

2014

# БИОЭТИКА. ЭТИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

И. А. Шамов., С. А. Абусуев



## **БИОЭТИКА. ЭТИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ**

Библиография Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты [Электронный ресурс] / И. А. Шамов, С. А. Абусуев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429754.html>

Авторы И. А. Шамов, С. А. Абусуев

Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2014

Прототип Электронное издание на основе: Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты : учеб. пособие по этическим и юридическим документам и нормативным актам / составители И. А. Шамов, С. А. Абусуев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 357 с. - ISBN 978-5-9704-2975-4.

Аннотация. Во второй половине XX столетия во врачевании произошли качественно новые изменения, диктующие необходимость пересмотра норм взаимоотношений врача и больного и придания им правового характера. В данной книге представлен ряд документов этического и юридического плана по вопросам медицины и биоэтики.

Для преподавателей и студентов медицинских вузов, интернов, клинических ординаторов, аспирантов, врачей всех профилей, этических комитетов медицинских учреждений.

<a href="#"><u>Введение</u></a>	6
<a href="#"><u>Документы этического плана (рекомендательные стандарты) документы по этике и деонтологии</u></a>	6
<a href="#"><u>Клятва российского врача</u></a>	6
<a href="#"><u>Присяга врача России</u></a>	7
<a href="#"><u>Американская медицинская ассоциация: принципы медицинской этики.</u></a>	8
<a href="#"><u>Новые стандарты для медицинских исследований</u></a>	9
<a href="#"><u>Основные принципы ухода за лабораторными животными</u></a>	12
<a href="#"><u>Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения</u></a>	14
<a href="#"><u>Документы по вопросам трансплантации Заявление о торговле живыми органами</u></a>	15
<a href="#"><u>Документы по вопросам трансплантации</u></a>	15
<a href="#"><u>Документы по действию врачей в экстремальных ситуациях</u></a>	17
<a href="#"><u>Заявление о вопросах медицинской этики в период катастроф</u></a>	17
<a href="#"><u>Токийская декларация</u></a>	21
<a href="#"><u>Декларация о жестоком обращении с пожилыми людьми и стариками</u></a>	21
<a href="#"><u>Документы по ВИЧ-инфекции женева декларация людей, живущих с позитивными результатами теста на антитела ВИЧ</u></a>	23
<a href="#"><u>Документы по справедливому распределению ресурсов в медицине</u></a>	26
<a href="#"><u>Документы по вопросу аборта и репродуктивных технологий заявление о праве женщины на использование контрацепции</u></a>	26
<a href="#"><u>Заявление о праве женщины на использование контрацепции</u></a>	27
<a href="#"><u>Документы юридического плана (обязательные). Документы организационного плана российская федерация. Федеральный закон.</u></a>	29
<a href="#"><u>Проект федерального закона "О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения"</u></a>	31

<u>Основополагающие документы</u>	37
<u>Документы по вопросам констатации смерти и трансплантации органов и тканей</u>	37
<u>Документы разного плана</u>	38

## **ВВЕДЕНИЕ**

Во второй половине XX столетия произошли качественные изменения в медицине. В нее вторглись высокие технологии. Врачевание поднялось на более высокую ступень. Медицине стало доступно недоступное ранее. Возросло ее могущество. Человека стало возможным «починить» как машину, как механическое создание. Взаимоотношения врача и больного все больше стали уподобляться взаимоотношениям деловых людей. Есть человек, предлагающий свои услуги в охране здоровья - врач - и есть потребитель этих услуг - больной человек. А, коли, дело обстоит так, возникла необходимость правового регулирования их взаимоотношений. Возникла самостоятельная область права - медицинское право. Целый ряд взаимоотношений врача и больного стал регулироваться законами. Однако закон и право не заменили собой Мораль во врачевании. Она осталась и по-прежнему, не хуже, чем правовые документы, влияет на врачевание, на медицину, на отношение врача к больному, к коллегам, обществу. Издавна правила взаимоотношений врача и больного складывались в моральные и юридические своды, кодексы, нормативные акты. Все они давно и прочно вошли в жизнь западного общества, в развитые социумы. В то же время ряду из них в советское время не уделялось достаточно внимания. В последнее десятилетие целый ряд медицинских сообществ и управленческий аппарат здравоохранения стали уделять достаточно внимания этим документам. В России разработан и официально принят целый ряд важных правовых документов, регулирующих взаимоотношения врача и больного, медицинских процедур, вмешательств в различные области генетики и биологии и т.д. Достаточно жестко стал регламентироваться медицинский эксперимент, как на людях, так и на животных, научно-исследовательская работа, связанная с людьми, лекарственное вмешательство и многое другое.

Для успешной работы врачу и ученому-медику стало настоятельно необходимым знать эти документы и руководствоваться ими в своей деятельности. В то же время многие из этих документов недоступны им, они разбросаны в различных изданиях или в министерских реляциях, как правило доходящих лишь до административных лиц. В связи с этим в данной книжке собраны важнейшие этические и юридические документы, пришедшие к нам еще от «отца медицины» Гиппократ и принятые в последние десятилетия в России или в других странах. В последнем случае Россия, как правило, присоединялась к нормативным международным или европейским документам. Надеемся, что данная книга принесет пользу как нам - врачам, так и нашим пациентам, повышая их юридическую и этическую грамотность.

### **ДОКУМЕНТЫ ЭТИЧЕСКОГО ПЛАНА (РЕКОМЕНДАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ) ДОКУМЕНТЫ ПО ЭТИКЕ И ДЕОНТОЛОГИИ**

#### **КЛЯТВА РОССИЙСКОГО ВРАЧА**

Утверждена 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994 г.

Добровольно вступая в медицинское сообщество, я торжественно клянусь и даю письменное обязательство посвятить себя служению жизни других людей, всеми профессиональными средствами стремясь продлить ее и сделать лучше: здоровье моего пациента всегда будет для меня высшей наградой. Клянусь постоянно совершенствовать мои медицинские познания и врачебное мастерство, отдать все знания и силы охране здоровья человека и ни при каких обстоятельствах я не только использую сам, но и никому не позволю использовать их в ущерб нормам гуманности.

Я клянусь, что никогда не позволю соображениям личного, религиозного, национального, расового, этнического, политического, экономического, социального и иного немедицинского характера встать между мной и моим пациентом. Клянусь безотлагательно оказывать неотложную медицинскую| помощь любому, кто в ней

нуждается, внимательно, заботливо, уважительно и беспристрастно относиться к своим пациентам, хранить секреты доверившихся мне людей даже после их смерти. Обращаться, если этого требуют интересы врачевания, за советом к коллегам по профессии и самому никогда не отказывать им ни в совете, ни в бескорыстной помощи, беречь и развивать благородные традиции медицинского сообщества, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству.

Я обязуюсь во всех своих действиях руководствоваться Этическим кодексом российского врача, этическими требованиями моей ассоциации, а также международными нормами профессиональной этики, исключая, не признаваемое Ассоциацией врачей России, положение о допустимости пассивной эвтаназии.

### **ПРИСЯГА ВРАЧА РОССИИ**

Московский Патриархат. ЦЕРКОВНО-ОБЩЕСТВЕННЫЙ СОВЕТ ПО БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ

Вступая в медицинское сообщество и приступая к врачебной деятельности, перед лицом своих учителей и товарищей по науке и искусству врачевания, **ТОРЖЕСТВЕННО ОБЯЗУЮСЬ:**

посвятить свою жизнь служению идеалам милосердия, гуманности и уважения к человеческой жизни с момента ее возникновения и никогда, даже под угрозой, не использовать свои медицинские знания во вред людям;

никогда и никому не отказывать во врачебной помощи и оказывать ее нуждающемуся с одинаковым старанием и терпением независимо от его благосостояния, социального положения, возраста, национальности, вероисповедания и убеждений;

направлять лечение больных к их пользе, соблюдая их права, не разглашая врачебную тайну даже после их смерти;

не давать никому просимого у меня смертельного средства и не участвовать в действиях преднамеренного лишения жизни пациента, даже по его просьбе или просьбе его близких;

почитать моих учителей, помогать им в их делах и нуждах, на всю жизнь сохранить благодарность и уважение к тем, кто научил меня врачебному искусству;

обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к коллегам и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

считать моих коллег братьями и сестрами и говорить им, не унижая их достоинства, правду прямо и без лицепрития, если этого требуют интересы больного;

постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, передавая свои знания, умения и опыт врачевания ученикам;

поддерживать всеми моими силами честь и благородные традиции отечественной медицины и медицинского сообщества, исполняя мой профессиональный долг по совести и с достоинством;

**Я ПРИНИМАЮ НА** себя эти обязательства открыто, свободно и честно

#### ***Генеральная конференция,***

*принимая во внимание* Всеобщую декларацию о геноме человека и правах человека, принятую сегодня, 11 ноября 1997 г.,

*отмечая,* что соображения, высказанные государствами-членами при принятии Всеобщей декларации, актуальны для претворения в жизнь ее положений,

**1. настоятельно призывает** государства-члены:

а) руководствуясь положениями Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека, принять необходимые меры, в том числе, в случае необходимости, законодательного или регламентирующего характера, направленные на содействие принципам, изложенным в Декларации, и их осуществление;

б) регулярно представлять Генеральному директору сведения о всех мерах, принимаемых ими в целях осуществления принципов, изложенных в Декларации;

2. *предлагает* Генеральному директору:

а) созвать как можно скорее после 29-й сессии Генеральной конференции сбалансированную с точки зрения географической представленности специальную рабочую группу в составе представителей государств-членов с целью подготовки для него рекомендаций в отношении организации Международного комитета по биоэтике, задач последнего в связи со Всеобщей декларацией, а также условий, в частности масштаба консультаций, в рамках которых Комитет будет обеспечивать претворение в жизнь положений указанной Декларации, и представить доклад по этому вопросу Исполнительному совету на его 154-й сессии;

б) принять необходимые меры, с тем чтобы Международный комитет по биоэтике обеспечил распространение Декларации, а также претворение в жизнь ее положений и содействовал провозглашенным в ней принципам;

с) подготовить для Генеральной конференции комплексный доклад о положении в мире в областях, относящихся к сфере действия Декларации, используя при этом информацию, представленную государствами-членами, а также другую со всей очевидностью достоверную информацию, полученную так, как он сочтет нужным;

д) учесть при подготовке своего комплексного доклада работу, проделанную организациями и учреждениями системы Организации Объединенных Наций, другими межправительственными организациями, а также компетентными международными неправительственными организациями;

е) представить Генеральной конференции свой комплексный доклад, а также все замечания и рекомендации общего характера, которые он сочтет необходимыми для содействия осуществлению Декларации.

## **АМЕРИКАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ: ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ. Чикаго, 1964 г.**

Вступление.

Настоящие принципы предлагаются в помощь врачам для индивидуального и коллективного поддержания высокого уровня этического поведения. Они являются не законом, а стандартом, которым каждый врач может руководствоваться лично в его взаимоотношениях с больными, коллегами, представителями смежных профессий и с общественностью.

**Раздел I.** Основной целью медицинской профессии является служение человечеству при полном уважении достоинства человека. Врач обязан заслужить доверие больных заинтересованностью в их излечении, преданностью им и использованием в каждом случае всех, зависящих от него мер.

**Раздел II.** Врач обязан стремиться совершенствовать медицинские знания и опыт, приносить посильную пользу больным и коллегам в их профессиональных делах.

**Раздел III.** Врач обязан использовать в своей практике научно обоснованные методы лечения; ему не разрешается сотрудничество с лицами, попирающими этот принцип.

**Раздел IV.** Медицинское сословие призвано предостерегать общественность и себя от аморальных и недостаточно компетентных врачей. Врачи должны соблюдать все законы, возвышающие достоинство и честь профессии, и руководствоваться ими в целях самодисциплины. Они должны без колебаний подвергать критике незаконное или неэтичное действие представителя профессии.

**Раздел V.** Врач имеет право выбора пациента. При неотложном случае он обязан оказать пострадавшему медицинскую помощь с максимальным исполнением долга. Взяв на себя обязательство лечить больного, он не в праве пренебрегать им; если больной выписан из стационара, врач должен прекратить его обслуживание только



после предписания ему соответствующих рекомендаций. Он не должен выступать в роли поверенного больного.

