

БІОЕТИКА У СИСТЕМІ “ЛІКАР – ПАЦІЄНТ”: ІСТОРИКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Ніна ОЛІЙНИК

Copyright © 2012

Професія лікаря – особлива, адже, на відміну від інших професій, полягає перш за все у моральності, тому природно, що її виникнення не пов’язане з економічними мотивами, фінансовими потребами чи суто теоретичною діяльністю людини. Лікар має обов’язок і змогу постійно виявляти піклування, співчуття та надавати допомогу, тобто творити добро, котре сутнісно має Божественне походження: “...Усяка добра дія <...> низходить звисока – від Батька світів...” (Іак., 1: 17). Специфіка медичної діяльності зумовлена також унікальністю буття людини, складністю виявлення індивідуальних компенсаторних можливостей її організму у випадку хвороби, а інколи у ситуаціях недосконалості медичної науки й організації системи охорони здоров’я.

Водночас економічна криза і нагальні труднощі системи охорони здоров’я в Україні до краю загострили етичні і правові проблеми в медичній науці і практиці, спричинили ціннісні та моральні конфлікти як в організації вказаної системи, так і в поведінці та свідомості громадян. Методи гнітючого душу атеїзму, надмірного адміністративного контролю і регулювання, на яких ґрунтувалася попередня система охорони здоров’я, повністю ігнорували релігійні та духовні орієнтації різних етнічних і конфесійних груп, які по-різному відносяться до життя і смерті, здоров’я і хвороби, душі і тіла, дитинства і старості. Так, освячення духовного змісту життя в українського народу із прадавніх часів пов’язувалося з розумінням смерті як воріт у нове життя, а ідея воскресіння полягала не тільки у тому, що істинне життя християнина попереду, в потойбіччі – світі радості і блаженства, але й у релігійній посв’яті всього теперішнього мирського повсякдення. Фінал такого ігнорування, на жаль, добре відомий.

Загалом біоетичні канони взаємовідносин “лікар – хворий” (надалі – “лікар – пацієнт“)

постали ще на етапі зародження медицини [5; 22; 30; 36]. Найбільш ранні аспекти діяльності лікаря зводилися до правил його вигляду, характеру та поведінки (фізична витривалість, моральна стійкість, інтелігентність, тактовність у стосунках із хворими, колегами, учнями) [3]. Подальший розвиток біоетики пов’язують із працями Гіппократа, в уяві якого для лікаря повинні бути характерні “презирство до грошей, совісність, скромність, простота в одязі, повага до людей, відраза до вад, рішучість, чистота та багатство думок, знання усього того, що потрібно для життя, заперечення забобонного страху перед богами...” [13, с. 87–88], та приблизно такими ж постулатами, викладеними у Салернському кодексі здоров’я, Каноні лікарської науки Авіценни, “Факультетських обещаннях” російських учених ХІХ століття.

П. Бадмаєв, який організував у Санкт-Петербурзі лікувальну школу тибетської медицини та перевів на російську мову її основний трактат “Худ-ші”, осмислював суть біоетики у системі “лікар – хворий”, виходячи з канонів буддизму: “... традиції лікарської касты вимагають від лікаря виконання шести умов – бути придатним до лікувальної діяльності за станом душі, бути гуманним, розуміти свої обов’язки, бути приємним для хворих і не відштовхувати їх від себе своєю поведінкою, бути старанним в усіх справах, бути ознайомленим з науками...” [4, с. 153].

Менш відомо, що К.Е. Ціолковський – засновник космонавтики – теж пов’язував свою “біокосмічну етику” з буддизмом. У низці праць “Нірвана”, “Наукова етика”, “Етика або природні основи моральності” він розвивав ідею “панпсихізму” – *ідеї живого Всесвіту*, допущення безсмертя і духовних атомів, які блукають у світі та вселяються у різні організми. Підкреслюючи важливість усунення страждань і хвороб, мислитель розглядав біоетику як шлях одухотворення природи, щоб “усе

живе процвітало у мирі...”, адже “життя безперервне, смерті немає...” [33, с. 365].

