

МАРКЕТИНГОВІ ВІДНОСИНИ ТА БІОЕТИКА У СИСТЕМІ “ЛІКАР – ПАЦІЄНТ”

Ніна ОЛІЙНИК

Copyright © 2013

*“Що може бути шкідливіше людині, яка володіє знанням
найскладніших наук, але не має доброго серця?”
(Г. Сковорода)*

Актуальність теми дослідження. Епоха глобалізації є викликом людству на персональному рівні, де істотним бар’єром завжди була біологічна суверенність кожної людини, її унікальність. Саме тому на тлі впровадження інноваційних медико-біологічних технологій та змін в організації системи медичних послуг очевидною стає важливість формування нових, нетрадиційних ціннісних принципів для регулювання кардинальних питань біоетики, таких, наприклад, як визначення початку та закінчення життя, правового статусу ембріона тощо [15, с. 196; 20, с. 24; 46].

На сьогодні особливої актуальності проблеми біоетики набувають в економічному аспекті [40]. Зокрема, чи варто розвивати трансплантологію, спроможну допомогти незначному відсотку хворих за максимальних витрат, а чи загальну терапію, необхідну для більшості пацієнтів, або намагання прорахувати економічну доцільність від легалізації евтаназії за рахунок скорочення витрат на лікування термінальних хворих [46; 47].

Отож, мовиться не лише про обговорення прав окремих громадян, а й про питання рівноправного доступу всіх до новітніх технологій діагностики та лікування, справедливого розподілу матеріальних ресурсів системи охорони здоров’я на тлі негативних наслідків комерціалізації медицини і фармації, які неминуче підпорядковуються загальним законам і механізмам товарно-грошових відносин. Останні можна охарактеризувати як “жорсткий прагматизм” – соціально визнаний стереотип дій, для якого характерне отримання максимальної користі не стільки для інших людей, скільки для конкретної діючої особи. Ринкові відносини та фінансові механізми отримання

прибутку дозволяють задовольняти інтереси одних суб’єктів буквально за рахунок інтересів споживачів їхніх послуг. Сьогодні ринкова реальність проявляє себе у багатьох негативних рисах практичної охорони здоров’я – навіть саме поняття “медична допомога” замінено на термін “медична послуга”. Остання ж відрізняється від медичної допомоги тим, що містить у собі конкретну вартість та ціну на ринку медичних послуг [5; 40; 48, с. 5].

Вирішення цих питань ніколи не було і не буде остаточним, головню через ступінь розвитку суспільства, виникнення інноваційних біомедичних технологій і зміни стосунків між окремими соціальними групами населення, вони знову і знову будуть переосмислюватися, а від цього, власне, залежить моральна оцінка взаємин між медиками та пацієнтами. Інакше кажучи, традиційні цінності гуманізму, милосердя, доброзичливості, моральної відповідальності медичних працівників не скасовуються, а лишень набувають нового соціального змісту – значно більше уваги приділяється цінності індивіда як унікальної та неповторної особистості. У центр моральної свідомості стає ідея *автономії* людини та її невід’ємне право *самостійно* приймати найважливіші стосовно власного життя та здоров’я рішення [11, с. 124; 19, с. 176; 32; 37, с. 114].

Ніхто, наприклад, не може сказати людині, яка відмовляється від застосування стосовно неї екстраординарних методів боротьби за життя, “Ти не маєш рації”. Відмова – це у даному випадку прояв самостійної особистісної автономії, яка вимагає поваги до себе зі сторони навколишніх, організацій, суспільства і держави. Така позиція – симптом певних ідеологічних змін в інтелектуальній сфері сучасного

суспільства. Річ у тім, що у будь-якого людського страждання можна виділити дві складові – загальнобіологічну та індивідуальну. Лікар компетентний в інтерпретації стану пацієнта з огляду на медико-біологічний профіль, однак він не компетентний у витлумаченні ситуації з точки зору пацієнта. Остаточне рішення хворого, в якому присутні знання про обставини особистого життя, економічні можливості, релігійні переконання, життєві плани, фактично урівнює непрофесіоналів у медицині (пацієнтів) з професіоналами-медиками.

Значною мірою від того, як будуть вирішені усі ці питання, залежить, чи прийме медична галузь серйозні типологічні зміни, чи збереже тип взаємовідносин між лікарем і пацієнтом відомі під назвою “патерналізм”.

Мета – проаналізувати сучасні дослідницькі моделі вирішення нових біоетичних проблем у стосунках між медичними працівниками і пацієнтами та вибрати їх найоптимальніші варіанти для впровадження в сучасну систему охорони здоров’я нашої держави.

Відповідно до сформульованої мети передбачено вирішити такі **завдання**:

1. Визначити суть патерналізму як системи взаємин між лікарем і пацієнтом.
2. Вивчити вплив маркетингових відносин на зміни особистості лікаря і пацієнта.
3. Проаналізувати новітні світові моделі взаємовідносин у системі “лікар – пацієнт” з метою вибору оптимальної для нашого суспільства і розглянути можливість її впровадження у систему охорони здоров’я.

Об’єкт дослідження – моральність людської поведінки в медико-біологічній сфері та у царині охорони здоров’я стосовно її відповідності загальнолюдським і християнським моральним нормам і цінностям.

Методи дослідження – аналіз літературних джерел, які висвітлюють окремі аспекти моделей моральності медицини в сучасному суспільстві.

Виклад основного матеріалу дослідження. Охарактеризуємо тип відносин у системі “лікар – пацієнт”, відомий під назвою “патерналізм”. Це класичний тип взаємин, який користувався у медичній біоетиці абсолютним визнанням протягом двадцяти віків. Його сутність – у корені поняття “pater” (лат. – батько). Лікар ніби батько, котрий піклується про свою дитину, співпереживає з пацієнтом, допомагає йому, бере на себе відповідальність за всі рішення [1, с. 14; 2, с. 108]. Тому природ-

но, що патерналізм як форма відносин “лікар – пацієнт” глибоко укорінений у християнську мораль: лікар покликаний бути носієм і поведирем Божої волі, любові і милосердя. Саме цим пояснюється і феномен покращення стану хворого лише за однієї появи лікаря, і фактор довіри пацієнта лікарю як абсолютно необхідної умови ефективного лікування. Дана модель розглядає лікаря як єдиного морального суб’єкта, який виконує свій обов’язок перед пацієнтом – пасивним, таким, котрий не бере участі у прийнятті життєво важливих рішень стосовно свого життя та здоров’я, оскільки перебуває у ролі страждаючого індивіда – і тільки.