**Раздел VI.** Врач не может отказываться от выполнения своих обязанностей в любых случаях, которые входят в его компетенцию, а также не имеет права ограничиваться оказанием нуждающемуся неквалифицированной помощи.

**Раздел VII.** В лечебной практике врач обязан ограничить источник своего профессионального дохода медицинскими услугами, действительно им выполняемыми (или проведенными под его контролем) по отношению к больному. Его гонорар должен соответствовать платежеспособности пациента. Он не должен ни платить, ни получать комиссионные за направление больных на консультацию. В интересах больных врачам разрешается отпускать лекарства предметы медицинского обихода и приборы.

**Раздел VIII.** Врач должен консультировать при просьбе; в сомнительных и сложных случаях, или тогда, когда это может способствовать интересам медицинского обслуживания.

**Раздел IX.** Врач не должен обнаруживать поверенные ему больным тайны или выявленные у больных в ходе медицинского обследования дефекты, если этого не требует закон или интересы защиты инвалида и общества.

**Раздел X.** Высокие идеалы медицинской профессии налагают на врача ответственность не только перед инвалидом, но и перед обществом, интересам которого он служит; его деятельность должна быть направлена на обеспечение благополучия каждого человека и общества в целом.

## **НОВЫЕ СТАНДАРТЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации, 2000 г.

### **A. Введение**

Всемирная медицинская ассоциация разработала Хельсинскую декларацию как кодекс этических принципов деятельности врачей и других участников медицинских исследований, проводимых на человеке. Медицинские исследования с участием людей включает исследования на идентифицируемом человеческом материале или идентифицируемых данных. Обязанность врача - укреплять и охранять здоровье людей. Знания и совесть врача посвящаются исполнению этого долга.

Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации накладывает на врача обязательство: «Здоровье моего пациента будет для меня первой заботой»; Международный кодекс медицинской этики провозглашает: «Врач должен действовать только в интересах пациента, когда он оказывает медицинскую помощь, которая могла бы вызвать ухудшение физического и психического состояния пациента».

Медицинский прогресс основывается на исследованиях, которые в конечном счете должны частично осуществляться путем экспериментирования с участием человека. В медицинских исследованиях на человеке соображения, связанные с благополучием испытуемого, должны превалировать над интересами науки и общества.

Первичная цель медицинского исследования с участием человека - это совершенствование профилактических, диагностических и терапевтических процедур и понимание этиологии и патогенеза болезни. Даже признанные лучшими профилактические, диагностические и терапевтические методы должны постоянно проверяться в ходе исследований их эффективности, действенности, доступности и качества. В обычной медицинской практике и в медицинских исследованиях большинство профилактических, диагностических и терапевтических процедур несет в себе риск и тяготы.

Медицинские исследования подчиняются этическим стандартам, обеспечивающим уважение каждого человеческого существа, защиту его здоровья и прав. Некоторые группы людей, привлекаемые к участию в исследованиях, уязвимы и

нуждаются в специальной защите. Должны быть признаны особые нужды лиц, находящихся в тяжелом экономическом и медицинском состоянии. Специального внимания заслуживают также те, кто не может самостоятельно дать согласие или отказаться в нем, наряду с теми, кто может быть принужден к даче согласия, как и с теми, кто лично не получает какой-либо пользы от участия в исследовании или для кого исследование совмещается с медицинской помощью.

Исследователи должны быть осведомлены об этических, правовых и законодательных требованиях, предъявляемых к исследованию с участием человека в их собственных странах, а также о применяемых международных требованиях. Никакие национальные, этические, правовые или законодательные требования не могут ослаблять или отменять любые меры защиты испытуемых, установленные данной декларацией. В. Основные принципы для всех медицинских исследований

Обязанность врача, участвующего в медицинском исследовании, защищать жизнь, здоровье, неприкосновенность частной жизни и достоинство испытуемого. Медицинские исследования с участием человека должны соответствовать общепринятым научным принципам, основываться на глубоком знании научной литературы, других источников информации, на результатах соответствующих лабораторных исследований и, там, где необходимо, экспериментов на животных. Соответствующая предосторожность необходима при проведении исследований, которые могут повлиять на окружающую среду; необходимо заботиться и о благополучии животных, используемых для исследований.

План и способ выполнения любой экспериментальной процедуры с участием человека в качестве объекта должны быть четко сформулированы в протоколе эксперимента. Этот протокол должен подаваться для рассмотрения, внесения поправок и комментариев, а если это установлено, - для одобрения в специально назначенный этический комитет, который должен быть независимым от исследователя, спонсора и любого другого неуместного влияния. Деятельность этого независимого комитета должна осуществляться в соответствии с законами и правилами страны, в которой проводится исследовательский эксперимент. Комитет имеет право надзора за проводимыми испытаниями. Исследователь обязан предоставлять в комитет информацию, необходимую для такого надзора, особенно информацию о любых серьезных неблагоприятных событиях. Исследователь также обязан передавать для экспертизы в комитет информацию о финансировании, спонсорах, своем месте работы, других потенциальных конфликтах интересов и стимулах, значимых для испытуемых.

Исследовательский протокол всегда должен содержать заявление о том, что этические соображения приняты во внимание, а также указание на приверженность принципам, сформулированным в данной декларации. Медицинское исследование с участием человека должно проводиться только лицами, имеющими научную квалификацию, и под наблюдением клинически компетентного медицинского работника. Ответственность за испытуемого должна всегда возлагаться на лицо с соответствующей медицинской квалификацией и никогда - на испытуемого, даже несмотря на то, что испытуемый дал согласие.

Каждому медицинскому исследовательскому проекту, предполагающему участие человека, должна предшествовать тщательная оценка предсказуемого риска и тягот в сравнении с предполагаемой пользой для испытуемого или для других людей. Это не исключает участия в медицинских исследованиях здоровых добровольцев. Планы всех исследований должны быть доступными общественности.

Врачи должны воздерживаться от участия в исследованиях с участием людей до тех пор, пока они не будут уверены в том, что связанный с исследованием риск адекватно оценивается и контролируется. Врачи должны прекратить любое исследование, когда обнаруживается, что риск превышает ожидаемые выгоды, или когда убедительно доказано, что результаты будут положительными и полезными.

Медицинское исследование с участием человека может проводиться только в том случае, если важность цели исследования перевешивает связанные с ним риск и тяготы для испытуемого. Это особенно важно, когда испытуемыми являются здоровые добровольцы.

Медицинское исследование оправдано только в том случае, если есть разумная вероятность, что группы населения, в которых проводится исследование, получают выгоду от его результатов. Испытуемые должны быть добровольными и информированными участниками исследовательского проекта. Всегда должно уважаться право испытуемого на защиту его целостности. Должны быть приняты все меры предосторожности для обеспечения неприкосновенности частной жизни испытуемого, конфиденциальности информации о пациенте и минимизации воздействия исследования на физическую и психическую целостность испытуемого и на его личность.

В любом исследовании на человеке каждый потенциальный испытуемый должен быть адекватно информирован о целях, методах, источниках финансирования, любых возможных конфликтах интересов, месте работы исследователя, ожидаемых выгодах и возможном риске от участия в исследовании, а также о тех неудобствах, которые оно может повлечь. Испытуемый должен быть проинформирован о своем праве воздержаться от участия в исследовании или без каких-либо санкций отозвать свое согласие на участие в любое время. Убедившись, что испытуемый понял предоставленную информацию, врач должен получить от испытуемого информированное согласие, данное без принуждения, предпочтительно в письменной форме. Если согласие не может быть получено в письменной форме, неписьменное согласие должно быть соответствующим образом документировано в присутствии свидетелей.

При получении информированного согласия для участия в исследовательском проекте врачу следует быть особенно осторожным, если испытуемый находится в зависимых отношениях от врача или если согласие может быть получено под принуждением. В подобном случае информированное согласие должно быть получено хорошо информированным врачом, который не участвует в исследовании и который не связан такими отношениями с испытуемым.

Если испытуемый по закону признан недееспособным, физически или умственно не способен дать согласие или по закону является недееспособным несовершеннолетним, исследователь должен получить информированное согласие от юридически уполномоченного представителя в соответствии с действующим законодательством. Эти группы не следует вовлекать в исследования, если исследование не является необходимым для улучшения здоровья лиц, принадлежащих именно к данной группе, и когда данное исследование не может быть проведено на юридически дееспособных лицах. Если испытуемый, считающийся юридически недееспособным, как, например, малолетний ребенок, в состоянии одобрить решение об участии в исследовании, то исследователь должен получить такое одобрение в дополнение к согласию юридически уполномоченного представителя.

Исследование на лицах, от которых невозможно получить согласие, включая согласие по доверенности или предварительное согласие, может приводиться, только если физическое и (или) душевное состояние, которое не позволяет получить информированное согласие, является необходимой характеристикой для данной группы испытуемых. Особые причины для привлечения к исследованию лиц, состояние которых не позволяет им дать информированное согласие, должны быть изложены в протоколе экспериментов для рассмотрения и одобрения проводящим экспертизу комитетом. В протоколе должно быть отмечено, что согласие продолжать участие в исследовании при первой возможности будет получено от самого испытуемого или от его законного представителя.

Как авторы, так и издатели несут этические обязательства. При публикации результатов исследования исследователи обязаны сохранять точность результатов. Отрицательные, так же, как и положительные, результаты должны публиковаться или делаться доступными каким-либо иным образом. В публикации должны быть отражены источники финансирования, место работы исследователя и любые возможные конфликты интересов. Сообщения об экспериментах, проведенных с нарушением принципов, изложенных в данной декларации, не должны приниматься к публикации.

С. Дополнительные принципы для медицинских исследований, сочетающихся с оказанием медицинской помощи

Врач может сочетать медицинское исследование с оказанием медицинской помощи только в той мере, в какой исследование оправдано своей потенциальной профилактической, диагностической или терапевтической ценностью. Когда медицинское исследование сочетается с медицинской помощью, для защиты пациентов, которые являются испытуемыми, применяются дополнительные стандарты.

Выгоды, риск, тяготы и эффективность нового метода должны проверяться в сопоставлении с наилучшими из имеющихся профилактических, диагностических и терапевтических методов. Это не исключает использования плацебо или отсутствия лечения в исследованиях в тех случаях, когда не существует профилактического, диагностического или терапевтического метода с подтвержденной эффективностью.

По окончании исследования каждому пациенту, участвовавшему в исследовании, должен быть гарантирован доступ к наилучшим из проверенных диагностических, профилактических или терапевтических методов, выявленных в данном исследовании.

Врач должен в полной форме информировать пациента о том, какие аспекты медицинской помощи связаны с данным исследованием. Отказ пациента принять участие в медицинском исследовании не должен мешать отношениям пациента и врача.

При лечении пациента, когда проверенных профилактических, диагностических и терапевтических методов не существует или они неэффективны, врач, получив информированное согласие пациента, должен быть свободен в использовании не апробированных или новых профилактических, диагностических и терапевтических средств, если, по мнению врача, это дает надежду на спасение жизни, восстановление здоровья или облегчение страданий. По возможности эти средства должны стать объектом исследования, направленного на оценку их безопасности и эффективности. Во всех случаях новая информация должна записываться и, если необходимо, публиковаться. При этом необходимо следовать и другим относящимся к делу положениям данной декларации.

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ЛАБОРАТОРНЫМИ ЖИВОТНЫМИ**

(извлечения из. *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals*, Washington, D.C., 1996;

*Animal Welfare Act Regulations*, Title 9 Code of Federal Regulations, Parts 1, 2 and 3. USA;

*Legislation*. Official Journal of European Communities. 1986. Vol.29;

*Law Concerning the Protection and Control of Animals* (Law #105), October 1, 1973, Japan;

*Standards Relating to the Care and Management. Etc. of Experimental Animals* (Notification

#6), March 27, 1980, Japan; *Использование животных в космической биологии и медицине*. Российский национальный комитет по биоэтике Российской Академии наук).