У 1903 році В. Вересаєв, відповідаючи критикам “Записок лікаря”, писав: “...Як не печально, але потрібно визнати, що в нашої науки до цього часу немає етики <...>. Необхідна етика у широкому, філософському розумінні, і ця етика перш за все повинна охопити в усій повноті питання про взаємні відносини між лікарською наукою і живою істотою. Між тим навіть локальні питання такої етики не піднімаються у нас і майже не дебатуються <...>, і головне завдання полягає у ...всєбічному теоретичному з’ясуванні питання про відносини між особою і лікарською наукою в тих межах, за якими інтереси окремої людини можуть бути принесені в жертву інтересам науки <...>. Зрозуміло, що це не є спеціальним питанням якоїсь особливої лікарської етики – це велике, віковічне загальне питання про відносини між особою та вищестоящими інстанціями – суспільством, наукою, правом і т. ін. Її (медицини) тісний і різнобічний зв’язок із живою людиною унеобхіднює, щоб усі, навіть суто наукові завдання, вирішувалися у світлі цього основного етичного питання...” [10, с. 447].

Однак те, що було колись ознакою морального виродження окремих лікарів (експерименти на людях, нестримна тяга до збагачення, повне ігнорування прав пацієнта) і викликало законне обурення, після 1917 року стало державною політикою [34, с. 40–43]. Тоталітаризм постійно гнітив права людини і намагався зруйнувати існуючу протягом століть професійну етику лікарів, не допускав навіть можливості обговорення професійних етичних норм, а тим більше – філософських проблем медичної етики. Скажімо, в 1925 нарком охорони здоров’я М. Семашко оголосив лікарську таємницю пережитком старої кастової лікарської практики (боязнь втратити пацієнта), старих забобонів (сором за свою хворобу) і підкреслив, що радянська система ОЗ тримає “твердий курс на знищення лікарської таємниці, пережитку буржуазної медицини...” [27, с. 12]. Виступаючи з цією руйнівною для медичної етики програмою, він не зустрів жодних (!) заперечень з боку практичних лікарів та науковців. Лише згадуваний нами В. Вересаєв у передмові до 12-го видання “Записок лікаря” (1928) піддав нищівній критиці пропозицію М. Семашка: “Точка зору, яка енергійно обстоюється М.О. Семашком, на практиці, в буденній масі лікарів, призводить до жахливої легковажності і до найобурливішого нехту-

вання законними правами хворого...” [10, с. 252–253].

На сьогодні існує кілька дослідницьких центрів з біоетики загалом і медичної біоетики зокрема. Серед найбільш відомих – Гастінгс-центр під Нью-Йорком (США), Центр з біоетики при медико-дослідницькому інституті Монреаля (Канада), Центр із біоетики при Торонтському університеті (Канада), Інститут медичної етики при Джорджтаунському університеті (США). Вочевидь цей напрямок досліджень, у якому співпрацюють вчені-біологи, філософи, теологи, медики США, Канади, Франції, Великої Британії, інтенсивно розвивається.

Актуальність вказаної проблеми на теренах України безсумнівна, передусім на тлі критичної демографічної ситуації в країні та у зв’язку із визнанням на конституційному рівні життя і здоров’я людини найвищою цінністю. Це вимагає нового погляду на життя і права окремої особи, починаючи від її зародка в утробі матері і завершуючи глибокою старістю. Тим більше, що такому погляду сприяють видатні досягнення біологічної і медичної наук. Гормональна та антибактеріальна терапії, заміна статі, сурогатне материнство, трансплантація органів і тканин, терапія стовбуровими клітинами, генна інженерія, рентгенологічні, ультрасонографічні і лапароскопічні методи діагностики та лікування, комп’ютеризація цих процесів – далеко не повний перелік усього позитивного, що привніс розвиток техніки у практичну медицину. Відтак якісні зміни у професійній діяльності лікаря, які внесені цим прогресом, певним чином змінюють і його взаємостосунки з пацієнтом, виявляють нові можливості та породжують досить серйозні проблеми і суперечності, що потребують нагального розв’язання.