Відзначимо, що, попри широке суспільне та нормативне вживання терміну “пацієнт”, встановлення його правової сутності є доволі проблематичним. З одного боку, під цим терміном розуміють особу, яка звернулася за медичною допомогою або знаходиться під медичним наглядом [36, с. 978], з іншого – термін “пацієнт” розглядається як специфічний правовий статус, яким наділяється особа (як учасник певних соціально-правових відносин), котра звернулася до закладів охорони здоров’я з *вимогою* про надання їй медичної допомоги, спрямованої на збереження, підтримання, відновлення чи покращення її здоров’я і реалізацію обов’язків держави із захисту її життя; при тому, що реалізація її права на здоров’я може бути здійснена також і шляхом участі у медичному експерименті у ролі досліджуваного [18]. Відтак, коли мовиться про експериментальне маніпулювання живим організмом, особливо людиною, то, звичайно, мається на увазі лише її біологічна сутність. Проте сучасному суспільству притаманні і маніпуляції з людською свідомістю, культурою, звичаями, вірою, що може у перспективі мати катастрофічні наслідки для людської популяції загалом, адже будь-яке пізнання законів природи може як служити людині, так і поневолити або й знищити її [29, с. 145; 30, с. 128]. Чого тільки варті успіхи науки у підкоренні “мирного” атома (вкотре згадаймо Чорнобиль та Фукусіму), створенні так званої генетичної чи кліматичної зброї!

Наперед відзначимо, що повна відмова від принципу патерналізму в медицині здатна не тільки нівелювати морально-етичні принципи, але й зашкодити, причому як лікарю, так і пацієнту. На підтвердження цього наведемо міркування про фундаментальне значення патерналізму в медицині з погляду В.Ф. Войно-

Ясенєцького – всесвітньо відомого професора-хірурга (книга-канон “Нариси гнійної хірургії”), а відтак – архієпископа Кримського та Сімферопольського – Луки. У праці “Дух, душа, тіло” [13, с. 44], яку він розпочав писати 1920 року як хірург і закінчив 1947, будучи архієпископом, розкриває виняткову актуальність патерналістських взаємин між лікарем і пацієнтом з декількох позицій, основна – *принцип довіри до лікаря* (“...довіра або недовіра до лікаря істотно визначає наслідок хвороби...”, “...той, хто більше вірить, виліковується краще...”, “...розуміння довіри до лікаря як чинника терапії безпосередньо пов’язане із прийняттям віри у християнстві – ...“віра є здійснення очікуваного...” (Євр. 11,1). Але якщо релігійна віра для людини – це її внутрішня потреба і переконання, то віра і довіра до лікаря значною мірою залежить від самого лікаря. Інший важливий принцип – *розуміння глибокого впливу психіки на перебіг хвороби* (“...психічна депресія украй негативно впливає на перебіг хвороби<...>, і цю надію та віру в одужання повинен формувати лікар...”, а “...психотерапія, яка полягає у словесному, точніше, духовному впливові лікаря на хворого – загальноновизнаний, часто з прекрасним результатом, метод лікування багатьох хвороб...”).

Одним із характерних моментів сучасного стану функціонування системи охорони здоров’я є глибоке проникнення у наш регіон (систему) з високими гуманістичними пріоритетами методів і форм ринкової економіки. Розповсюдження та застосування економічних законів у роботі лікувально-профілактичних закладів зумовлюється об’єктивною потребою перебудови способу функціонування системи у реаліях маркетингових (ринкових) відносин. Зі свого боку, трансформація системи надання медичної допомоги населенню в механізм, який регулює попит і пропозиції на ринку медичних послуг, діалектично спричинена наявністю певних глибинних процесів, зокрема, чітко визначеним розшаруванням суспільства. Останній факт підтверджується на прикладі російського суспільства [44, с. 58] (на нашу думку, аналогічне, або майже аналогічне розшарування притаманне й Україні):

- олігархи та управлінська бюрократія – до 7 %;
- середній клас – до 12 %;
- прошарок умовних бідняків – понад 60 %;
- ще нижчі групи населення (бідняки) –

менше 12 %;

– десоціалізовані громадяни – до 9 %.

Саме тому в роботі лікувально-профілактичних закладів також відбувається об’єктивний процес поділу пацієнтів на групи з різними статками, потребами, характеристикою та поведінкою. Власне ці критерії, поряд з деякими іншими, й визначають процес сегментування ринку медичних послуг у маркетингових системах, тобто специфікація медичних технологій і процедур, яка задовольняє попит пацієнта, закономірно зорієнтована на окремих потенційних споживачів певного сегмента ринку. А різноманіття попиту на медичні послуги відповідно до потреб пацієнтів різного соціального статусу та матеріального забезпечення породжує різноманіття медичних пропозицій, форм лікувально-профілактичних закладів, коли деякі з них надають медичні послуги лише певній соціальній групі (наприклад, Феофанія). За такого підходу вкрай важливо переглянути проблеми реструктуризації системи охорони здоров’я з позицій соціального попиту на медичні послуги та економічних характеристик його задоволення [16]. Тільки так можна встановити точки адресної соціальної захищеності і підтримки тих, хто потребує медичної допомоги, але не здатен через певні причини оплатити потрібну медичну маніпуляцію – сегменти ринку, які для виробника ринкових послуг є матеріально непривабливими.

Таким чином, краща якість медичного обслуговування, вільний доступ до методів і форм надання допомоги, право обирати будь-якого надавача медичних послуг, можливість юридичного та економічного впливів за їх неякісне виконання, належна платня медичного працівника залежно від результатів праці і задоволеності пацієнта, правова та економічна захищеність як споживача, так і надавача медичних послуг – далеко не повний перелік позитивних характеристик маркетингових моделей охорони здоров’я.

Поряд з цим, слушно виявляти та досліджувати негативні складові ринку медичних послуг. До негативної сутності маркетингових відносин у системі охорони здоров’я слід віднести істотне зменшення об’єму профілактичних заходів, дисонанс між гуманістичною місією медицини загалом і ступенем економічного зиску, побоювання дискримінації пацієнтами певних соціально вразливих груп тощо.

Усі ці зміни у структурі медичної сфери суспільного виробництва, поряд із зростаючим

потокот спеціальної інформації, вимагають від лікаря постійного вдосконалення і підвищення рівня своєї кваліфікації. Як фахівець своєї справи лікар зобов'язаний бути компетентним щодо новітніх досягнень біологічних та інших суміжних до медицини наук; від нього вимагається адекватна науково-технічна обізнаність у питаннях діагностики, терапії, реабілітації та профілактики хвороб, уміння налагоджувати позитивний зв'язок з пацієнтом і його родичами. У цьому аспекті до його послуг – понад сорок тисяч (!) біомедичних журналів, у яких щорічно публікується майже два мільйони наукових статей [33, с. 4]. Але наскільки можливо регулярно аналізувати подібний обсяг спеціальної літератури?

Зазначене такою ж мірою стосується і пацієнта. Безпосереднім результатом впливу науково-технічного прогресу є якісні зміни його особистості. Стрімке впровадження здобутків науки і техніки в усі сфери життя людини – управління, виробництво, побут, відпочинок – супроводжується зростанням загальної культури та культури особистої гігієни населення. Як наслідок – лікар частіше має справу з новим типом особистості пацієнта, якого не можуть не хвилювати питання власного соматичного та психічного здоров'я. Він намагається зрозуміти механізм перебігу фізіологічних і патологічних процесів в організмі, прагне мати повну інформацію про стан свого здоров'я, характер захворювання, рівень ризику для життя, сучасні підходи до лікування, позитивні та негативні наслідки кожного з існуючих методів, принцип дії ліків, їх ефективність, побічні прояви тощо [6]. Враховуючи виклики часу, потрібно відкинути доктрину сліпого підпорядкування пацієнта лікареві як застарілу і неактуальну [19, с. 34; 28, с. 82].