В процессе приобретения знаний, необходимых для улучшения здоровья и благополучия человека и животных, требуется проведение экспериментов *in vivo* на разнообразных видах животных. Совет управляющих признает, что условия содержания и ухода за лабораторными животными являются предметом согласования между исполнителем и Финансирующей стороной в каждом конкретном проекте. Они должны быть определены и оговорены в Соглашении по проекту. Во всех случаях,

когда разрабатываются проекты МНТЦ, предусматривающие научные исследования, обучение, выполнение испытаний или экспериментальных процедур с использованием позвоночных животных, должны соблюдаться нижеуказанные принятые в странах-участницах МНТЦ основные принципы, которые в краткой форме взяты из основополагающих документов и которые должны пересматриваться по мере совершенствования правил и законов.

В случаях, когда имеются расхождения между правилами и основными принципами финансирующих Сторон и Сторон-исполнителей, применяются более «строгие» стандарты участвующих Сторон для части работ, выполняемых в РФ и других государствах СНГ. Хотя не требуется, чтобы стандарты были идентичными, они должны быть сравнимыми, соблюдаться, чтобы иметь силу, и обеспечивать сходный конечный результат. МНТЦ будет вести библиотеку этих основополагающих документов Сторон-участниц и предоставит их всем институтам, которые будут задействовать лабораторных животных в своих проектах или деятельности.

В целях обеспечения приверженности этим основным принципам финансирующая Страна и Институт/Исполнитель должны рассматривать нижеуказанные вопросы для каждого проекта:

Ключевая цель «Основных принципов» - защита животных, человека и окружающей среды, а также представление основы для использования животных в экспериментах с соблюдением принципов этики. Животные должны закупаться только у уполномоченных и зарегистрированных поставщиков. Транспортировка, использование животных и уход за ними соответствуют вышеизложенным Стандартам, основным принципам и законодательствам Сторон.

Процедуры, в которых задействованы животные, должны разрабатываться и реализовываться с надлежащим рассмотрением их связи с вопросами здоровья человека или животных, прогрессом знаний и доброй волей общества. В институтах-участниках деятельности МНТЦ будут созданы постоянные комитеты (если они еще не созданы) с целью надзора и утверждения вопросов использования лабораторных животных и ухода за ними. Примеры таких комитетов приведены в Справочнике по уходу за лабораторными животными и их использованию или Уставе, утвержденном Российским национальным комитетом по биоэтике Российской Академии наук, который называется «Использование животных в космической биологии и медицине». Животные, выбранные для процедуры, должны быть соответствующего вида и качества; также они должны использоваться в минимальном количестве, необходимом для получения обоснованных результатов. Следует рассматривать такие методы, как математические модели, компьютерное моделирование и биологические системы *in vivo*.

Необходимо обеспечить надлежащее использование животных, в том числе исключить или минимизировать дискомфорт, стресс и боль, когда это согласуется с обоснованной практикой научных работ. Если не установлено иное, ученые должны считать, что процедуры, вызывающие боль и стресс у человека, могут вызывать боль или стресс и у животных.

Процедуры с использованием животных, которые могут вызывать не только кратковременные или незначительные боль или стресс, должны выполняться с применением соответствующих седативных, анальгезирующих или анестезирующих средств. Хирургические или другие болезненные вмешательства не должны выполняться без применения анестезии на животных, обездвиженных химическими препаратами. Животные, которые в ином случае страдали бы от выраженных или хронических болей или стресса, которые невозможно облегчить после завершения процедуры, должны безболезненно забиваться в конце процедуры или, если это уместно во время процедуры.

Условия существования животных должны быть соответствующими для их вида и поддерживать их здоровье и комфортное состояние. Как правило, вопросы, связанные с помещением, кормом и уходом за всеми животными, используемыми для биомедицинских целей, должен решать квалифицированный ветеринар или другой ученый, имеющий соответствующую подготовку и опыт по надлежащему уходу, обращению и использованию тех видов животных, которые содержатся или изучаются. Ученые и другой персонал имеют надлежащие квалификации и опыт для выполнения процедур на живых животных. Соответствующим образом организовывается обучение на рабочем месте, в том числе по надлежащему и гуманному уходу за лабораторными животными (по мере необходимости).

В тех случаях, когда необходимы исключения в отношении положений настоящих Принципов, принятие решений не должно возлагаться на ученых, которых это непосредственно касается. Решение должно приниматься (при надлежащем учете Принципа II) соответствующей группой экспертов, например, существующей в организации комиссией, руководящей уходом за животными и их использованием. Такие исключения не следует делать только для целей обучения или демонстрации.

## **ДВЕНАДЦАТЬ ПРИНЦИПОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЮБОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Приняты 17-ой Ассамблеей ВМА, Нью-Йорк, США, октябрь 1963, дополнены 35-ой Ассамблеей ВМА, Венеция, Италия, октябрь 1983

Преамбула

На планете работают различные системы здравоохранения - от полностью автономных до исключительно государственных. В одних странах помощь оказывают лишь остро в ней нуждающимся, в других - существует развитая система медицинского страхования, третьи существенно продвинулись в организации комплексной охраны здоровья. Различные степени сочетания частной инициативы и государственной политики в области здравоохранения порождают множество вариантов систем предоставления медицинской помощи.

В идеале необходимо обеспечить наиболее современный уровень медицинской помощи при полной свободе выбора, как для врача, так и для пациента.

Однако, эта формула носит слишком общий характер и, к сожалению, мало помогает при решении конкретных проблем здравоохранения в конкретной стране.

Всемирная Медицинская Ассоциация считает своим долгом встать на защиту основных принципов медицинской практики и свободы медицинской профессии, а потому, не вдаваясь в оценку ни одной из национальных систем здравоохранения, декларирует условия, соблюдение которых необходимо для эффективного сотрудничества медицинского сообщества с государственной системой здравоохранения.

Принципы

I. В любой системе здравоохранения условия работы медиков должны определяться с учетом позиции общественных врачебных организаций.

II. Любая система здравоохранения должна обеспечивать пациенту, право выбора врача, а врачу - право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациента. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь оказывается в медицинских центрах. Профессиональная и этическая обязанность врача - оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений.

## **ДОКУМЕНТЫ ПО ВОПРОСАМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗАЯВЛЕНИЕ О ТОРГОВЛЕ ЖИВЫМИ ОРГАНАМИ**

Принято 37-ой Ассамблеей ВМА, Брюссель, Бельгия, октябрь 1985 г.

Рассмотрев факты, свидетельствующие о процветании в последнее время продажи живых донорских почек из слаборазвитых стран для пересадок в Европе и США, ВСЕМИРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ осуждает куплю-продажу человеческих органов для трансплантации,

ВСЕМИРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ обращается к правительствам всех стран с призывом принять эффективные меры для предотвращения использования человеческих органов в коммерческих целях.

Принято 41-ой Ассамблеей ВМА. Гонконг, сентябрь 1989 г.

Преамбула.

Перспективы трансплантации эмбриональной ткани (ТЭТ) для лечения таких заболеваний, как диабет и болезнь Паркинсона, вновь подняли этические вопросы этики эмбриологических исследований. В семидесятые годы дискутировалась этичность вторжения в живую ткань эмбриона и разработки новых способов пренатальной диагностики, например, фетоскопии. ТЭТ после непроизвольного или преднамеренного аборта напоминает использование трупных тканей и органов; этическое отличие в возможности влияния трансплантологических соображений на принятие решения об искусственном прерывании беременности.

Технология ТЭТ обоснована в экспериментах на животных. Число ТЭТ людям пока невелико, но уже можно говорить о широких перспективах клинических исследований по ряду заболеваний. Если клинические исследования докажут, что ТЭТ обеспечивает длительное снижение эндокринного дефицита, можно ожидать увеличения спроса на зародышевую ткань. Высказывается озабоченность, что последний может повлиять на принятие женщиной решения о прерывании беременности: некоторые женщины могут пожелать забеременеть с единственной целью - сделать аборт и передать зародышевую ткань родственнику или продать ее. Противники такой возможности требуют: (а) запрещения ТЭТ конкретному лицу, (б) запрещения продажи зародышевой ткани, (с) получения согласия на использование ткани зародыша для целей ТЭТ после принятия женщиной решения об аборте.

Решение о прерывании беременности может приниматься женщиной и под влиянием врача. Следовательно, необходимы меры к тому, чтобы соображения, связанные с ТЭТ не влияли на технику проведения аборта и сроки процедуры. Во избежание конфликта интересов, врачи и другой медперсонал, участвующие в прерывании беременности, не должны получать прямой или косвенной выгоды от использования тканей, получаемых в результате аборта. Изъятие и консервирование ткани, предназначенной для дальнейшего использования, не должно ставиться во главу угла при проведении аборта. Поэтому врачи, проводящие трансплантацию, не должны оказывать влияния на тех, кто делает аборт, и не могут самостоятельно принимать участие в прерывании беременности.

## **ДОКУМЕНТЫ ПО ВОПРОСАМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ**

Существует потенциальная возможность обогащения лиц, занятых в получении, хранении, исследовании, подготовке и доставке зародышевой ткани. Создание механизмов, исключающих такие возможности, позволит снизить прямое и косвенное влияние на женщину при получении согласия на использование abortивного материала.

Рекомендации

Всемирная Медицинская Ассоциация заявляет, что использование зародышевой ткани в целях ТЭТ еще находится на стадии экспериментирования и с этической точки зрения допустимо, если:

- 1) Соблюдаются принципы принятых ВМА Хельсинкской декларации и Декларации о трансплантации человеческих органов в части, относящейся к ТЭТ.
- 2) Зародышевая ткань заготавливается в соответствии с требованиями "Заявления о торговле живыми органами" и ее предоставление не продиктовано получением денежного вознаграждения, за исключением сумм на покрытие технических расходов.
- 3) Получатель зародышевой ткани определен не донором.
- 4) Окончательное решение об аборте принято до того, как поднят вопрос о ТЭТ. Гарантирована абсолютная независимость друг от друга бригад, проводящих операции аборта и трансплантации.
- 5) Принятие решения о сроках проведения аборта диктуется состоянием здоровья женщины. Вопрос о методе и сроке аборта решается исходя из соображений ее безопасности.
- 6) Медицинский персонал, проводящий операцию по прерыванию беременности не принимает участия в трансплантации и не получает никакого вознаграждения за ТЭТ.
- 7) ТЭТ разрешена законодательством страны и получено согласие донора и реципиента.

Принята 39-ой Ассамблеей ВМА. Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.

Всемирная Медицинская Ассоциация рекомендует всем врачам, занимающимся пересадкой человеческих органов, придерживаться следующих принципов:

1. Состояние здоровья пациента - главная забота врача в любой ситуации. Этот принцип должен соблюдаться и при проведении всех процедур, связанных с пересадкой органов от одного человека другому. Как донор, так и реципиент являются пациентами, и их права необходимо соблюдать. Ни один врач не может взять на себя ответственность за проведение операции по пересадке органа до тех пор, пока не будет обеспечено соблюдение прав и донора и реципиента.
2. Снижение стандартов в оказании медицинской помощи потенциальному донору не имеет никаких оправданий. Уровень оказываемой медицинской помощи не может зависеть от того, будет ли пациент донором или нет.
3. В случаях, когда для трансплантации берется орган умершего, смерть должна быть независимо констатирована минимум двумя врачами, не имеющими прямого отношения к процедуре пересадки. При констатации смерти, каждый из врачей должен использовать современные критерии, принятые национальной медицинской ассоциацией и другими медицинскими организациями его страны.
4. В случае проведения экспериментальной трансплантации человеку органов животных или искусственных органов, необходимо следовать Хельсинкской Декларации ВМА, содержащей рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях.
5. Совершенно необходимо полное всестороннее обсуждение предполагаемых процедур с донором и реципиентом, либо с их родственниками или законными представителями. При этом врач должен соблюсти объективность, сообщить об ожидаемом риске и о возможных альтернативных методах лечения. Подаваемые больному надежды, не должны противоречить реалиям. Желание врача послужить интересам науки должно быть вторичным, а интересы пациента - первичными. Необходимо получить информированное, добровольное и осознанное согласие донора и реципиента, а в случаях, когда это невозможно, то членов их семей или законных представителей.
6. Операции по пересадке органов могут проводиться только в специально оборудованных учреждениях компетентными, специально подготовленными специалистами, обладающими необходимыми знаниями, опытом и навыками.
7. Трансплантация может быть осуществлена только после тщательной оценки возможности и эффективности других способов лечения.