Для прикладу, візьмемо проблему *клонування людини*. Незважаючи на те, що процес клонування (від лат. *clone* – галузка, брунька) є звичайним явищем у рослинному світі, клонування людини спричиняє низку досі нерозв’язаних проблем [див. 2, с. 7]. Більше того, людство вперше стикається не тільки з невідомим, а й небезпечним для свого існування явищем. Зрозуміло, що сутність людини як унікального творіння Всесвіту, власне, і вирізняється серед інших біологічних істот особливою тілесністю, свідомістю і самосвідомістю, здатністю до пізнання і перетворення світу. За християнськими канонами, саме її тілесність є вінцем творіння, має божественний

вимір [8, с. 124], що унеможливорює технічний підхід до неї як психодуховної індивідуальності. І хоча резолюція Європейського парламенту 1989 року визнає клонування серйозним порушенням фундаментальних прав людини, що суперечить принципу рівності, оскільки допускає расову та еugenічну селекцію людського роду і веде до експериментів на людських ембріонах [29; 32], тим не менше експерименти із названим клонуванням продовжуються у підпільних лабораторіях.

Інша проблема – *трансплантація органів*, що за методикою здійснення сутнісно відрізняється від інших видів оперативних втручань. По-перше, у цей процес втягується третя особа – людина, у якої “забирають” орган для трансплантації. По-друге, при цьому порушується стрижневий принцип медицини – не нашкодь, оскільки видалення органа, наприклад, нирки, у здорового донора для пересадки не є для нього абсолютно нешкідливим і супроводжується певним ризиком для здоров’я і життя, причому як у момент трансплантації, так і в подальшому повсякденні. По-третє, суперечність між метою трансплантації та успіхом сучасної реанімації ставить перед медициною складну етичну проблему: чи морально вилучати орган у пацієнта з так званою зареєстрованою “смертю мозку” до появи абсолютних ознак біологічної смерті? Так, у законі України “Про трансплантацію” [18, с. 16] написано, що кожна повнолітня дієздатна особа може заявити про згоду або про незгоду стати донором анатомічних матеріалів у разі своєї смерті.

Наявне формулювання, на думку Богдана Пипченка, є некоректним: “...якщо припустити, що особа за життя не заявила про згоду або незгоду бути донором після смерті, тоді виникає невизначеність щодо можливості взяття в неї після її смерті анатомічних матеріалів для трансплантації. З одного боку, виникає презумпція згоди, відповідно до якої особа вважається згідною бути донором після своєї смерті, якщо за життя нею не було зроблено заяви про незгоду, з іншого – можна припустити презумпцію незгоди, суть якої полягає в тому, що взяття органів чи тканин в особи для трансплантації забороняється, якщо за життя цією особою не було зроблено заяви про згоду. Інакше кажучи, в основі презумпції згоди наявний принцип “якщо не заборонено, то дозволено”, а в основі презумпції незгоди – принцип “якщо не дозволено, то заборонено” [23, с. 234]. У той час як у ст. 17 Додаткового протоколу до Конвенції про права людини і

біомедицину стосовно трансплантації органів і тканини людини (2002 р.) однозначно сказано, що останні не видаляються у померлої особи, якщо на це не отримано попередньої згоди.