Одночасно виникають і такі типи пацієнтів, які переслідують особисті інтереси – так званий “деструктивний” тип. По-перше, це випадки, коли пацієнт намагається схилити лікаря до виступу на своїй стороні, наприклад, проти колег по роботі, або прохає його безпосередньо втрутитися у сімейний конфлікт. Таку ситуацію варто розцінювати як попереджувальний сигнал про можливість використання пацієнтом подібних стосунків для досягнення далекої від лікування мети [50]. По-друге, існує шерэг ситуацій, коли захворювання пацієнта надає йому певні привілеї, іншими словами, патологічний стан приносить якусь користь, а тому він намагається його зберегти. Пацієнт “хоче”

бути хворим і використовує спілкування з лікарем для отримання “офіційного” підтвердження свого “хворобливого” статусу.

Існує й інший тип – “войовничий” пацієнт, який, наслухавшись радіо та надивившись телепередач, або начитавшись спеціальної літератури, вважає, що саме він повинен диктувати лікарю план свого обстеження і лікування (звичайно, найбільш сучасними діагностичними методами та “сильними” чи “модними” препаратами).

Важливим аспектом у системі “лікар – пацієнт” є і так звана “просвітницька” діяльність останніх. Здебільшого мовиться про пацієнтів, які встигли побувати у багатьох клініках і випробувати різні форми та методи лікування. Такі, з дозволу сказати, “ветерани від медицини” створюють чималу небезпеку як для лікарів, так і для їх пацієнтів, сіючи зерна невпевненості у правильності діагнозу, призначеного лікування та нігілізму до можливостей медицини взагалі, а тому далеко не всі хворі схильні до співпраці з лікарем і вірять, що він щиро хоче їм допомогти. Ці “зерна” глибоко вкорінюються у підсвідомості пацієнтів, тому нейтралізувати їх – важка психологічна проблема. Практика показує, що багато з них розглядають спробу лікаря сформувати довірливі відносини як замаскований спосіб отримати чергового “піддослідного кролика”. Іноді це виражається відкрито: “не люблю я ходити до цих лікарів”, “я лікарям взагалі не вірю”, “від фармацевтичних препаратів – одна шкода” та ін.

Саме тому в кінці ХХ століття у США та деяких країнах Західної Європи почали з'являтися міркування про крах “патерналізму”, натомість пропонувалися альтернативні моделі взаємин лікаря і пацієнта [12]. Розглянемо деякі з них, спираючись на посилання [7, с. 104–110].

Модель технічного типу. Це такий собі негативний прояв медико-біологічної революції – лікар-учений, лікар-дослідник, лікар-технік, тобто спеціаліст, який у своїй діяльності спирається лише на факти, уникаючи усіяких ціннісних міркувань. Така позиція є вкрай помилковою, оскільки лікар аж ніяк не може бути вільним від таких міркувань, адже кожен день він вимушений здійснювати вибір – визначити мету дослідження, ступінь достовірності отриманих результатів, обирати із сонму дослідницьких даних тих, які є “важливими” як для науки, так і для окремого пацієнта. Голов-

не – у цій моделі лікар переконаний, що пацієнт – це зламаний механізм і його (лікаря) основне завдання здійснити надання усіх прав на розв'язання проблеми здоров'я чи хвороби безпосередньо пацієнту. Однак, таким чином, він вводить в оману самого себе, навіть якщо визнати, що в усіх критичних ситуаціях, де потрібно зробити вирішальний вибір, такий спосіб дій був би в моральному контексті тверезим та відповідальним. Більше того, якщо у процесі прийняття рішення лікар зумів би уникнути моральних міркувань і йому б удалося практично реалізувати нездійснений ідеал свободи від ціннісних міркувань, то він перетворився б у звичайного сантехніка, мета роботи якого – лише очистити забруднені труби, не турбуючись питанням чому це сталося.

Модель сакрального типу. Антипод моделі технічного спрямування. Основні принципи моделі – “Salus aegroti – suprema lex” (“благо хворого – вищий закон”) та “Non nocere” (“надаючи пацієнту допомогу – не нашкодь”). Характер цієї моделі моральних взаємостосунків заздалегідь асиметричний – пацієнт позбавляється можливості приймати рішення і перекладає усю відповідальність на лікаря. Моральна пересторога до першої моделі спричиняє іншу крайність – перетворення лікаря на святого, адже певна аура “святості” створюється в кабінеті лікаря, у палаті; пацієнт дивиться на нього як на відсторонену від усього прозаїчного та світського особу. Ця модель може бути виражена синдромом “як” – “як лікар, я вам кажу...”. А чому “як лікар”? Чому не як порадник, консультант чи просто моральна людина? У такий спосіб нівелюються або ж зводяться до мінімуму ті моральні принципи, які потрібні для збалансування цієї моделі: приносити користь і при цьому не завдавати шкоди, захищати особисту свободу пацієнта, охороняти його людську гідність, говорити правду і виконувати обіцянки, дотримуватися і відновлювати справедливість. Негативною рисою даної моделі є і те, що дотримання всіх вищеокреслених принципів покладено виключно на лікаря, що вимагає від нього найвищих моральних якостей. На жаль, подібний підхід надання медичних послуг важко реалізувати через високий рівень дискримінації професії медика за різними ознаками (расовою, матеріальною, статевою тощо).

Модель колегіального типу. В моделі технічного спрямування лікар перетворюється у сантехніка без будь-яких моральних якостей,

сакрального – в моральний авторитет, за якої лікар пригнічує свободу і гідність пацієнта. Намагаючись більш адекватно визначити ставлення один до одного у системі “лікар – пацієнт”, зберігши фундаментальні цінності та обов'язки, деякі етики кажуть, що обидва учасники оздоровчого процесу повинні бачити один в одному колега, які прагнуть спільної мети – зцілення та захист здоров'я пацієнта. Саме у цій моделі взаємна довіра відіграє вирішальну роль, коли дві людини або групи людей відстоюють загальну мету, їхня довіра виправдана, і тоді модель колегіального типу адекватно працює. Фактично це – консолідований спосіб взаємодії соратників, що відбувається на основі рівності і взаємоповаги, чого немає у вищезазначених моделях. Однак жорстокий соціальний реалізм спонукає нас поставити складне для вирішення питання: а чи існує насправді реальне підґрунтя для такої взаємодії, для спільних інтересів? Окремі ознаки такої спільноти є у безкоштовних клініках. Проте є підстави констатувати, що різні етнічні, класові, економічні та духовні цінності перетворюють принцип спільних інтересів, який є провідним у цій моделі, образно кажучи, у порожню мрію.