8. Купля-продажа человеческих органов строго осуждается.

Принята 46-ой Ассамблеей ВМА, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.

ПОСКОЛЬКУ существует серьезная озабоченность все возрастающим количеством сообщений об участии врачей в операциях по трансплантации человеческих органов или тканей, изъятых из тел:

• заключенных, приговоренных к смертной казни, не имеющих возможности отказаться от этого или без их предварительного согласия;

\* лиц, страдающих физическими или психическими недостатками (handicapped), 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;

и ПОСКОЛЬКУ в этих случаях участие врачей является прямым нарушением положений "Декларации ВМА о трансплантации человеческих органов", принятой в октябре 1987 г.;

ВМА еще раз торжественно подтверждает положения названной "Декларации" и призывает все национальные медицинские ассоциации соблюдать их, а в случаях их нарушений сурово наказывать врачей, замешанных в подобных нарушениях.

### **ДОКУМЕНТЫ ПО ДЕЙСТВИЮ ВРАЧЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ**

А. 1. При любых условиях, каждый человек - гражданский или военный - должен получить помощь, в которой он нуждается, независимо от пола, расы, национальности, религии, политических пристрастий и других немедицинских критериев.

2. Любое вмешательство, которое может причинить ущерб здоровью, физической или психической целостности человека, запрещается, если оно прямо не оправдано с лечебной точки зрения.

В. 1. В неотложных ситуациях врачи и вспомогательный медицинский персонал обязаны оказать немедленную помощь настолько хорошо, насколько это возможно. Для врача не может быть никаких различий между пациентами, кроме степени срочности состояния.

2. Врачам и медицинскому персоналу должны быть гарантированы защита и содействие, необходимые для свободного осуществления их деятельности и полноценного исполнения профессионального долга. Им должна быть обеспечена свобода перемещения и полная профессиональная независимость.

3. Исполнение медицинских обязанностей и долга ни при каких обстоятельствах не может рассматриваться, как проступок. Врача нельзя преследовать за соблюдение профессиональной конфиденциальности.

4. Медики, исполняющие профессиональные обязанности, носят специальную отличительную эмблему: красная змея и посох на белом фоне. Использование этой эмблемы регулируется специальными правилами.

### **ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОПРОСАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ПЕРИОД КАТАСТРОФ**

Принято 46-ой Ассамблеей ВМА, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.

#### **1. ПРЕАМБУЛА**

В настоящем документе рассматриваются медицинские аспекты катастроф. Катастрофа есть внезапные наступление пагубных событий, обычно неожиданных и насильственных, приводящее к существенному материальному ущербу, значительным

передвижениям населения и/или большому количеству жертв и/или значительным нарушениям жизни общества или их сочетаниям. Данное определение не включает ситуации, возникающие в результате международных или внутренних конфликтов и войн, которые порождают серию других проблем, помимо рассматриваемых в данном документе. С медицинской точки зрения, для ситуаций бедствия характерны непредсказуемые несоответствия между возможностями и ресурсами медицины и потребностями пострадавших людей, чье здоровье находится под угрозой.

## **2. КАТАСТРОФЫ,**

будь они природными (например землетрясение), технологическими (например ядерные и химические аварии) или случайными (например железнодорожная катастрофа) характеризуются рядом признаков порождающих определенные проблемы:

- a) неожиданность, требующая немедленных действий;
- b) дефицит медицинских ресурсов, рассчитанных, как правило, на нормальную жизнедеятельность: большое число пострадавших означает, что имеющиеся ресурсы должны быть задействованы максимально эффективно для спасения как можно большего числа человеческих жизней;
- c) материальные и природные разрушения затрудняют либо делают опасным доступ к пострадавшим;
- d) последствия, угрожающие здоровью населения в результате загрязнения окружающей среды, с риском возникновения эпидемий.

Вышеизложенное означает, что катастрофы требуют многогранной реакции, включающей различные виды действий, начиная с транспортировки и обеспечения продовольствием и заканчивая предоставлением медицинской помощи; все это должно делаться в условиях надежной безопасности (полиция, пожарная служба, армия и т.п.). Подобные операции требуют эффективного централизованного руководства для координации общественных и частных усилий. Спасатели и врачи вынуждены действовать в экстремальной обстановке и при этом их личные этические нормы не должны расходиться с этическими требованиями общества в условиях подобной эмоциональной перегрузки. Индивидуальные этические принципы каждого врача следует дополнить универсальными этическими нормами.

Дефицит медицинских ресурсов и/или невозможность предоставлять непрерывную медицинскую помощь большому количеству пострадавших за короткий промежуток времени представляют особую этическую проблему.

Помимо этических, обеспечение медицинской помощью в подобных условиях связано с рядом технических и организационных проблем. В свете вышеизложенного, в случае катастроф Всемирная Медицинская Ассоциация рекомендует всем врачам руководствоваться следующими этическими принципами.

## **3. МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА**

3.1 Сортировка - это этическая проблема первостепенной важности в ситуациях, когда необходимо при ограниченных возможностях оказать медицинскую помощь большому количеству в разной степени пострадавших людей. Сортировка есть действие врачей по выявлению и обслуживанию приоритетных больных, основанное на постановке диагноза и формулировке прогноза. Выживание больных будет зависеть от качества сортировки. Она должна быть осуществлена быстро и определяться необходимостью медицинского вмешательства и возможностями медицины в каждом конкретном случае, а так же медицинским обеспечением и техническими возможностями. Во время сортировки не исключается проведение реанимационных мероприятий.

3.2 С помощью компетентных специалистов сортировку должен осуществлять уполномоченный на это опытный врач.

3.3 Врач должен сортировать пострадавших следующим образом:

- a) пострадавшие, которых можно спасти, но чья жизнь находится в данный момент в опасности, и поэтому они требуют немедленного вмешательства или помощи в ближайшие часы;
- b) пострадавшие, чья жизнь не угрожает опасность, нуждающиеся в неотложной, но не немедленной помощи;
- c) пострадавшие, которым в данный момент можно оказать минимальную необходимую помощь, которых можно будет лечить позже;
- d) психологически пострадавшие, нуждающиеся в моральной поддержке, о которых не могут позаботиться в индивидуальном порядке, но которым может потребоваться поддержка или седации, в случае значительной психологической травмы;
- e) пострадавшие, тяжесть состояния которых не соответствует возможностям оказания медицинской помощи, и чья жизнь не может быть спасена в этих специфических обстоятельствах, такие как тяжелораненые, подвергшиеся радиоактивному облучению, получившие тяжелые несовместимые с жизнью ожоги или тяжелые хирургические больные, требующие особо сложного и длительного оперативного вмешательства, вынуждают врача делать выбор между ними и другими пострадавшими. По перечисленным причинам эта категория больных при сортировке классифицируется как "безнадежные". Решение "Оставить пострадавшего без внимания в виду иных приоритетов, диктуемых ситуацией бедствия" не должно рассматриваться как "отказ от помощи человеку, находящемуся в смертельной опасности". Подобное решение, направленное на спасение максимального числа пострадавших, совершенно оправдано.
- f) поскольку состояние пострадавших может со временем меняться, специалистам, отвечающим за сортировку, необходимо мониторно отслеживать эти изменения.

3.4 a) С этических позиций, проблема сортировки и предлагаемое отношение к пострадавшим, состояние которых безнадежно, должны приниматься в расчет при решении вопросов распределения имеющихся средств экстремальных ситуациях, выходящих за рамки человеческого контроля. Врач, пытающийся любой ценой поддерживать жизни безнадежных пациентов, расходует безо всякой пользы скудные ресурсы, необходимые другим, а потому поступает неэтично. Тем не менее, врачу необходимо проявить сострадание к таким пациентам, уважение к их человеческому достоинству, их жизни, поместив их отдельно и назначив болеутоляющие и седативные средства.

b) Врач должен действовать, исходя из побуждений совести и имеющихся возможностей. Ему (ей) необходимо попытаться наладить такой порядок оказания помощи, при котором удастся спасти наибольшее количество тяжело пострадавших, но имеющих шанс выжить, и свести к минимуму потери, принимая в расчет ограниченные возможности, продиктованные обстоятельствами.

Врачам необходимо помнить о том, что у детей могут возникнуть особые нужды (понадобятся особые виды помощи).

#### **4. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ПОСТРАДАВШИМИ**

4.1. Пострадавшим оказывают первичную и неотложную медицинскую помощь. В случае катастроф или бедственных ситуациях врач должен беспристрастно прийти на помощь каждому пострадавшему, не дожидаясь пока его об этом попросят.

4.2. Отбирая пациентов, которых можно спасти, врач должен руководствоваться только тяжестью их состояния, исключая любые другие соображения, основанные на немедицинских критериях.

4.3. Отношения к пострадавшим определяется их потребностью в оказании первичной помощи, при этом должен, по возможности, соблюдаться главный принцип - защита интересов пациента. Врачу, тем не менее, необходимо принимать в расчет различные культурные ориентации своих пациентов и действовать сообразно обстановке. Врачу необходимо руководствоваться концепцией предоставления оптимальной медицинской

помощи с тем, чтобы спасти максимальное количество жизней и свести смертность к минимуму.

4.4. Взаимоотношения врачей с пациентами включают и такие аспекты как скорбь по погибшим, распознавание и оказание поддержки тем кто оказался в состоянии психологического дистресса, что не может быть отнесено к чисто техническим медицинским вмешательствам; сюда же относиться уважительное отношение к достоинству и моральным принципам пострадавших и членов их семей и необходимость протянуть им руку помощи.

4.5. Врачи обязаны относиться с уважением к традициям, обрядам, и религиозным убеждениям пострадавших и действовать с абсолютной беспристрастностью.

4.6. По возможности, несмотря на существующие трудности необходимо идентифицировать пострадавших, передавая сведения следующему звену.

## **5. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ТРЕТЬИМИ ЛИЦАМИ**

Соблюдение конфиденциальности и учтивости по отношению к своим пациентам в делах с участием посредников и третьих лиц - долг каждого врача, равно как и необходимость быть предупредительным и объективным и действовать достойно с учетом эмоциональной и политической обстановки, сложившейся после катастрофы.

## **6. ОБЯЗАННОСТИ ПАРАМЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Этические нормы, которыми руководствуются врачи, в равной мере применимы и к лицам, работающим под их руководством.

## **7. ПОДГОТОВКА**

Всемирная Медицинская Ассоциация рекомендует включить подготовку по медицине катастроф в университетские и постдипломные медицинские программы.

## **8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

Всемирная Медицинская Ассоциация обращается к государствам участникам и страховым компаниям с предложением ввести понятие ограниченной или неотягощенной ответственности, включающей в себя как гражданские обязанности, так и персональный риск, с которыми врач может столкнуться при работе в экстремальных ситуациях.

ВМА обращается к правительствам с просьбой:

а) обеспечить помощь и поддержку иностранным врачам, относясь непредвзято к их действиям, их внешности и представляемой ими организацией (Красный Крест, Красный Полумесяц и т.п.).

б) отдавать приоритет делу организации медицинской помощи, а не оформлению визитов вежливости.

## **АФИНСКАЯ КЛЯТВА**

Международный совет тюремной медицинской службы.

Афины, сентябрь 1979 г.

Мы, профессиональные работники здравоохранения, работающие в тюрьмах, собравшиеся 10 сентября 1979 г. в Афинах, даем торжественное обещание, в соответствии с клятвой Гиппократата, что приложим все усилия для обеспечения возможно лучшего медицинского обслуживания для всех лиц, заключенных в тюрьмах по каким бы то ни было причинам, без предрассудков и в рамках нашей профессиональной этики.

Мы признаем право заключенных получать качественную профессиональную медицинскую помощь.

Мы обязуемся:

1. Воздерживаться от санкционирования или одобрения физического наказания.
2. Воздерживаться от участия а каких бы то ни было формах пыток.
3. Не проводить никаких экспериментов с заключенными без их согласия.
4. Уважать конфиденциальность любой информации, полученной в ходе наших профессиональных отношений с заключенными пациентами.

