и ответственности: пациент избавлен от тотальной зависимости от врача, однако вынужден самостоятельно решать вопросы здоровья, жизни и смерти.

Ключевые ценности новой модели – достоинство и права человека [1]. При этом парадоксальным образом достоинство может вступать в конфликт с автономией личности. Это обусловлено тем, что достоинство «...ассоциируется не только с ценностью каждого отдельного человека, но и с отношением к этой ценности со стороны окружающих, то есть помимо индивидуального измерения имеет и публичное» [3, с. 311]. Вероятно, эта особенность интерпретации достоинства обуславливает логическое развитие биоэтических принципов. Так, вопросы жизни, смерти, гендерной идентичности переводятся в плоскость свободного волеизъявления пациента, его индивидуальной ответственности (аборт, эвтаназия, смена пола, ритуальные обрезания и т. п.).

В радикальных случаях человек, апеллируя к неприкосновенности собственного достоинства и права распоряжаться своим телом, может требовать от врача явного причинения вреда, например, добровольной ампутации [4]. Ценностно-нормативные трансформации такого рода обостряют ряд проблем, возникающих в модели отношений «врач – пациент».

Первую проблему можно обозначить как дисбаланс прав и ответственности пациента. С одной стороны, пациент имеет право выбрать врача и медицинскую организацию, право быть информированным о каждом этапе лечения, может отказаться от лечения и каких-либо медицинских манипуляций, за исключением случаев, когда принудительное лечение назначено по решению суда. Так, например, в России суд может принять решение о принудительном лечении от туберкулеза или о госпитализации в психиатрический стационар. В иных случаях пациент реализует свои права в сфере здравоохранения в полном объеме.

Логично предположить, что увеличение объема прав пациента должно сопровождаться пропорциональным увеличением ответственности за принятые решения в ходе реализации этих прав. Однако на практике наблюдается ситуация, когда пациенты пользуются правами, актуализированными в биомедицинской этике, а ответственность по-прежнему возлагают на врача, как это было принято (и обоснованно) в патерналистской модели отношений. В результате такого дисбаланса прав и ответственности пациента врач оказывается «в слабой позиции»: он недостаточно защищен от злоупотреблений со стороны пациентов. Появляется новый социально-правовой мегатренд – ятрогенная преступность (дела Елены Мисюриной, Тамары Пермяковой и др.). Правоохранительные органы реагируют на него как на приоритетное направление деятельности наряду с противодействием экстремизму и коррупции. Очевидно, что дальнейшее развитие подобных процессов может привести к деградации и разрушению системы здравоохранения под эгидой защиты прав человека. История свидетельствует о том, что не критически воспринимаемые моральные принципы, оторванные от реальной практики, однажды уже послужили аргументами для антигуманной деятельности врачей. Не менее опасной может быть и антигуманная деятельность пациентов.

Злоупотребление пациентами своими правами выглядит как элемент борьбы за признание, где пациенты отстаивают свои права, пользуясь сужением пространства прав врача. Однако такое положение вещей не является нормальным и требует вмешательства, в том числе, и специалистов по биомедицинской этике.

Вторая проблема, содержательно связанная с первой, заключается в том, что деятельность врача превращается из служения человеку, его активности, имеющей высокую моральную миссию, в работу по оказанию услуг. Врач становится простым исполнителем, элементом излишне нормативно урегулированной медицинской деятельности, проблемным, но пока еще необходимым придатком системы здравоохранения.

Под вопросом находится профессиональное самоопределение врача. Его автономия с разгромным счетом проигрывает автономии пациента. Так, в России действуют нормативные правовые акты, закрепляющие стандарты и порядок оказания медицинской помощи (например, Стандарт специализированной медицинской помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете как Приложение к приказу Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. № 858н). В таких актах детально регламентируются варианты лечения пациентов с определенными заболеваниями. Однако реальный пациент может существенно отличаться от среднестатистического пациента, с расчетом на которого разработаны стандарты медицинской помощи. С одной стороны, такие стандарты обеспечивают определенные гарантии пациентам, их равенство, справедливое распределение ресурсов системы здравоохранения, наконец, в некоторой степени защищают от непрофессионализма и врачебных ошибок. С другой стороны, врач, сделавший вывод о том, что стандартные варианты лечения конкретному пациенту не подходят, встает перед сложным выбором: лечить по регламенту и защитить себя, если результат будет негативным, или отступить от регламента, руководствуясь принципами «Не навреди» и «Делай благо», но при этом рискуя репутацией, работой, а иногда и личной свободой.

К сожалению, врачи часто сталкиваются с непорядочностью пациентов. Когда пациент болен и врач информирует его о возможном варианте лечения, не соответствующем стандартам оказания медицинской помощи, и своим индивидуальным рискам, связанных с реализацией такого варианта, пациент соглашается, гарантируя врачу, что не будет обжаловать его решения. Если лечение оказывается эффективным, обещание остается в силе. Если же результат негативен, пациент склонен обвинять врача, и в ряде случаев государство оказывается на его стороне.

Таким образом, можно констатировать, что несмотря на преимущества норм и ценностей биомедицинской этики над патерналистской моделью отношений «врач – пациент», в последней существовало личное доверие пациента врачу. В современном обществе с отказом от базовых принципов, заложенных Гиппократом, фактически разрушены основания доверия как пациента врачу, так и врача пациенту.

Сложившаяся ситуация требует не только нормативного вмешательства, отклика субъектов нормотворчества – как правового, так и морального, но и очередного переосмысления ценностно-нормативных оснований взаимоотношений врача и пациента.