Модель контрактного типу. Прообраз соціальних відносин, який повністю відповідає ринку (принципи свободи, особистої гідності, чесності, професійності, виконання обіцяного), причому у поняття “контракт” не слід вкладати лише юридичний зміст. Дана модель дозволяє уникнути відмови від морального аспекту з боку лікаря, що є типовим для моделі технічного типу, і відмови від моралі з боку пацієнта, що характерно для моделі сакрального спрямування. Вона дозволяє також уникнути неконтрольованого постулату рівності в моделі колегіального узмістовлення взаємин. У відносинах, заснованих на “контракті”, лікар усвідомлює, що у випадку можливого вибору за пацієнтом повинна зберігатися свобода управління своїм життям і долею. У цій моделі пацієнт має законні підстави вірити, що вихідна система цінностей, яка використовується при прийнятті медичних рішень, базується на системі цінностей самого пацієнта.

Модель поінформованої згоди. У рамках цієї моделі чітко розмежовані об'єктивні факти і побажання пацієнта. Передусім роль лікаря-батька замінена на роль консультанта, порадника, або компетентного експерта-професіонала. Відтак поінформованість пацієнта повинна бути

такого рівня, щоб в неосвідченій в медичних питаннях людини з'явилася певна компетентність щодо стану свого здоров'я і тих маніпуляцій, які планують здійснити медики для його збереження чи покращення. Це положення знаходиться у повній відповідності з *принципом автономії особи пацієнта*.

Умовно є підстави виокремити два провідних елементи цього процесу – надання інформації й отримання згоди. Перший охоплює знання про характер захворювання, сучасні методи його лікування, можливі при цьому ризики, а також про можливості альтернативної терапії. Інакше кажучи, питання альтернативи запропонованому лікарем методу лікування чи діагностики є центральним в ідеї поінформованої згоди, тому що лікар дає пораду стосовно найбільш прийняттого з медичного погляду варіанту оздоровлення та ризиків (характер, серйозність, імовірність і раптовість матеріалізації). Однак остаточне рішення приймає пацієнт, виходячи зі своїх моральних, матеріальних, духовних цінностей. Одночасно постає питання: як і в якому обсязі слід інформувати пацієнта про його хворобу? У зв'язку з цим слушно говорити про розширення сфери застосування моралі, моральних оцінок і вимог стосовно повсякденної медичної практики. Один із принципів патерналістської етики – “свята неправда” – залишається сьогодні переважно на папері, а пріоритет у медицині отримує “правда”, нехай навіть жорстока, адже лікар зобов'язаний бути максимально чесним зі своїми пацієнтами. Відзначимо, що це положення не всіма задіяними особами (лікарі і пацієнти) сприймається однозначно.

Останнім часом у практичну медицину впроваджується так званий “суб'єктивний” стандарт інформації, тобто найбільш адекватне пристосування складності та обсягу інформації до конкретних інтересів окремого пацієнта і можливостей вірного розуміння ним наданої інформації: “Інформація повинна диференціюватися, оскільки у пацієнта можуть бути індивідуальні або неортодоксальні переконання, незвичайні проблеми, пов'язані зі здоров'ям, унікальна історія сім'ї тощо” [49, с. 90].

Добровільна згода – найбільш принципове положення даної моделі, що унеможлиблює маніпулювання пацієнтом з боку лікаря у момент прийняття остаточного рішення [26]. Припустимо, що лікар не застосовує погроз, примусу чи інших форм впливу на пацієнта. А де все-таки існують гарантії відсутності на-

тиску зі сторони лікаря? Коли пацієнт справді вільний у прийнятті свого рішення? Зокрема, у США та у РФ вирішення цього питання належить до компетенції комітетів з етики.

Існує два різновиди моделі поінформованої згоди – *ситуаційна* та *процесна*. У першій підмоделі прийняття рішення означає аналіз ситуації (події) у певний момент часу. Висновок та рекомендації лікаря надаються пацієнту одночасно з інформацією про ризик і переваги опрацьованої ним пропозиції та альтернативних процедур. Зваживши отриману інформацію, пацієнт осмислює ситуацію, а потім робить вибір відповідно до своїх особистих міркувань і переконань. Дана модель начебто відповідає всім вимогам названої ділової згоди, тому що акцент робиться на оптимальному поінформуванні пацієнта в момент прийняття рішення. Однак у цій моделі, головню за браком часу, недостатньо враховується сприйняття пацієнтом отриманої інформації, та й можливість для роздумів та інтеграції інформації у систему цінностей пацієнта невелика.

Для процесної підмоделі характерний постійний обмін інформацією протягом усього часу спілкування лікаря з пацієнтом, а відтак формування стосунків, визначення проблеми, постановка мети діагностики або лікування, вибір методик, завершення процесу. В будь-якому разі добровільна згода – принципово важливий момент у процесі прийняття рішень. Забезпечити таку добровільність певною мірою може допомогти формуляр згоди, що заповнюється пацієнтом та, крім лікаря і пацієнта, підписується ще свідком.

В цілому модель поінформованої згоди визнає позитивність моменту співпраці обох сторін у виборі методів діагностики або лікування, але лише особисті цінності пацієнта набувають вирішального значення в оцінці результатів. Це означає, що у випадку розходження думки пацієнта з об'єктивними медичними даними лікар повинен віддати перевагу його рішення. Очевидно, що у такій системі взаємин проблема полягає у вирішенні трьох завдань: а) забезпечити підготовку і подання інформації таким чином, щоб підвести пацієнта до вибору вірного рішення і при цьому бути вільним від елементів примусу та маніпулятивності [26, с. 251], б) уможливити визнання провідним “автономного” рішення пацієнта, в) домогтися добросовісного виконання ним обраного методу лікування [14]. Воднораз ця модель може розглядатися як одна із форм правової захище-

ності лікаря, котрий не застрахований від так званих “лікарських помилок”. Останні кваліфікуються як “...помилка лікаря при виконанні своїх професійних обов’язків, що є наслідком сумлінної омани й не утримує складу злочину чи ознак провини”. За цих умов принцип поінформованої згоди гарантує правовий захист лікаря, скажімо, при поданні пацієнтом або його родичами позовної заяви.

Отже, за всього різноманіття підходів співпраця лікаря і пацієнта однаково повинна містити принаймні чотири компоненти – підтримку, розуміння, повагу, співчуття [4, с. 173; 17; 27, с. 104–105]. Крім того, висновуємо, що патерналізм та вищевказані моделі можуть спокійно співіснувати, оскільки патерналізм – явище етичного порядку, а моделі контрактного типу та поінформованої згоди – правового.

Складною і невирішеною дилемою на сьогодні є етика пацієнта, украй індивідуальна за формою і соціальна за змістом, і тут недостатньо звичного переліку правил гарної поведінки [43, с. 68]. У соціумі, на жаль, склалася некоректна уява про те, що пацієнт завжди має рацію, що лікар ні словом, ні ділом не повинен ускладнювати важкий стан хворої людини. Викривлення гіпократового принципу “не нашкодь” призвело до ситуації, коли в усіх конфліктах винуватцями залишаються лікар та його помічники. Саме тому в пацієнтів варто формувати *готовність* до співпраці і порозуміння з медичним персоналом ще до контакту з ним [10, с. 305]. Тут доцільно говорити про соціальне замовлення суспільства – поважати лікаря, викладача, вчителя як представників найбільш гуманних професій, діяльність котрих спрямована на збереження здоров’я людей і поповнення їхнього досвіду знаннями, вміннями, цінностями.