5. Что наши медицинские заключения должны основываться на нуждах наших пациентов, и иметь приоритет над другими не медицинскими факторами.

### **ТОКИЙСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ**

Рекомендации по позиции врачей относительно пыток, наказаний и других мучении, а также негуманного или унижительного лечения в связи с арестом или содержанием в местах заключения.

Принята 29-ой Ассамблеей ВМА, Токио, Япония, октябрь 1975 г.

#### **ПРЕАМБУЛА**

Врач обязан служить человечеству, сохраняя и восстанавливая физическое и психическое здоровье людей, облегчать страдания пациентов независимо от их личных качеств и проявлений. Врач должен проявлять абсолютное уважение к жизни человека, начиная с момента ее зачатия, и никогда, даже под угрозой, не может использовать свои профессиональные знания вопреки законам гуманности.

В настоящей "Декларации" пытка определяется как действие, совершаемое одним человеком или группой лиц по собственной инициативе или по приказу, заключающееся в преднамеренном, систематическом или эпизодическом причинении физического или психического страдания другому человеку ради получения информации, признания, или с иной целью.

#### **ДЕКЛАРАЦИЯ**

1. Как в мирное, так и в военное время, врач не должен ни санкционировать, ни оставлять без внимания пытки и любые другие формы проявления жестокости, бесчеловечного обращения или унижения человеческого достоинства, ни, тем более, участвовать в них, независимо от характера преступления подозреваемого, обвиняемого или виновного, а также побуждений и поведения потенциальной или фактической жертвы.
2. Врач не может предоставлять помещение, инструменты, препараты или свои знания с целью использования их для пыток и других форм жестокого, бесчеловечного или унижительного обращения, равно как и для ослабления сопротивления жертвы.
3. Врач не должен присутствовать ни при каком действии, в ходе которого либо применяются пытки или другие виды жестокого, негуманного и унижительного обращения с человеком, либо звучат угрозы их применения.
4. Врач должен быть полностью независимым в выборе способа лечения лица, находящегося в сфере его профессиональной ответственности. Важнейшая задача врача состоит в облегчении страданий себе подобных, и никакие побуждения личного, общественного или политического характера не должны превалировать над этой высокой целью.
5. Когда заключенный отказывается от приема пищи и при этом способен, по мнению врача, подтвержденному, как минимум, еще одним независимым врачом, здраво и рационально судить о последствиях своего решения, врач не может подвергнуть его насильственному искусственному питанию. Врач обязан объяснить заключенному возможные последствия отказа от приема пищи.
6. ВМА будет всячески поощрять международное сообщество, национальные медицинские ассоциации и отдельных коллег, поддерживающих врачей и их семьи перед лицом угроз и репрессий, связанных с отказом одобрить применение пыток или других форм жестокого, негуманного и унижительного обращения с человеком.

### **ДЕКЛАРАЦИЯ О ЖЕСТОКОМ ОБРАЩЕНИИ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ И СТАРИКАМИ**

Принята 41-ой Ассамблеей ВМА, Гонконг, сентябрь 1989 г., отредактирована 126-ой Сессией Совета ВМА", Иерусалим, Израиль, май 1990 г.

Пожилые люди могут страдать нарушениями моторики, психики и способности ориентироваться в пространстве, а потому нуждаться в постороннем уходе. Семьи и общество могут посчитать таких лиц обременительными и свести до минимума необходимые последним помощь и уход.

Жестокость по отношению к пожилым людям и старикам может проявляться в различных формах. Единой классификации не существует, однако понятия физического, психологического и материального унижения общеприняты. Реже, как отдельную форму, выделяют медицинское унижение. Определение категории унижения стариков представляется делом более сложным, нежели классификация причин, к нему приводящих. Среди них зависимость от лиц, обеспечивающих уход, слабость семейных уз, давление семейных проблем, недостаток материальных ресурсов, психологические особенности лиц, проявляющих жестокость, недостаток социальной поддержки в виде низкой оплаты услуг по уходу, что способствует негуманной позиции персонала.

Плохое обращение со стариками все чаще констатируется медицинскими и социальными службами. Врачи, сформулировав проблему и мобилизовав общественные возможности, сыграли значимую роль в движении против жестокого обращения с детьми. Проблема унижения стариков лишь недавно попала в сферу внимания медицинской общественности. Углубление знаний врачей и других медицинских специалистов о признаках жестокого и пренебрежительного обращения с пожилыми людьми и стариками - первый шаг к его искоренению. Выявив семью с высоким риском жестокого обращения со старым человеком, врач должен привлечь внимание социальных служб и самостоятельно оказать возможную поддержку.

#### I. Основные принципы

1. Старики, как и все люди, имеют равные права на медицинскую и социальную помощь.
2. Всемирная Медицинская Ассоциация заявляет, что врачи обязаны защищать физические и психологические интересы стариков.
3. Врачи должны контролировать получение пациентом максимума возможной помощи, общаясь напрямую со стариком, социальной службой и семьей.
4. Если врач подозревает плохой уход, он обязан сообщить об этом в социальную службу, опекающую старика, либо его семье. Если, несмотря на принятые врачом меры, плохое обращение сохраняется, а также в случаях высокой вероятности гибели пациента, врач обязан поставить в известность власти.
5. Право стариков на свободный выбор врача не должно ограничиваться. Национальные медицинские ассоциации - члены ВМА должны бороться за обеспечение этого права в любой медико-социальной системе.

#### II. Рекомендации

- Врач, лечащий пожилых людей и стариков должен:
1. выявить стариков, по отношению к которым возможно жестокое обращение и/или пренебрежение,
  2. профессионально оценить и провести лечение последствий жестокого обращения,
  3. оставаться объективным и непредвзятым,
  4. попытаться установить и поддерживать терапевтическое взаимодействие с семьей такого пациента (зачастую врач - единственный профессионал, поддерживающий длительный контакт с семьей),
  5. в соответствии со своим статусом, сообщать о всех предполагаемых случаях жестокого и/или пренебрежительного обращения со стариками,
  6. по возможности использовать помощь медицинских, социальных и психиатрических служб,

7. с целью уменьшения напряженности в семьях высокого риска, всячески способствовать увеличению общественной поддержки службам, обеспечивающим патронажную помощь.

1. Врачи должны поддерживать развитие новых программ, совершенствующих медицинские знания о признаках и последствиях жестокого обращении с детьми и пренебрежения родительским долгом.

2. Дискуссий по поводу нарушения врачебной тайны в случаях жестокого отношения к детям быть не может. Первейшая обязанность врача - защитить своего пациента, если он стал или может стать чьей-то жертвой. Официальный рапорт о факте насилия, вне зависимости от вида насилия (физическое, психическое или сексуальное), должен быть подан соответствующим властям.

3. Врачи должны поддерживать принятие в их странах законов, которые бы позволяли эффективно выявлять факты жестокого обращения с детьми и брать под защиту детей, в отношении которых была проявлена жестокость. Законодательство должно также защищать врачей, работников здравоохранения и иных служб, принимающих участие в выявлении, ведении и лечении детей, ставших жертвами жестокого обращения.

4. Врачи должны поддерживать юридические процедуры, позволяющие гражданину, по достижению им совершеннолетия, возбудить судебное дело против лиц, жестоко обращавшихся с ним в детстве. Врачам следует также поддерживать честные и законные официальные процедуры, целью которых является предотвратить жестокое обращение с детьми, поскольку суду необходимы объективные данные для возбуждения любых юридических действий в отношении лица, проявившего жестокость.

### **ДОКУМЕНТЫ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ПОЗИТИВНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЕСТА НА АНТИТЕЛА ВИЧ**

Лондон / Женева, июль 1998 г.

**МЫ, ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С. КЛЕЙМОМ ВИЧ-ПОЗИТИВНОСТИ И/ИЛИ СПИДА,** чья жизнь зависит от политического курса, выстроенного на результатах научных исследований, обращаемся с просьбой к местным, национальным и международным организациям, работающим в области СПИДа, здравоохранения и защиты прав человека.

1. Доступность всей информации относительно ВИЧ, СПИДа и соответствующего лечения

а) Финансирование государственных медицинских исследований в данной сфере должны быть свободны от коммерческих и/или прочих корыстных интересов. Невыполнение этой просьбы будет означать, что наши жизни подвергаются ненужному риску, а таковые действия могут преследоваться по закону.

б) Здоровье людей, долговременно живущих с позитивным результатом на ВИЧ-антитела, должно стать объектом исследований, финансируемых государством.

в) Средства массовой информации обязаны точно и без купюр освещать все вопросы относительно СПИД, ВИЧ и их лечения в соответствии с Директивой 6-й Международных Директив ООН по вопросам СПИДа и правам человека. В тех случаях, когда произведена цензура, необходимо вмешательство органов, контролирующей деятельность СМИ.

2. Право на медицинское лечение, социальную защиту и помощь в соответствии с нашими потребностями и по нашему выбору.

а) Нетоксичные препараты (включая природные средства и народное целительство) должны быть доступны и изучены в той степени, что и фармпрепараты.

б) В обязанности каждого лечащего врача входит оценка всех известных ему потенциальных способов лечения и представление исчерпывающей информации (включая позитивные и побочные эффекты относительно всех вариантов лечения для пациента).

в) В тех случаях, когда государство предоставляет социальную защиту, помощь должна основываться на истинных потребностях человека вне зависимости от выбранного им способа лечения.

3. Защита прав людей, живущих с позитивными результатами теста на ВИЧ антитела.

а) Неотъемлемым правом является право на частную жизнь и защиту от любой формы дискриминации по признаку статуса здоровья человека.

б) Никто не должен быть принужден к тестированию и/или лечению.

Если риска заражения нет, то информирование пациентов о состоянии здоровья врача нерационально, а если риск существует, то врач не должен продолжать практику. Если пациент, знающий о состоянии здоровья врача и соответствующем риске для собственного здоровья, решает доверить свое лечение инфицированному врачу, последний должен получить письменное подтверждение осведомленности пациента об инфицированности врача и соблюдать крайнюю осторожность.

Все врачи обязаны воздерживаться от выдачи фальшивых справок, даже руководствуясь намерением помочь пациенту остаться в привычном окружении.

Долг врача - соблюдать самому и требовать от персонала неуклонного соблюдения хорошо известных, простых и эффективных правил и мер защиты.

Долг всех врачей участвовать в программах, направленных на предупреждение распространения СПИД'а.

## **ДОКУМЕНТЫ ПО СПРАВЕДЛИВОМУ РАСПРЕДЕЛЕНИЮ РЕСУРСОВ В МЕДИЦИНЕ**

### **ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Принято 40-ой Ассамблеей ВМА, Вена, Австрия, сентябрь 1988 г.

Преамбула

Доступность медицинской помощи обусловлена сбалансированностью возможностей государства и медицинскими ресурсами страны. Медицинские ресурсы включают: медицинские кадры, финансирование, транспорт, возможность свободы выбора медицинской помощи, уровень образованности общества, качество и размещение медицинских технологий. Степень оптимальности баланса этих элементов, по критерию максимизации качества и объема оказания медицинской помощи, определяет ее доступность.

### **РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ. МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ**

Национальные медицинские ассоциации должны объединить усилия с другими заинтересованными группами из частного и государственного сектора в деле подготовки и распределения медицинских кадров. Необходимо собрать данные о степени подготовки и распределении медиков, включающие сведения о количестве врачей, младшего медицинского персонала и потребностях населения в медицинской помощи. Следует с помощью специальных программ привлекать врачей, других медицинских работников и студентов в районы, где медицинская помощь наименее развита, создавая мотивации для работы в таких районах.

### **ФИНАНСИРОВАНИЕ**

Следует развивать плюралистичность системы финансирования, объединяющей государственные, общественные и частные фонды. В основе такой системы должен лежать принцип равной возможности получения прибыли, а потому следует использовать соответствующие механизмы оплаты. Эти механизмы надо четко



разъяснить общественности - о возможных вариантах оплаты должны знать все. Частный сектор следует стимулировать к оказанию помощи тем пациентам, которые не имеют пока доступа к его фондам. Все нуждающиеся в помощи должны получить ее, даже если они не в состоянии за нее заплатить. Общество обязано предоставлять субсидии для оказания помощи нуждающимся, а врачи не вправе отказываться от предоставления помощи, субсидируемой государством. Правительство обязано оказывать помощь в осуществлении таких программ.