Одно из направлений решения проблемы дисбаланса прав и ответственности пациента заключается в воспитании «потенциальных» пациентов. Каждый человек должен понимать, что в современном обществе его здоровье, а также здоровье его близких (особенно недееспособных или не обладающих полной дееспособностью) зависит уже не от врача, а от него самого. Смещение акцентов на профилактику болезней, приобщение населения к здоровому образу жизни, обучение навыкам поиска достоверной информации о рисках для здоровья – необходимые элементы воспитания морально ответственного «потенциального» пациента. В ряде стран наблюдается тенденция к возложению все большей ответственности людей за собственное здоровье. В частности, обсуждается повышение налогов и медицинских страховок для курящих (в России этот вопрос обсуждался Государственной Думой еще в 2012 г., но безрезультатно; в США выше стоимость не только индивидуальной медицинской страховки для курящих людей, но и групповой, оплачиваемой работодателями в тех коллективах, где есть курящие

работники). В Японии с 2008 г. действует так называемый метаболический закон (Specific Health Checkups – SHC and the Specific Health Guidance – SHG), согласно которому страховые компании выявляют граждан с лишним весом и понуждают их к изменению образа жизни, предлагая, в зависимости от фактора риска, интенсивную или мотивационную программу [5].

Вторая проблема оставляет гораздо меньше пространства для поиска возможных вариантов решения. Как вернуть врачу автономию? Возможно ли изменить отношение к деятельности врача не как к услуге, а как к служению? Где искать основания для доверия врача и пациента друг другу? В сложившейся системе биомедицинских практик такие вопросы выглядят, скорее, риторическими. Несомненно, положительное влияние на их решение оказывают процессы самоорганизации врачей. Так, коллеги Тамары Пермяковой, арестованной за то, что она не обеспечила медицинское наблюдение за 3-хлетним ребенком, оставленным родителями в запертой квартире без воды и еды, в ответ на принятые меры массово подали заявления об увольнении [2]. Значимую роль в защите прав медицинских работников играют институционализированные сообщества: Национальная медицинская палата, Лига защиты врачей и др. Однако формат противостояния врачей и пациентов, врачей и государства, государства и пациентов по определению не является конструктивным.

Вероятно, в настоящее время мы наблюдаем начало третьей (по сравнению со временем Гиппократ и периодом развития биоэтики) эпохи медицинской этики – ценностно-нормативной трансформации системы взаимоотношений «врач – пациент» с точки зрения баланса прав и обязанностей, интересов и ответственности, восстановления доверия врача и пациента друг другу. Возможно, действенными мерами окажется повышение социального статуса и морального авторитета врачей, нормативно закрепленное расширение их профессиональной автономии, в частности, отмена медицинской статистики как основного показателя эффективности деятельности медицинских работников и медицинских организаций.

В заключение следует отметить, что описанные выше проблемы, возникающие в отношениях врачей и пациентов, являются отражением общих тенденций развития современного общества. Сходные проблемы наблюдаются и в системе образования. Смещение нормативных акцентов, к сожалению, часто приводит не к желаемым и прогнозируемым результатам, а к ущемлению прав членов профессиональных сообществ в пользу клиентов и потребителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml (дата обращения: 05.03.2019).
2. Костарнова Н. Дело врачей. Киров: «Мы не думали о последствиях, когда писали заявления» / Н. Костарнова. URL: <https://www.pravmir.ru/delo-vrachey-kirov-myi-ne-dumali-o-posledstviyah-kogda-pisali-zayavleniya/> (дата обращения: 10.03.2019).
3. Сычев, А. А. Эволюция представлений о достоинстве в истории этической мысли / А. А. Сычев // Вестник РУДН. Сер.: Философия. – 2017. – Т. 21. – № 3. – С. 305–313.
4. Barry P. B. The ethics of voluntary amputation / P. B. Barry // Public Affairs Quarterly. – 2012. – Vol. 26. – № 1. – P. 1–18.
5. Tsushita K. Rationale and Descriptive Analysis of Specific Health Guidance: the Nationwide Lifestyle Intervention Program Targeting Metabolic Syndrome in Japan / K. Tsushita, A. S. Hosler, K. Miura, Y. Ito, T. Fukuda, A. Kitamura, K. Tatara // Journal of Atherosclerosis and Thrombosis. – 2018. – № 25(4). – P. 308–322. doi: 10.5551/jat.42010.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-011-00082.

THE INVOLVEMENT OF BIOETHIC PRINCIPLES IN THE SPIRITUAL COUNSELING OF DETAINEES, WHO SIMULATE CERTAIN DISEASES

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЭТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ В ДУХОВНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЗАКЛЮЧЕННЫХ, СИМУЛИРУЮЩИХ БОЛЕЗНИ

V. Cojocaru

B. Кожакару

*State University of Medicine and Pharmacy «N. Testemițanu», or. Chișinău, Republic of Moldova
prviorelcojocaru@gmail.com*

*Государственный университет медицины и фармации им. Н. А. Тестемичану,
г. Кишинев, Республика Молдова*

Социальная биоэтика ставит и решает этические и социально-медицинские проблемы улучшения как отношений между врачом и пациентом, так и качества жизни. Чтобы поддержать полноценность и правильность медицинских действий в условиях ограниченной свободы и избежать этических несоответствий в период лечения заключенных, целесообразно тщательно исследовать взаимосвязи: медицина–мораль–пенитен-