В аспекті біоетики слушно згадати про ще одну проблему: колишній принцип “лікар – пацієнт” сьогодні замінений принципом “лікар (лікарі) – прилад (прилади) – пацієнт” [8, с. 234]. У лікувальних закладах широко використовуються прилади не тільки для визначення окремих параметрів життєдіяльності людини, але й існують цілі кабінети та центри функціональної діагностики. Не викликає сумніву позитивний момент такого стану медицини, однак він спричинив її диференціацію як цілої науки на низку вузьких спеціальностей, де вивчають стан і лікують один орган чи систему, ігноруючи при цьому уявлення про цілісний організм [3, с. 34]. Іншими словами, нівелюється розуміння

людини як складної, поліморфної системи з великою кількістю підсистем, прямих і зворотних зв’язків, чим, власне, і забезпечується її багатогранна здатність до саморегулювання індивідуального ритму метаболічних процесів. При цьому здоров’я – це досконалий перебіг процесів саморегуляції обміну речовин, а хвороба – його порушення. Важко уявити собі (та це й нереально), що розвиток патологічного процесу в організмі як у єдиному цілому супроводжується лише ізольованим порушенням структури і функції одного органу або системи, поліпшення роботи яких за допомогою фармакологічних препаратів призведе до згортання хвороби.

Усе висловлене викликає незадоволення пацієнта, коли він за приладами та аналізами не бачить свого лікаря, не може поділитися з ним власними емоціями, переживаннями, страхами і проблемами. Адже потреба пацієнта в чуйному, уважному ставленні лікаря, у його доброму слові, що дає надію на одужання, в нашу техногенну епоху не тільки не зменшилася, а навіть загострилася. Кожній хворій людині, освіченій та ерудованій чи малограмотній, неоднаково, хто і як її лікує. Очевидно, що справа не йде про полеміку з пацієнтом, а про авторитетне і терпляче пояснення йому психофізичного стану, сучасних підходів до діагностики хвороби, її лікування та профілактики рецидивів. У розмові, коли пацієнт відчуває, що лікар вкладає у цей процес свою душу, він повірить у правильність призначеного лікування, безапеляційно виконає всі лікарські рекомендації. Та й не викликає сумніву, що регламентований наказом МОЗ України час на максимальне спілкування з одним пацієнтом (12 хвилин), аж ніяк не сприяє налагодженню особистого творчого контакту, а його недооцінка, вказівки, адресовані пацієнту імперативним тоном у межах вищевказаного ліміту часу, почасти викликають незадоволеність, тривогу і страх, що ще більше послаблює психологічний та фізіологічний захист організму останнього [29, с. 45].

Про це влучно сказав Антуан де Сент-Екзюпері: “...Я вірю, прийде день, коли невідомо чи хворий віддасть себе в руки фізиків. Не питаючи його ні про що, фізики візьмуть у нього кров, виведуть якісь величини, перемножать їх одну на другу. Потім, звірившись з таблицею логарифмів, вони вилікують його однією-єдиною пігулкою. І все ж, якщо я захворію, то звернуся до якого-небудь старень-

кого земського лікаря. Він подивиться на мене краєчком ока, помагає мені живіт, ... вислухає мене. Потім кашляне, розкурюючи свій чубук, потре підборіддя і посміхнеться до мене, щоб втамувати мій біль. Звичайно, я захоплююся Наукою, але я захоплююся і Мудрістю... І якими б неймовірними не були досягнення сучасної медицини, її технічні можливості, людина завжди буде чекати та вірити лікарю, який зуміє вислухати, схвалити, проявити співчуття..." [24, с. 273–274]. Ми вже не говоримо про те, що в умовах теперішніх ринкових відносин, економічної нестабільності суспільства, невпевненості у завтрашньому дні, мінімальних доходів більшості населення, страх захворіти і залишитися жебраком є у цій ситуації домінуючим.

Відмітимо ще один важливий біоетичний аспект взаємин лікаря і пацієнта, що характерний для епохи ринкових відносин, коли медицина все більше перетворюється на *бізнес*, а пацієнт – в об'єкт *наживи* зі сторони лікаря [42]. У наше життя, на жаль, усе більше входять і стають справедливими слова, сказані не дуже популярним сьогодні для цитування відомим класиком марксизму-ленізму, і які мали свого часу відношення лише до капіталізму: "...Буржуазія позбавила священного ореолу сприймати всі сфери діяльності, які донині вважалися почесними і на які дивилися з благоговінням. Лікаря, юриста, священника, поета, людину науки вона перетворила у своїх платних найманих працівників..." [23, с. 35].

Водночас очевидно, що демократизація системи охорони здоров'я в Україні йде складно, і поки що знаходиться в зародковому стані на тлі недостатнього забезпечення правового статусу як лікаря, так і пацієнта (українське слабе врегулювання адміністративної і кримінальної відповідальності за порушення цього статусу) [21]. Однак наголосимо, що більш нагальним питанням є не правове врегулювання прав пацієнтів, а визначення у правових нормах механізмів реалізації таких прав [22, с. 66; 25, с. 62; 31; 38]. А от як їх (механізми), що закріплені в Основах законодавства про охорону здоров'я, реалізувати не знають ні пацієнти, ні лікарі. Суспільство справедливо вимагає дотримання гарантованої ст. 49 Конституції України безкоштовної медичної допомоги, забуваючи, проте, що такої ж допомоги потребують і лікарі з їх жебрацькою платнею (29-е місце із 31 позиції у рангу галузевих зарплат). Однак маючи за своєю спиною "Феофанію" і

тибетських шаманів, жоден уряд чи парламент ніяк не можуть звикнути з думкою, що лікарі – це такі самі члени суспільства, як міністри або депутати Верховної Ради, що їх праця (збереження здоров'я нації!) заслуговує на більше. Натомість безпросвітність існування, несправедлива оцінка їх висококваліфікованої праці суспільством породили зустрічну реакцію – прагнення отримати додаткову матеріальну винагороду не стільки для збагачення, скільки, як пише відомий професор медицини О. Бобров, для елементарного виживання [9, с. 6].

Таким чином, найбільш придатною для впровадження на теренах нашої держави *моделлю моральної медицини є модель поінформованої згоди*, провідні принципи якої відповідають цивілізованам ринковим відносинам (принципи свободи, особистої гідності, чесності, професійності, виконання обіцяного). Однак наше суспільство ще не готове сприйняти правила вказаної моделі, особливо у письмовій формі. Наприклад, важко уявити ситуацію, коли помираючий пацієнт дає письмову згоду на передачу власних органів для трансплантації. Знову ж таки, для нашого суспільства є чужими і майже неприйнятними договірні відносини між лікарем і пацієнтом за типом "купи-продай" або навіть прийняття спільного для обох плану діагностики чи лікування після детального обговорення суті захворювання.