### **ТРАНСПОРТ**

Общество обязано обеспечить транспортировку в медицинские учреждения тех пациентов, которые живут в отдаленных районах. Следует обеспечить доставку из сельской местности в городские медицинские центры тех пациентов, которым необходима специализированная медицинская помощь. Врачи должны содействовать осуществлению таких программ.

### **СВОБОДА ВЫБОРА**

Все системы здравоохранения должны предоставлять каждому человеку наибольшую свободу выбора медицинской помощи, независимо от того, частный это сектор или общественный. Для обеспечения права выбора, необходима соответствующая информация.

### **ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

Должны быть разработаны образовательные программы, помогающие людям делать правильный выбор лекарств, необходимых для самолечения и профилактики, систем предоставления профессиональной медицинской помощи. Эти программы должны включать информацию о стоимости и преимуществах различных методов лечения, о службах ранней диагностики и профилактики, об эффективном использовании системы здравоохранения. Необходимо дать возможность понять широкой общественности, что планы по обеспечению здоровья разработаны для блага населения и что они нужны каждому. Врачи обязаны активно участвовать в самообразовании населения.

### **КАЧЕСТВО**

Обеспечение качества медицинской помощи должно стать неотъемлемой частью системы здравоохранения. Врачи должны качественно обеспечивать все потребности здравоохранения, отвечать за качество помощи и не допускать, чтобы кто-либо оказывал на него влияние.

### **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ**

Следует разрабатывать планы оптимального размещения на территориях редких медицинских технологий с целью упрощения доступа к ним со стороны населения.

Доступность медицинской помощи максимальна при соблюдении следующих условий:

1. необходимая помощь доступна каждому пациенту (т.е. нет физических и временных ограничений);
2. существует свобода выбора врача, системы предоставления медицинской помощи и системы ее оплаты;
3. население образовано и достаточно информировано в медицинском плане;
4. все стороны адекватно участвуют в организации и управлении системой здравоохранения.

## **ДЕКЛАРАЦИЯ V ВСЕМИРНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ВМА ПО ПРОБЛЕМАМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Принята 43-ой Ассамблеей ВМА, Мальта, ноябрь 1991г.

Медицинское образование - непрерывный процесс, начало которого совпадает с моментом поступления в медицинский институт, а окончание - с прекращением врачом активной практики. Потому медицинское образование и является предметом

пристального внимания всех национальных медицинских ассоциаций и Всемирной Медицинской Ассоциации.

Медицинские ассоциации всех стран должны направить свою деятельность на упорядочивание ресурсов, необходимых для обеспечения медицинского образования и ориентировать его качество. Это предполагает организацию учебных групп необходимой величины, наличие соответствующего профессорско-преподавательского состава, оборудования и финансирования.

Чтобы добиться профессиональной и общественной поддержки медицинского образования, медицинским ассоциациям всех стран следует четко представлять нужды, мнения, ожидания и представления о личном достоинстве граждан их стран.

На основании обсуждений и дискуссий, проведенных в ходе работы V Всемирной конференции по проблемам медицинского образования (5 World Conference on Medical Education), Всемирная Медицинская Ассоциация заявляет:

- Целью медицинского образования является подготовка компетентных и высокоморальных врачей, полностью осознающих свою роль в отношениях врач - пациент.
- Понятие компетентности должно включать знания, практические навыки, систему ценностей, поведения и морали, которые способны стать залогом обеспечения качественной профилактической и лечебной помощи, как отдельным пациентам, так и обществу в целом.
- Исследовательская работа, обучение и моральная помощь пациенту неразрывно связаны, и все это необходимо для достижения должной врачебной компетентности.

#### **ДОКУМЕНТЫ ПО СПРАВЕДЛИВОМУ РАСПРЕДЕЛЕНИЮ РЕСУРСОВ В МЕДИЦИНЕ**

- Необходимо разработать международную программу, которая бы оказывала поддержку тем врачам, чье профессиональное мастерство переступает государственные границы.
- Необходимо разработать международные стандартизованные методики оценки профессиональной компетентности и деятельности врача и использовать их на этапах предвузовского, институтского и непрерывного постдипломного медицинского образования.
- С целью направления в правильное русло общественной политики, образования врачей и общества необходимо наладить и поддерживать свободный международный обмен профессионально подготовленной медицинской информацией по эпидемиологическим вопросам и общим проблемам медицины.
- Необходимо разработать международные стандарты оценки образовательных программ всех уровней.
- В международный медицинский этический кодекс следует включить положение о том, что обучение на протяжении всей жизни является моральным долгом врача.
- Медицинские ассоциации всех стран незамедлительно реагировать на любые действия, несущие в себе угрозу целостности процесса медицинского образования.
- Необходимо быстро оценивать эффективность, безопасность и применимость новых технологий и инкорпорировать их в континуум медицинского образования.

#### **ДОКУМЕНТЫ ПО ВОПРОСУ АБОРТА И РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРАВЕ ЖЕНЩИНЫ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ**

Принято 46-ой Ассамблеей ВМА. Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.

Всемирная Медицинская Ассоциация признает тот факт, что нежелательная беременность может оказать пагубное влияние как на здоровье самих женщин, так и на

здоровье их детей. Способность регулировать и контролировать фертильность должна рассматриваться в качестве принципиального компонента проблемы сохранения физического и психического здоровья женщин, их социального благополучия.

Очень сильная, но зачастую не удовлетворенная потребность в контроле за фертильностью существует во многих развивающихся странах. Многие женщины в этих странах желают избежать беременности, но не используют средств контрацепции.

Контрацепция способна предотвратить преждевременную смерть женщин, связанную с риском нежелательной беременности. Оптимальное планирование вынашивания плода способно также внести свою лепту в решение проблемы детской смертности.

Даже в тех случаях, когда политические, религиозные или иные группы той или иной страны выступают против использования контрацепции, отдельные женщины, живущие в этих странах, должны иметь право выбора, когда речь заходит об использовании контрацепции.

Всемирная Медицинская Ассоциация настаивает на том, чтобы всем женщинам было разрешено контролировать фертильность путем сознательного выбора, а не случайным образом. ВМА настаивает также на том, что индивидуальный выбор в вопросе использования контрацепции является правом женщин, вне зависимости от их национальной принадлежности, социального статуса или вероисповедания. Женщины должны иметь доступ ко всем средствам медицинской и социальной консультации, необходимым для получения максимальной пользы от планирования семьи.

## **ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРАВЕ ЖЕНЩИНЫ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ**

Принято 46-ой Ассамблеей ВМА. Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.

Всемирная Медицинская Ассоциация признает тот факт, что нежелательная беременность может оказать пагубное влияние как на здоровье самих женщин, так и на здоровье их детей. Способность регулировать и контролировать фертильность должна рассматриваться в качестве принципиального компонента проблемы сохранения физического и психического здоровья женщин, их социального благополучия.

Очень сильная, но зачастую не удовлетворенная потребность в контроле за фертильностью существует во многих развивающихся странах. Многие женщины в этих странах желают избежать беременности, но не используют средств контрацепции.

Контрацепция способна предотвратить преждевременную смерть женщин, связанную с риском нежелательной беременности. Оптимальное планирование вынашивания плода способно также внести свою лепту в решение проблемы детской смертности.

Даже в тех случаях, когда политические, религиозные или иные группы той или иной страны выступают против использования контрацепции, отдельные женщины, живущие в этих странах, должны иметь право выбора, когда речь заходит об использовании контрацепции.

Всемирная Медицинская Ассоциация настаивает на том, чтобы всем женщинам было разрешено контролировать фертильность путем сознательного выбора, а не случайным образом. ВМА настаивает также на том, что индивидуальный выбор в вопросе использования контрацепции является правом женщин, вне зависимости от их национальной принадлежности, социального статуса или вероисповедания. Женщины должны иметь доступ ко всем средствам медицинской и социальной консультации, необходимым для получения максимальной пользы от планирования семьи. Если при проведении IVF образуется избыток яйцеклеток, которые не будут немедленно использованы для лечения бесплодия, их дальнейшая судьба должна быть определена совместно с донорами. Лишние яйцеклетки могут быть:

а.) уничтожены;

- б) подвергнуты криоконсервации с целью сохранения в замороженном виде;
- с) оплодотворены и подвергнуты криоконсервации.

Уровень медицинских знаний, касающихся вопросов созревания, оплодотворения, начальных стадий деления и развития человеческой яйцеклетки, далек от совершенства. Необходимо продолжить экспериментальное изучение этого вопроса в строгом соответствии с Хельсинкской декларацией и с письменного согласия доноров.

#### Исследования

Техника IVF и трансплантации эмбриона может быть полезной при строгом соответствии с Хельсинкской декларацией и с письменного согласия доноров, исследовании механизмов возникновения и передачи генетических аномалий, а также при изучении вопросов их профилактики и лечения. В то же время, она способна породить серьезные моральные и этические проблемы для врача и пациентов. Врач не может пренебречь своими нравственными принципами, но при этом должен с чуткостью и уважением отнестись к моральным и этическим принципам пациентов. Врач должен нести ответственность как перед пациентами (участниками эксперимента, добровольное и осознанное согласие которых необходимо), так и перед законом; кроме того, его действия должны соответствовать профессиональным этическим нормам. Соблюдение принципов "Хельсинкской декларации" ВМА должно распространяться как на все исследования по IVF и трансплантации человеческих эмбрионов, так и на все проблемы, возникающие в ходе этих исследований.

ВМА предлагает не вмешиваться в процесс оплодотворения с целью выбора пола плода, кроме тех случаев, когда такое вмешательство позволит избежать сцепленных с полом врожденных патологий.

#### Донорство

Техника IVF и трансплантации эмбрионов предусматривает возможность донорства яйцеклеток, спермы и эмбрионов; при этом биологические доноры не обязательно могут стать родителями рождающегося в ходе этой операции ребенка. Использование донорских гамет или эмбрионов может поставить врачей и пациентов, принимающих участие в операции, перед проблемами юридического, морального и этического характера. Врачи обязаны соблюдать все законы и этические нормы национальных медицинских ассоциаций и других медицинских организаций, внимательно относиться к своим пациентам, уважать их моральные и этические принципы, и воздерживаться от каких-либо манипуляций с донорскими гаметами и эмбрионами, которые не согласуются с перечисленными положениями. Врач может отказаться от тех видов вмешательств, которые считает неприемлемыми.

Техника криоконсервации гамет расширяет возможности донорства. В разрешенных законом случаях, заручившись согласием доноров гамет или эмбрионов, которые не собираются стать родителями будущего ребенка, врач должен убедиться в том, что реципиенты возьмут на себя полную ответственность за судьбу еще не родившегося человека, а доноры откажутся от своих прав и притязаний на ребенка после его рождения.

Если это не запрещено законами страны, национальной медицинской ассоциацией или другими медицинскими организациями, при оказании помощи не имеющей матки взрослой женщине, может быть использована процедура так называемого "суррогатного материнства". Все участники подобной процедуры должны дать осознанное добровольное согласие на ее проведение. При принятии решения об использовании этого метода, врач обязан считаться со всеми законодательными, этическими и моральными аспектами проблемы "суррогатного материнства". Сказанное не означает, что ВМА безусловно поддерживает идею "суррогатного материнства", при котором женщина за вознаграждение соглашается на искусственное

оплодотворение спермой мужчины с целью рождения ребенка, который будет усыновлен этим мужчиной и его женой.

ВМА безусловно отвергает любой коммерческий подход, при котором яйцеклетки, сперма и/или эмбрион становятся предметом купли-продажи.

**ДОКУМЕНТЫ ЮРИДИЧЕСКОГО ПЛАНА (ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ). ДОКУМЕНТЫ  
ОРГАНИЗАЦИОННОГО ПЛАНА  
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН.**

О внесении изменения в статью 60 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. КЛЯТВА ВРАЧА

О внесении изменения в статью 60 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

Принят Государственной Думой

17 ноября 1999 года

Статья 1. Внести в статью 60 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318) изменение, изложив ее в следующей редакции:

Статья 60. Клятва врача

Лица, окончившие высшие медицинские образовательные учреждения Российской Федерации, при получении диплома врача дают клятву врача следующего содержания:

"Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, -сохранению укреплению здоровья человека; быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии;

хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;

доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы больного, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;

постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины".