Сучасні досягненні реаніматології теж часто входять у суперечність із моральними та етичними критеріями, що утруднює положення лікаря при виконанні ним свого професійного обов’язку. За допомогою апаратів керованого дихання та штучного кровообігу можна необмежено довго (деколи роками) зберігати життя людині, котра перебуває в коматозному стані, тоді як у мозку вже наявні глибокі незворотні зміни з руйнацією людини як особистості. Лікарі знають про безперспективність допомоги за таких умов, але не мають ні морального, ані юридичного права відключити апаратуру, тому що у цьому випадку їхні дії будуть судом розцінені як “пасивна евтаназія”, тобто сприяння настанню смерті пацієнта шляхом припинення будь-яких дій для продовження його життя [21, с. 356].

Евтаназія (добровільна смерть пацієнта) теж є однією із найдискусійніших тем сучасності, що, безперечно, ще довго залишатиметься складною проблемою. Окремо підкреслимо, що несприятливий прогноз захворювання (смерті) – це завжди лише вірогідність, яка пов’язана з багатьма, деколи не зовсім зрозумілими, факторами (ставлення пацієнта до хвороби і бажання її перебороти, довіра до лікарів, використання нетрадиційних народних методів лікування, релігійні переконання тощо). Тому в ситуації безнадійності корисним для будь-якого лікаря стане вислів відомого лікаря-філософа Б. Сейгела: “...ніколи не слід говорити пацієнту, що ви більше нічого не можете зробити, навіть якщо єдиний засіб, який у вас залишився, – це бути поруч і допомагати хворому надіятися і молитися...”.

Важкі моральні наслідки виникають у випадках оживлення украї недоношених новонароджених або тих, які з’явилися на світ у стані глибокої асфіксії, з наявністю важкої пологової травми. В обох ситуаціях можливі траєкторії розвитку незворотної психічної неповноцінності дитини, котра почасти переноситься і на її майбутній родовід.

Повсюдні технізація, машинізація, хімізація та урбанізація сучасного суспільного життя супроводжуються також і суттєвими змінами у структурі захворюваності та смертності. Інтенсифікація праці, скупчення значної частини населення у містах, постійно зростаюче забруднення довкілля, пропонований кожному для

щоденного засвоєння величезний потік інформації, різноманітні стресові ситуації – усе це спричиняє більший чи менший внесок у процес виникнення нових захворювань. Так, інтенсивна *антропогенна діяльність* людини катастрофічно змінила “обличчя” біосфери. Суть проблеми полягає у тому, що, блискавично пройшовши підготовчу стадію, виникла альтернативна біосфері екосистема – *ноосфера*, де основним режисером та актором водночас є людина. На цей виклик ноосфери відреагувати еволюційно, як це було завжди, неможливо, тому революційна реакція біосфери на ці процеси відбувається лише завдяки тим структурам, які генетично змінюються набагато швидше, ніж сама людина. Власне до таких структур і відносяться віруси та бактерії. Яскравий доказ цього – повернення й активація тих інфекцій, які були уже “списані” в архів, але які повернулися до нас в новому обліку – з резистентними до терапії видами збудників. Вкажемо і на постійно зростаючу патогенність мікроорганізмів, зокрема вірусів, що найчастіше вимагають для свого розвитку клітин господаря, тобто уможливають внутрішньоклітинний розвиток з наступною загибеллю клітин. І, як наслідок, – поява та існування у природі матеріальної основи для нестримного процесу утворення нових патогенних штамів, суттєво відмінних від материнської плати, перед якими імунна система людини безсила (!), як і безсилі антибіотики, сироватки, вакцини. Вкажемо на виникнення шерегу нових захворювань унаслідок інтенсивних процесів мутації вірусів і бактерій: лихоманка Ебола, лістеріоз, вірусний папіломатоз, лімфоцитарний хориоменінгіт, різні форми гепатитів, СНІД, хвороба легіонерів, пташиний грип, лихоманка Денге, хвороба моргеллонів та ін. [1].