Важкою дилемою є також і питання лікарської таємниці: з одного боку, розголошення лікарем таємниці хвороби пацієнта морально неприпустимо, з іншого – неприпустимим видається приховування від компетентних органів наявності в останнього небезпечних для життя навколишніх захворювань (наприклад, СНІДу, сифілісу, туберкульозу, особливо небезпечних інфекцій). А як бути, коли пацієнт не в змозі придбати життєво важливі для нього ліки через їхню дорожнечу? Саме тому медикаментозна терапія, що визначає процес лікування та профілактики більшості захворювань, вимагає постійної уваги сучасного суспільства. Вільний продаж фармакологічних препаратів призводить до того, що майже четверта частина хвороб у світі (зокрема, і в Україні) пов'язані з неконтрольним використанням ліків, а близько 60% із них є неефективними через підробки і фальсифікат. Особливу небезпеку становлять препарати, механізм дії яких спрямований на супресію, або стимуляцію генетичних деформацій.

Занепокоєння викликають і колосальні фінансові можливості фармацевтичних компаній, які ефективно використовують рекламу у ЗМІ, а також населення бідних країн з нерозвинутою ринковою економікою як дешевий випробувальний “полігон” для своїх препаратів. Великої шкоди завдають і численні знахарі, екстрасенси, парапсихологи, недобросовісні лікарі, які з метою власної наживи застосовують не тільки неефективні, а й часто шкідливі методи лікування [41, с. 28–29].

Наголосимо також на важливості проведення ретельної етичної експертизи з використання методів доказової медицини (метааналізу) всіх нових ліків та методів лікування, перш ніж впроваджувати їх у клінічній практиці [35; 39]. Так, в Україні прийнята “Концепція розвитку охорони здоров’я”. Проте й надалі на стан здоров’я населення продовжують негативно впливати низка факторів: зростаюче забруднення довкілля, сумнівної якості харчові добавки та отрутохімікати у продуктах і загалом незбалансоване за вітамінним, мікроелементним складом, нафаршироване генетично модифікованими організмами харчування, підвищений радіаційний фон як відлуння Чорнобиля, антисоціальна реклама алкогольних напоїв, закриття спортивних залів і відсутність елементарних умов для заняття фізкультурою і спортом у школах, зростання алкоголізму, наркоманії, некероване захоплення молоді комп’ютерними іграми із садистським нахилом тощо. Невже усе це складові вказаної “Концепції”?

Існує ще одна проблема складової здоров’я, яка стосується соціуму загалом і біоетики зокрема. Мовиться про *духовність* суспільства. Духовний рівень організації людини і соціуму важко піддається кількісному аналізу, однак він (точніше, бездуховність) є, ймовірно, визначальним у зростанні показників смертності населення країн колишнього СРСР. Причому в цей критерій не слід вкладати тільки релігійний зміст (хоча це також важливо!). Під духовністю розуміємо особливий стан психіки, який спрямований на усвідомлення сутності життя, *бажання жити і творити добро*, пошук свого місця і людського сенсу в суспільстві, визначення критеріїв добра і зла для оцінки людей і подій. Тому, навіть якщо зробити українців у декілька разів багатшими, зберігши теперішню соціальну атмосферу (байдужість, егоїзм, різке розшарування загалом на багатих і бідних, невпевненість у завтраш-

ньому дні, абсолютну незахищеність людини перед чиновницькою вакханалією, страх захворіти і перетворитися на жебрака) важко розраховувати на покращення демографічної ситуації в цілому і видимий прогрес у системі взаємовідносин “лікар – пацієнт”.

Звичайно, біоетика загалом, і медична біоетика зокрема, як винахід людського духу жодною мірою не є і не буде моральною панацеєю. Ніяких обіцянок чудесного, зцілюючого тіло і зміцнюючого дух вирішення загальноетичних чи суто медичних проблем сучасного суспільства вона дати не може. І все ж покликана викликати у громадян болісне почуття провини – відповідальності за ту варварську соціальну форму правління, у якій ефективна система охорони здоров’я є привілеєм обмеженого кола осіб, і в якій протягом тривалого часу практично не вирішується глобальне питання щодо здоров’я і майбутнього усієї нації.

Насамкінець замість резюме наведемо пророцтво не менш відомого, аніж Нострадамус, провидця, яким був Йоганн Єрусалимський. Воно написано ним на початку минулого тисячоліття (“Таємні протоколи”, 1119–20 роки): “...коли підійде до кінця тисячоліття, яке наступить за теперішнім, то кожен буде жити з іншими в унісон, усе буде знати і про світ, і про тіло, лікувати хвороби до їх виникнення, і кожен стане лікарем собі та усім іншим. Зрозуміє, що потрібно допомагати, щоб іти усім разом, і після часу, де панували злоба, замкнутість і скупість, відкриє він і серце, і кишеню для неімущих...”. Хочеться вірити, що так і буде!

ВИСНОВКИ

1. Важливість перебудови традиційних систем надання медичної допомоги за умов науково-технічного прогресу і впровадження законів ринкової економіки у систему охорони здоров’я – об’єктивна реальність сьогодення.

2. Різноманіття видів і форм медичної допомоги в умовах домінування ринкових відносин породжує нові, складні біоетичні проблеми у системі “лікар – пацієнт”, тому що кожен напрямок різних видів допомоги (профілактичний огляд, діагностика, лікування, допомога в екстремальних випадках, полегшення страждань безнадійно хворим) набув маркетингової сутності й відтак має бути своєрідним чином формалізований та однозначно віддіагностований.

3. Особливістю взаємин лікаря і пацієнта в сучасних обставинах суспільного сьогодення є той факт, що пацієнт перетворюється на рівноправного учасника медико-біологічної діяльності.

4. Ситуація вимагає впровадження в медичну практику повсякдення найбільш ефективної та реалістичної моделі взаємовідносин між медичними працівниками і пацієнтами – *поінформованої згоди*. Остання може розглядатися також як найбільш прийнятна форма забезпечення правового захисту медичних працівників.

Перспектива подальших досліджень. Вищезазначений матеріал вказує на нагальність пошуку і впровадження нових організаційних форм надання медичної допомоги та задіяння механізмів регуляції взаємовідносин між медичними працівниками і пацієнтами, виходячи з реалій стану нашої економіки, права, моралі та релігійних переконань.

1. Андрианова Е.А. Гиппократ умер: современные проблемы биоэтики // Смысл жизни личности в эпоху посткнижной культуры. – Саратов, 2003. – С.104–110.

2. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Страдания Гиппократа (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). – Ростов-на-Дону: Приазовский Край, 2006. – 520 с.

3. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. – М.: Медицина, 1980. – 160 с.

4. Бартко А.Н. К вопросу о самоопределении личности: актуальные трудности абортa в биомедицинской этике // Методологические и социальные трудности медицины и биологии: Сб. научных трудов. – Выпуск 10. – М., 1994. – С. 170–176.