Клятва врача дается в торжественной обстановке. Факт дачи клятвы врача удостоверяется личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты.

Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации."

20 декабря 1999 года

№214-ФЗ

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РФ ОТ 14 АВГУСТА 1998 Г. №24» "О СОЗДАНИИ КОМИТЕТА ПО БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ МИНЗДРАВА РОССИИ"**

В целях создания действенной системы контроля над соблюдением прав человека при использовании современных достижений биологии и медицины и в соответствии с решением коллегии Минздрава России от 03.04.98 г. протокол N 10 приказываю:

1. Создать Комитет по биомедицинской этике Минздрава России (приложение).
2. Председателю Комитета по биомедицинской этике Минздрава России академику Ю.М. Лопухину, Управлению научных и образовательных медицинских учреждений совместно с Управлением международного сотрудничества подготовить и представить на утверждение положение о Комитете, а также план работы Комитета, включая мероприятия по организации подписания Конвенции Совета Европы по биоэтике и Дополнительного протокола к ней, запрещающего клонирование человека.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Приложение к приказу Минздрава РФ от 14 августа 1998 г. N 248

Состав Комитета по биомедицинской этике Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фамилия, имя, отчество	Должность
Лопухин Юрий Михайлович (Председатель)	акад. РАМН, директор НИИ физико-химической медицины Минздрава России
Мартынов Анатолий Иванович (заместитель Председателя)	акад. РАМН, вице-президент РАМН
Игнатъев Виктор Николаевич (ответственный секретарь)	главный научный сотрудник, Институт человека РАН
Васильева Людмила Львовна (секретарь)	ученый секретарь НИИ физико-химической медицины Минздрава России

Члены Комитета

Владыко Сергей	архиепископ Солнечногорский, Управляющий делами Московской патриархии, член священного Синода Российской православной церкви
Звягинцев Александр Григорьевич	старший помощник Генерального Прокурора России, начальник Центра общественных связей и информации Генпрокуратуры России
Иванов Владимир Ильич	член-корр. РАМН, директор Медицинского генетического центра РАМН
Исаков Юрий Федорович	акад. РАМН, вице-президент РАМН
Козырев Владимир Николаевич	гл.врач Московской городской клинической психиатрической больницы N 1 им. Н.А.Алексеева
Мухин Николай Алексеевич	акад. РАМН зав.кафедрой терапии и профболезней ММА им. И.М. Сеченова
Самко Николай Николаевич	заместитель начальника Управления научных и образовательных медицинских учреждений Минздрава России
Томилин Виталий Васильевич	профессор, заслуженный врач Российской Федерации, директор Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы
Фисенко Владимир Петрович	член-корр. РАМН, зав. кафедрой фармакологии ММА им. И.М. Сеченова

В.Д.Володин

Заместитель Министра

## **ПРОЕКТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА "О ПРАВОВЫХ ОСНОВАХ БИОЭТИКИ И ГАРАНТИЯХ ЕЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ"**

внесен депутатами ГД В.Ф. Шараповым, В.И. Давиденко

23.06.97 принят к рассмотрению протоколом заседания Совета ГД №93

**РАЗДЕЛ 1. Общие положения. Правовые основы этики государственной политики в области здоровья и здравоохранения**

### **Статья 1. Цель закона**

Настоящий Федеральный закон имеет целью установление правовых основ биоэтики в области обеспечения здоровья как общественного блага и условия выживания общества, в том числе при осуществлении медицинской деятельности, включая выбор метода лечения, применение научных знаний на практике, отношения между медицинскими работниками и пациентом, обеспечение его безопасности и интересов, иные вопросы, связанные с вмешательством в сферу физического и психического здоровья человека.

### **Статья 2. Основные понятия**

Биоэтика - свод требований и норм, действующих на основе традиционных духовных ценностей в интересах охраны и обеспечения физического и психического здоровья человека и общества, устанавливающих меру ответственности тех, кто принимает решения в этой области, а также регулирующих возникающие в связи с этим отношения.

Пациент - лицо, обратившееся за медицинской помощью, нуждающееся в ней, либо пользующееся ею на постоянной или временной основе.

Медицинское вмешательство - воздействие на организм человека медицинскими методами и средствами в целях оздоровления, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Профессиональные стандарты - обязательные требования к выполнению различных видов медицинского вмешательства; включают этические стандарты и связанные с ними стандарты качества медицинской помощи.

Этические стандарты - совокупность норм и требований, определяющих этические аспекты деятельности в области здоровья и здравоохранения.

Государственные социальные стандарты в области здравоохранения - ежегодно устанавливаемые государством с учетом экономических возможностей страны и потребностей населения объемы медицинской помощи, оказываемой гражданам бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней, (В Российской Федерации действуют федеральные государственные социальные стандарты в области здравоохранения, устанавливающие гарантии оказания бесплатной медицинской помощи для всех граждан, и разрабатываемые на основе этих стандартов субъектами Российской Федерации территориальные социальные стандарты в области здравоохранения, которые однако не могут быть ниже федеральных).

Методы и средства оккультно-мистического и религиозного происхождения - деструктивные методы и средства вмешательства в сферу психического и физического здоровья человека, к которым относятся колдовство, шаманство, ведовство, магия, парапсихология N "1э (иные производные от нее методы энергоинформатики и экстрасенсорики), астрологическая, кармическая, ведическая медицина, трансцендентальная медитация, методы детоксикации и дианетики, иные используемые саентологической организацией методы, а также методы, направленные на контроль сознания и способствующие возникновению психического расстройства типа зависимой личности.

Аборт по социальным показаниям - искусственное прерывание беременности при сроке от 12 до 22 недель.

Лицо, не способное дать согласие на медицинское вмешательство - лицо, относящееся к одной из следующих категорий:

- а) лица, с уменьшенной способностью к пониманию, не достигшие 15-летнего возраста;
- б) лица, признанные в установленном законом порядке недееспособными;
- в) лица, находящиеся в бессознательном состоянии.

Согласие по доверенности - согласие на медицинское вмешательство, данное за лиц, не способных дать такое согласие, их родителями или иными законными представителями.

Геном человека - совокупность генов, составляющих наследственную конституцию

Клонирование - метод генной инженерии, ориентированный на повторение генотипа человека или животного, создание и тиражирование генетических копий людей (животных) путем манипуляций с генетическим материалом.

Эксперименты по созданию трансгенных животных - *эксперименты*, направленные на выращивание животных с человеческими генами, и создание особей, промежуточных между животным и человеком.

Клинические испытания - включающие опыты на людях медико-биологические исследования, целью которых является проверка воздействия на организм больного человека новых (не использовавшихся ранее) профилактических, диагностических или терапевтических методов и средств.

Неклинические (нетерапевтические) испытания - включающие опыты на людях медико-биологические исследования, где испытуемыми выступают добровольцы.

Исследования, спонсируемые со стороны - финансируемые из-за рубежа медико-биологические исследования, проводимые в Российской Федерации и в сотрудничестве с ней по предложению и при участии (полном или частичном) международной (зарубежной) организации.

Живой донор - лицо, у которого производится забор органа или тканей для пересадки (трансплантации).

Реципиент - лицо, которому производится пересадка органов и (или) тканей.

### **Статья 3.** Принципы обеспечения биоэтики в области здравоохранения

Обеспечение биоэтики в области здравоохранения основано на следующих принципах:

- 1) тесная взаимосвязь физического и духовного здоровья;
- 2) соблюдение прав и свобод человека в области здравоохранения;
- 3) защита достоинства и личной неприкосновенности;
- 4) психическая и физическая целостность;
- 5) безопасность для жизни и здоровья;
- 6) приоритет интересов и благополучия пациента над интересами науки и научного сообщества.

### **Статья 4.** Гарантии обеспечения нравственной ориентации государственной политики

Органы государственной власти при принятии бюджета и формировании экономической и социальной политики, а также при оценке их эффективности руководствуются комплексным индикатором качества жизни, включающим показатели состояния и динамики:

- 1) физического здоровья, права на жизнь и деторождение (оцениваемых по уровням продолжительности жизни, смертности, рождаемости);
- 2) духовного здоровья - соответствия поведения общества нравственным ценностям (оцениваемых по уровням социальных аномалий таких, как убийства, тяжкие телесные повреждения, кражи, самоубийства, алкогольные психозы, наркомания, брошенные дети и др.);
- 3) удовлетворенности условиями жизни - питание, работа, образование, условия труда и быта, здравоохранение и др. (оцениваемых путем социологических опросов представительных выборок).



Ухудшение указанных показателей свидетельствует об ослаблении нравственной ориентации государственной политики и является основанием для ее обязательного пересмотра или коррекции.

Контроль качества жизни населения Российской Федерации осуществляется регулярно (не реже одного раза в год) Центром мониторинга качества жизни (далее - Центр), создаваемым при Президенте Российской Федерации и осуществляющим свою деятельность в соответствии с положением о нем, которое утверждается указом Президента Российской Федерации. При Центре действует наблюдательный совет, в состав которого входят представители всех фракций и групп, действующих в Государственной Думе.

Научно-методическое сопровождение деятельности Центра осуществляет федеральный орган здравоохранения.

Аналогичные центры создаются в субъектах Российской Федерации.

Результаты мониторинга качества жизни подлежат обязательному опубликованию в центральной прессе в месячный срок после их получения.

#### **Статья 5. Гарантии обеспечения граждан медицинской помощью**

Государство является главным гарантом обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Каждый человек имеет право на достойное лечение и уход.

Медицинская помощь предоставляется при обеспечении качества и на основе равной доступности к ней всех граждан.

Любое медицинское вмешательство осуществляется в соответствии с государственной лицензией при соблюдении профессиональных стандартов, утверждаемых федеральным органом здравоохранения.

Государство гарантирует гражданам бесплатную медицинскую помощь в объеме, предусмотренном федеральными социальными стандартами в области здравоохранения, устанавливаемыми Правительством Российской Федерации, и ежегодно пересматриваем при принятии бюджета с учетом потребностей населения и экономических возможностей государства.

Территориальные социальные стандарты в области здравоохранения, утверждаемые органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, не могут быть ниже устанавливаемых на федеральном уровне.

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения не могут отказать в лечении пациенту под предлогом его неплатежеспособности.

Гражданам гарантируется равная доступность лекарственной помощи, включая лекарственные средства и иммунобиологические и биотехнологические препараты.

#### **Статья 6. Безопасность для жизни и здоровья в области здравоохранения**

Обеспечение безопасности для жизни и здоровья граждан является нравственным долгом государства, основой государственной политики в области охраны здоровья как общественного блага и национального достояния.

Безопасность для жизни и здоровья обеспечивается путем допуска в практику здравоохранения только разрешенных федеральным органом здравоохранения методов и средств медицинского воздействия.

Право на медицинскую и фармацевтическую деятельность имеют работники и учреждения здравоохранения, получившие разрешение (лицензию) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

#### **Статья 7. Гарантии обеспечения безопасности для жизни и здоровья**

В интересах безопасности для жизни и здоровья граждан в Российской Федерации не допускается применение в целях оздоровления, профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации методов и средств оккультно-мистического и религиозного происхождения.

В целях обеспечения безопасности граждан в Российской Федерации запрещается деятельность организаций, представляющих риск для жизни и здоровья граждан, семьи и общества, в том числе организаций:

- а) пропагандирующих и применяющих методы воздействия на организм, способные привести к риску для жизни и здоровья, а также принуждающих своих членов использовать такие методы в отношении себя и своих детей;
- б) пропагандирующих употребление наркотических средств, а также использующих их и психотропные вещества для формирования у членов организации зависимости в целях манипулирования их сознанием и поведением;
- в) принуждающих своих членов к отказу от медицинской помощи по жизненным показаниям (включая отказ от переливания крови) в отношении себя и своих детей;
- г) принуждающих своих членов выполнять унижающие человеческое достоинство действия, сопряженные с опасностью для жизни и здоровья;
- д) эксплуатирующих своих членов и их детей в сексуальном отношении.