5. Башилов Р.Н. Проблема социальной ответственности в дискурсе биоэтики: автореф. дисс... канд. филос. наук: Твер. гос. ун-т. – Тверь, 2005. – 24 с.

6. Берри К. Взаимоотношения врача и пациента // Материалы I Украинско-Британского симпозиума по биоэтике (Киев, 25-29 сентября 2000 г.). – К., 2000. – С. 15–17.

7. Биоэтика в медицине и пищевой промышленности, необходимость и смысл нравственного поведения [Текст] : [научное издание] / ред. Д. Ходжес, С. Тимченко. – К. : Реалис, 2006. – 204 с.

8. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / под ред. Б.Г. Юдина. – М.: Эдиториал, 1998. – 364 с.

9. Бобров О.Е. Медицина и деньги // Новости медицины и фармации. – 2004. – № 2, февраль. – С. 6.

10. Бологіна Н.Б. Пацієнт: права та обов'язки // Правова держава: Щорічник наукових праць Інституту держави і права ім. В.М. Корецького НАНУ. – Выпуск 14. – К., 2003. – С.303–305.

11. Васечко Л.О. Эволюция прав людини під впливом процесів глобалізації // Форум права. – 2010. – № 4. – С. 122–126.

12. Вич Р. Модели моральной медицины в эру ре-

волюционных изменений // Биоэтика: проблемы и перспективы. – М., 1992. – С 36–47.

13. Войно-Ясенецкий В.Ф. Дух, душа, тело. – М.: Знание, 1948. – 156 с.

14. Глуховский В.В. Права пациента и значение информированного согласия в медицинской практике // Медико-социальные проблемы семьи. – 2002. – Т.7, № 1. – С. 33–37.

15. Гулевська Г.Ю. Биоэтика та права людини: міжнародно-правовий аспект // Форум права. – 2011. – № 3. – С. 196–200.

16. Дешко Л. Поняття про державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я // Право України. – 2005. – № 8. – С. 28–32.

17. Етичний кодекс українського лікаря / Насінник О., Пиріг Л., Вєковшиніна С., Кулініченко В. (Проект). – К.: Сфера, 2002. – 24 с.

18. Зелінський А.М. До питання про поняття “пацієнт” // Університетські наукові записки. – 2006. – № 2. – С. 143–145.

19. Зилгалвис П. Этические аспекты – перспективы для Европы. Права пациента в свете конвенции по правам человека и биомедицине // Анестезиология и реаниматология. – М.: Медицина, 1999. – Приложение. – С. 174–180.

20. Индейкин Е.Н. Этические проблемы эвтаназии / Главный врач. – 1998. – № 6. – С.22–27.

21. Каушик В. Проблемы биоэтики и их специфика в развивающихся странах: автореф. дисс... канд. филос. наук. – Рос. акад. наук, Ин-т философии. – М., 1994. – 17 с.

22. Лыкин С.С. Философско-правовые аспекты становления биоэтики // Политика. Власть. Право. – СПб., 2000. – Вып. 4. – С. 63–71.

23. Маркс К., Энгельс Ф. Манифест Коммунистической партии. – М.: Политиздат, 1968. – С. 35.

24. Миждо М. Сент-Экзюпери. – М.: Молодая гвардия, 1963. – 289 с.

25. Мохов А.А. Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности. – СПб: Юридический центр Пресс, 2003. – 208 с.

26. Плешко О.С. Біоетичні регулятиви взаємовідносин “лікар – пацієнт” // Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції “Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)”. – Львів, 17–18 квітня 2008 року. – Львів: Вид. ЛОБФ “Медицина і право”, 2008. – С. 251–256.

27. Поляков Г.А. Нравственная основа современного отечественного лечебного дела. – Краснодар, 2006. – 130 с.

28. Права людини в системі взаємовідносин “лікар – пацієнт” у відкритому суспільстві / Асоціація сімейних лікарів м. Києва (укладач Т.К. Набухотний. – К.: Медицина України, 2000. – 267 с.

29. Стречча Э., Тамбоне В. Биоэтика // Библиейско-богословский институт св. Апостола Андрея. – М., 2002. – 359 с.

30. Стречча Е., Спаньоло А. Дж., П'єтро М.Л. Біо-

етика: Переклад з італійської В.Й. Шовкуна: підручник. – Львів: Медицина і право, 2007. – 672 с.

31. *Сенюта І.* Біоетичне законодавство України: перспективи становлення та розвитку // Вісник Львівського університету. – Серія юридична. – Львів, 2006. – Вип. 42. – С. 42–49.

32. *Силуянова І.В.* Философско-методологический анализ актуальных проблем биоэтики: автореф. дис... д-ра филос. наук: МГУ им. М.В. Ломоносова. – М., 1999. – 35 с.

33. *Скакун М.П.* Доказова медицина – веління часу / Медична академія. – 2004. – № 9. – С. 4.

34. *Смольняков А.И.* Особенности взаимоотношений врача и больного в условиях научно-технической революции // Этико-психологические проблемы медицины. – М.: Медицина, 1998. – С. 146–148.

35. Совет Европы – международная конференция по этическим проблемам, возникающим вследствие применения биотехнологии, Овьедо, 16–19 мая, 1999 // Проблемы окружающей среды и природных ресурсов: обзорная информация. – 1999. – № 12. – С.81–100.

36. Советский энциклопедический словарь / под ред. А.М. Прохорова. – М.: Советская энциклопедия, 1986. – С. 978.

37. *Сэв Л.* Личность и биоэтика // Общественные науки и современность. – 1993. – № 5. – С. 113–121.

38. *Терешкевич Г.* Розвиток біоетики в Україні (державно-управлінський аспект): автореф. дис... канд. наук з державного управління. – Львів, 2004. – 20 с.

39. *Тищенко П.Д.* Свод этических правил проведения клинических испытаний и медико-биологических экспериментов на человеке // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 91–93.

40. *Тогунов И.А.* Научное обоснование эволюции взаимоотношений врача и пациента в условиях перехода к рынку медицинских услуг: автореф. дисс... д.м.н. – М., 2002. – 45 с.

41. *Трахтенберг И.М., Шумаков В.А., Никберг И.И.* Лжемедицина: доколе?! // Здоров'я України. – 2004. – № 5, березень. – С. 28–29.

42. *Тычинок-Соломко И.* Айболитов бизнес // Корреспондент. – 2005. – № 7. – С. 48–49.

43. *Филатов Д.П.* Норма поведения, или мораль естественного-исторической точки зрения // Пути в незнаемое. – М., 1994. – 420 с.

44. *Фундаментальные основы политики здравоохранения / под ред. О.П. Щепина.* – М., 1999. – 260 с.

45. *Хенк тен Хаве.* Деятельность Юнеско в области биоэтики [Электронный ресурс].- режим доступа http://www.remedium.ru/section/marketing/detail.php?ID=31601&PAGEN_1=2.

46. *Хен Ю.В.* Проблема смерти в контексте биоэтики: автореф. дис... канд. филос. наук: Рос. акад. наук, Ин-т философии. – М., 1993. – 20 с.

47. *Шергенг Н.А.* Актуальная проблема медицинской этики (биоэтика): человек в поисках здоровья, легкой смерти и бессмертия // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 7. – С. 82–83.

48. *Юдин Б.Г.* Социальная институционализация биоэтики // Биоэтика: проблемы и перспективы. – М., 1992. – С. 2–8.

49. *Beauchamp T.L., Childress O.F.* Principles of Biomedical Ethics. – N. Y., Oxford, 1989. – 194 p.

50. *Hahn S.R., Feiner J.S., Bellin E.H.* The doctor – patient family relationship. A compensatory alliance // Ann. Intern. Med. – 1998. – № 109. – P. 884 – 889.

АНОТАЦІЯ

Олійник Ніна Миколаївна.

Маркетингові відносини та біоетика у системі “лікар – пацієнт”.

У статті аргументується важливість формування нових біоетичних принципів у системі “лікар – пацієнт” в умовах маркетингової (ринкової) економіки. Ситуація, яка склалася на сьогодні у системі охорони здоров'я України, вимагає введення в медичну практику найбільш реальної моделі взаємовідносин між медичними працівниками і пацієнтами – поінформованої згоди. Остання є ефективною формою забезпечення правового захисту лікаря, котрий не застрахований від так званих “лікарських помилок”, або у випадку подання пацієнтом позовної заяви. Аналізуються також позитивні (краща якість медичного обслуговування, вільний доступ до методів і форм надання допомоги, реалізація вибору конкретного надавача медичних послуг, можливість юридичного та економічного впливу за їх неякісне виконання, достойна оплата праці медичного працівника залежно від її результатів і задоволеності пацієнта, правова та економічна захищеність як споживача, так і надавача послуг) та негативні (суттєве послаблення профілактичних заходів, дисбаланс між функцією гуманістичної місії медицини загалом і ступенем економічного зиску, занепокоєння пацієнтів певних соціально вразливих груп щодо дискримінації) сторони маркетингових моделей охорони здоров'я, невирішені організаційні питання національної системи охорони здоров'я населення на державному рівні (недостатнє фінансування, недобросовісність у роботі фармацевтичних фірм, агресивна реклама ліків і методів лікування у ЗМІ, низька оплата праці медичних працівників, духовна деградація суспільства).

Ключові слова: національна система охорони здоров'я, біоетика, маркетингові відносини, система “лікар – пацієнт”, позитивні і негативні сторони маркетингової діяльності у сфері медицини, система охорони здоров'я, невирішені державною організаційні питання охорони здоров'я населення.

АННОТАЦИЯ

Олійник Нина Николаевна.

Маркетинговые отношения и биоэтика в системе “врач – пациент”.

В статье аргументируется важность формирования новых биоэтических принципов в системе “врач – пациент” в условиях и маркетинговой (рыночной) экономики. Сложившаяся на сегодня ситуация в системе здравоохранения Украины требует введения в медицинскую практику сегодняшнего дня наиболее реалистичной модели взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами – информированного

согласия. Последняя является эффективной формой обеспечения правовой защиты врача, не застрахованного от так называемых “врачебных ошибок” или в случае подачи пациентом судебного иска. Анализируются также положительные (лучшее качество медицинского обслуживания, свободный доступ к методам и формам помощи, возможность и реализация выбора и обращения к любому поставщику услуг) и негативные (существенное ослабление профилактических мероприятий, диссонанс между ролью гуманистической миссии медицины вообще и степенью экономической выгоды, опасения дискриминации пациентов определенных социальных групп) стороны маркетинговых моделей охраны здоровья, нерешенные организационные вопросы охраны здоровья населения на государственном уровне (недостаточное финансирование, недобросовестность в работе фармацевтических фирм, агрессивная реклама препаратов и методов лечения в СМИ, низкая заработная плата медицинских работников, потеря обществом в целом духовности).

Ключевые слова: национальная система охраны здоровья, биоэтика, маркетинговые отношения, система “врач – пациент”, положительные и негативные стороны маркетинговой деятельности в сфере медицины, нерешенные государством организационные вопросы охраны здоровья населения.

ANNOTATION

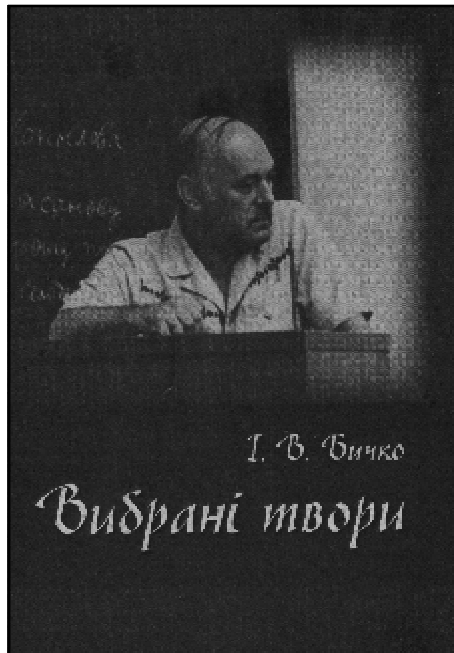
Oliynyk Nina.
Marketing Relations and Bioethics in “Doctor – Patient” System.

The article substantiates the importance of the forming of new bio-ethical principles in the “doctor-patient” system in the conditions of marketing (market) economics. The situation in the system of health care of Ukraine demands implementation into the medical practice the most realistic model of interrelations between medical employees and patients – informed agreement. The last one is an efficient form of providing the judicial protection of a doctor, who is not guaranteed from so called “doctor’s mistakes”, or in case of patient’s suing to the court. The author also analyses the positive and negative sides of marketing models of health care, organizational issues of national system of health care on the state level (insufficient financing, corruption in the work of some pharmaceutical companies, aggressive advertising of medicine and methods of treatment in mass media, low salary of medical workers, spiritual degradation of society).

Key words: national system of health care, bioethics, marketing relations, system “doctor-patient”, positive and negatives sides of marketing activity in the sphere of medicine, organizational issues of health care unsolved by the state rganizational matters of public health at the state level.

Надійшла до редакції 15.11.2012.

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Бичко І.В.

Вибрані твори [Текст] / Філософський факультет Київського національного університету імені Тараса Шевченка; відп. ред. Ярошовець В.І., Бичко А.К., Аляєв Г.Є. — Тернопіль: Джура, 2011. — 516 с.

У зібранні вибраних творів доктора філософських наук, професора, заслуженого професора Київського національного університету імені Тараса Шевченка *Ігоря Валентиновича Бичка* вміщені його основні праці, написані протягом 60-х – 80-х років (“Познання и свобода”, “В лабіринтах свободи”, “Від сталінізму до гуманізму”); тексти, що друкувалися у підручниках та журналах в 90-ті – 2000-ті роки, а також нові твори, написані у своєрідному жанрі історико-філософських спогадів (“Сингенейа”, “На світанку ХХІ століття”).

Для всіх, хто цікавиться філософією та історією філософії.