Не допускается деятельность иностранных юридических или физических лиц, лишенных за рубежом права на медицинскую или фармацевтическую деятельность, либо лицензии на ее осуществление.

#### **Статья 8. Экспертиза факторов риска для жизни и здоровья в связи с деятельностью некоторых организаций**

Экспертиза факторов риска для жизни и здоровья граждан в связи с деятельностью некоторых организаций проводится комиссией, создаваемой при федеральном органе здравоохранения.

Положение о Комиссии по экспертизе факторов риска для жизни и здоровья в связи с деятельностью некоторых организаций утверждается Правительством Российской Федерации.

Решение указанной Комиссии служит основанием для рассмотрения в судебном порядке вопроса о запрещении деятельности организации или о недопущении ее регистрации, в случае, если имеются полученные из-за рубежа неопровержимые данные органов государственной власти об опасности для жизни и здоровья человека организации, претендующей на регистрацию в Российской Федерации.

#### **Статья 9. Обеспечение безопасности для жизни и здоровья матери и ребенка**

Безопасность для жизни и здоровья матери и ребенка является критически значимым для состояния и судьбы общества фактором.

В целях обеспечения безопасности для жизни и здоровья матери и ребенка и сохранения репродуктивного здоровья населения в Российской Федерации не допускается:

- а) проведение аборт по социальным показаниям;
- б) использование человеческих эмбрионов и плодов в диагностических, терапевтических, экспериментальных, производственных, коммерческих и иных целях; торговля эмбрионами и половыми клетками;
- в) редукция (искусственное уменьшение количества) эмбрионов при многоплодной беременности, иные репродуктивные технологии, связанные с манипуляциями с эмбрионами;
- г) осуществление деятельности, направленной на лишение права на естественное деторождение, исключая случаи, когда такое вмешательство необходимо для сохранения жизни человека.
- д) предоставление услуг вынашивающей матери (матери, вынашивающей чужого ребенка);

Врач не может проявлять инициативу и настаивать на аборте, стерилизации, контрацепции по немедицинским показаниям.

Вопросы планирования семьи (контроля над рождаемостью) и полового воспитания детей являются частным делом семьи и не могут финансироваться за счет государства.

Иностранные организации и инвесторы не вправе принимать участие в решении вопросов государственной политики в области репродуктивного здоровья и демографии и осуществлять деятельность в этой сфере.

#### **Статья 10. Обеспечение безопасности для жизни и здоровья в области пропаганды (рекламы) методов и средств вмешательства в сферу здоровья**

В Российской Федерации не допускается пропаганда (реклама), того, что представляет риск возникновения серьезного заболевания, либо способно нанести иной вред здоровью человека, включая:

- а) методы и средства, не допущенные к применению федеральным органом здравоохранения;
- б) медицинская и фармацевтическая деятельность юридических и физических лиц, не имеющих разрешения либо лицензии на ее осуществление, полученных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- в) наркотические средства, алкогольные напитки и табачные изделия;
- г) психотропные и сильнодействующие средства, иные лекарственные средства, способные вызвать серьезные побочные эффекты в случае бесконтрольного применения (реклама таких средств допустима только как медицинская информация в специальных медицинских изданиях);
- д) объявления о купле-продаже новорожденных детей;
- е) объявления о купле-продаже органов и тканей человека, трупов, органов и тканей трупов;
- ж) методы и средства оккультно-мистического и религиозного происхождения, предназначенные для использования в целях оздоровления, профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации;
- з) объявление о проведении абортов, контрацепции, стерилизации;
- и) услуги сексуального характера.

### **РАЗДЕЛ II. Правовые основы биоэтики отношений, возникающих в сфере здоровья**

#### **Статья 11. Согласие на медицинское вмешательство**

Вмешательство в сферу здоровья человека может производиться только после получения его добровольного согласия, данного на основе предоставленной ему врачом полной информации, позволяющей принять решение и выразить согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Информация, необходимая для принятия решения о согласии должна содержать сведения о целях и характере медицинского вмешательства, его альтернативах и последствиях, а также о возможном риске.

Пациент может отозвать согласие в любое время до осуществления медицинского вмешательства

#### **Статья 12. Защита лиц, не способных дать согласие**

Медицинское вмешательство в отношении лица, не способного дать согласие, может производиться только в интересах спасения его жизни, восстановления или поддержания здоровья. Решение о согласии на медицинское вмешательство в этом случае принимается родителями пациента или иными законными представителями.

Решение о согласии на медицинское вмешательство в отношении лиц, не способных дать такое согласие, принимается на основании предоставляемой врачом информации, необходимой для принятия соответствующего решения.

При принятии решения о согласии на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних их мнение учитывается пропорционально возрасту и степени зрелости.

Отказ родителей, иных законных представителей от медицинской помощи, необходимой ребенку, не может служить основанием для оставления без медицинской помощи. Если такой отказ создает опасность для жизни и здоровья ребенка или

противоречит его интересам, решение о медицинском вмешательстве принимается в порядке, установленном в части первой статьи 14 настоящего Федерального закона. Согласие родителей, иных законных представителей является обязательным при проведении в отношении несовершеннолетних в дошкольных и образовательных учреждениях мер медицинского характера, включая пропаганду методов и средств воздействия на организм и здоровье, а также применение к несовершеннолетним методов и средств вмешательства в сферу их физического и психического здоровья.

### **Статья 13. Защита лиц, признанных недееспособными**

Любое медицинское вмешательство в отношении лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, осуществляется с согласия их родителей, или иных законных представителей.

Решение о согласии на медицинское вмешательство в отношении лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными и не имеющих законных представителей, возлагается на учреждение здравоохранения или социального обслуживания, которое оказывает им помощь.

### **Статья 14. Экстренные ситуации**

В экстренных случаях, когда состояние здоровья пациента не позволяет ему выразить согласие на медицинское вмешательство, а также при отсутствии лиц, имеющих по закону право принять решение о согласии, и(или) при невозможности установить с ними связь, ответственность за жизнь и здоровье пациента берет на себя комиссия врачей, а при невозможности собрать комиссию - непосредственно лечащий (дежурный) врач, который обязан при первой возможности уведомить администрацию учреждения здравоохранения о принятых мерах.

Не допускается посещение учреждений здравоохранения религиозными деятелями без приглашения пациентов.

В целях уважения чувств верующих, исповедующих религии большинства населения Российской Федерации, не допускается введение в образовательных и иных учреждениях Российской Федерации предметов (курсов), наносящих вред духовному и физическому здоровью детей, в том числе предусматривающих в качестве мер полового воспитания раздачу детям средств контрацепции, пропаганду культа секса, стимулирование у них ранней потребности в половых контактах.

Врач вправе отказаться от производства аборта по немедицинским показаниям на основании религиозных убеждений. В случае такого отказа ему гарантируется право на свободу от дискриминации.

## **РАЗДЕЛ III. Гарантии обеспечения биоэтики в вопросах, связанных с геномом человека**

### **Статья 20. Свобода от дискриминации**

В Российской Федерации запрещается любая форма дискриминации по признаку генетической наследственности.

### **Статья 21. Генетические тесты**

В Российской Федерации гарантируется доступность генетического тестирования в интересах здоровья каждого, желающего пройти такое тестирование.

Тесты, устанавливающие возможность генетического заболевания или служащие для идентификации субъекта как носителя гена, вызывающего болезнь, либо направленные на обнаружение генетической предрасположенности или подверженности болезни, могут производиться исключительно в целях здравоохранения или связанных с ним научных исследований.

Указанные тесты проводятся только после соответствующей генетической консультации, устанавливающей их целесообразность, с согласия пациента.

Пренатальный диагноз, устанавливающий наличие наследственной болезни, не должен рассматриваться как основание для прерывания беременности.

### **Статья 22. Вмешательство в геном человека**

Вмешательство в геном человека, может осуществляться только в профилактических, диагностических или лечебных целях при условии, если оно не направлено на введение изменений в линию клеток воспроизводства человека и не вносит изменения в геном его потомков.

Запрещается любое вмешательство в геном человека, связанное с изменением и повторением его генотипа, включая клонирование людей.

Не допускается проведение лабораторных экспериментов в этой области.

Запрещается деятельность по созданию трансгенных животных и эксперименты в этой области.

#### **Статья 11. Стандартизация и сертификация продукции (услуг) в области генно-инженерной деятельности**

Продукция (услуги), полученная с применением методов генно-инженерной деятельности, должна соответствовать требованиям экологической безопасности, санитарных норм, фармакопейных статей, обязательным требованиям государственных стандартов Российской Федерации.

Продукция и услуги, соответственно полученная и предоставленные с применением генно-инженерно-модифицированных организмов, подлежащие в соответствии с федеральными законами обязательной сертификации, должны иметь сертификат качества и знак соответствия, выданные или признанные уполномоченным на то органом.

#### **Статья 12. Ответственность в области генно-инженерной деятельности**

Юридические лица и граждане (физические лица), которые осуществляют генно-инженерную деятельность и действия или бездействие которых причинили вред работникам организации, осуществляющей генно-инженерную деятельность, населению, окружающей среде, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### **Статья 13. Международное сотрудничество Российской Федерации в области генно-инженерной деятельности**

Российская Федерация заключает международные договоры в целях дальнейшего развития и укрепления международного сотрудничества в области генно-инженерной деятельности.

#### **Статья 14. Вступление в силу настоящего Федерального закона**

Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

### **ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ**

Принимая во внимание те сложности, которые могут возникнуть в приведенной выше ситуации, а также в целях обеспечения максимально возможной определенности в правовом положении ребенка, рожденного в результате применения метода имплантации эмбриона, в целях его вынашивания и максимально полной защиты его интересов выбирать в качестве суррогатной матери женщину, не состоящую в браке, крайне нежелательно.

Что касается такого фундаментального права ребенка, закрепленного в Конвенции ООН о правах ребенка, как его право, насколько это возможно, знать своих родителей, то оно в общей форме получило закрепление в п.2 ст.54 СК, тем самым открыв путь для дальнейшего совершенствования российского права в данном отношении. Большого в настоящее время нам не позволяет сделать ни состояние медицины, ни в состоянии права, ни уровень правосознания населения. Отметим, что и в странах Запада этот вопрос также еще не решен и принадлежит к числу дискуссионных.

## **ДОКУМЕНТЫ ПО ВОПРОСАМ КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ**

ЗАКОН О ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА  
(ТЕКУЩАЯ РЕДАКЦИЯ ПО СОСТОЯНИЮ НА 27 АВГУСТА 1997 г.)  
ПРЕЗИДЕНТ РФ 22 декабря 1992 г. N 4180-1(Д)

Представлен Правовым Управлением Аппарата Государственной Думы Федерального Собрания РФ по договору с агентством INTRALEX.

Настоящий Закон определяет условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека, опираясь на современные достижения науки и медицинской практики, а также учитывая рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения.

Трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом.

### **РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

#### **Статья 1. Условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека**

Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья.

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинен значительный вред.

Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека, а также реклама этих действий влекут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Операции по трансплантации органов и (или) тканей реципиентам производятся на основе медицинских показаний в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

### **ДОКУМЕНТЫ РАЗНОГО ПЛАНА**

Квалифицированный врач должен учитывать, что просьба больного об ускорении его смерти, может быть обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение. Нельзя забывать и об особенностях человеческой личности, до последней минуты жизни, обладающей свободой выбора и правом на изменение решения.

В свете этих факторов Совет считает эвтаназию неприемлемой в нравственном отношении и категорически возражает против рассмотрения законодательных проектов, пытающихся юридически оформить возможность ее применения и тем самым внедрить в общественное сознание допустимость убийства или самоубийства с помощью медицины.

### **СОПРЕДСЕДАТЕЛИ**

Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике:

Епископ Тихвинский Константин

Ректор Санкт-Петербургской Духовной Академии

Протоиерей Дмитрий Смирнов

Проректор Свято-Тихоновского Богословского института

Профессор Недоступ Александр Викторович  
Доктор мед. наук, председатель Московского общества православных врачей