Найбільш небезпечним у перспективі та украй непередбачуваний за наслідками є спадковий шлях поширення інфекції (вмотовування геному віруса у геном людини) з надзвичайно тривалим інкубаційним періодом [29]. При цьому захворювання у фіналі такого “спілкування” уже не розцінюватимуться як інфекція, спричиняючи депопуляцію людської раси і навіть знищення виду. Сьогодні констатуємо негативний вплив на потомство особливої групи інфекційних хвороб, особливістю яких є те, що вони відносно нешкідливі для дорослих чи навіть дітей і дуже підступні та небезпечні для вагітної жінки та майбутньої дитини. Це – TORCH-інфекція, що об’єднує токсоплазмоз (Т), краснуху (R), цитомегало-

вірусну інфекцію (С), простий герпес (Н); до “інших (О)” належать сифіліс, хламідіоз, гепатити В і С, ентеровірусна інфекція, лістеріоз, можливо – кір, епідемічний паротит, вітряна віспа, СНІД. Так, при перенесенні вагітною коров’ячої краснухи можливі дефекти розвитку плоду (вроджені вади серця, “заяча губа” і “вовча паща”, дитячий церебральний параліч). Примітно, що серед дітей, котрі внутрішньоутробно інфіковані цитомегаловірусом, смертність сягає 20 %, а в понад 90 % новонароджених наявні ураження центральної нервової системи, очей, затримка психічного і розумового розвитку, глухота.

До інших, вкрай важливих аспектів проблеми “лікар – пацієнт” належать соціальні. Головна ознака соціально благополучної держави – забезпечення прав і свобод людини, її добробуту, спрямованість зусиль парламенту, уряду і гаранта Конституції на створення умов для гармонійного розвитку, розкриття здібностей і творчого потенціалу кожного громадянина. Критерієм соціальної справедливості у рамках ринкової економіки є такий розподіл продукту або прибутку, який забезпечує достойне існування усіх прошарків населення, у тому числі й тих, хто внаслідок певних обставин неспроможний витримати конкуренцію на ринку праці [9, с. 59-60]. При цьому слід чітко усвідомлювати, що члени суспільства – це не лише продавці і покупці в умовах нашого деформованого ринку, а першочергово – громадяни. Саме тому у певних галузях, зокрема медичній, важливого значення набуває державне регулювання окремих її сегментів для уможливлення вищезазначених соціальних гарантій [див. 16; 19, с. 130].

Безальтернативним є твердження, що рівень здоров’я населення як украй вагомої соціальної цінності [26] найбільш точно віддзеркалює і стан здоров’я держави, адже доведена чітка залежність між очікуваною тривалістю життя і рівнем валового національного продукту (ВНП) на душу населення. За показником очікуваної тривалості життя Україна, серед інших країн світу, посідає 54-е місце для чоловіків – 64,8 років, і 47-е для жінок – 73,6 років, у той час як у Японії ці величини становлять відповідно 75,8 та 81,9 років. Інший невтішний факт полягає у тому, що за рівнем відрахувань національного прибутку на потреби охорони здоров’я Україна перебуває в середині сьомого десятку зі 126 країн світу (витрати на охорону здоров’я однієї людини у ФРН в 2009 році склали 2000 євро, у Польщі – 600 євро, в

Україні – всього 42,7 євро). А за розрахунками ВООЗ, якщо частка валового національного прибутку, яка виділяється на потреби системи охорони здоров'я, менша 8–10 %, то галузь не може успішно розвиватися, бути ефективною та рентабельною [20]. Тим не менше, видатки на охорону здоров'я за усі роки незалежності не перевищували 4 % ВВП і 30 % від реальної потреби. За таких умов руйнування інфраструктури галузі сфери охорони здоров'я неминуче! Скажімо, США щорічно виділяють на охорону здоров'я населення країни 1,8 трлн доларів, що становить 15,3 % ВВП. Навіть якщо у наступних роках в економіці України відбудуться задекларовані урядом позитивні зрушення, то медицина отримає щонайбільше 20 млрд гривень, що буде незрівнянно менше дотацій, аніж це має місце у США. Зазначене вказує на те, що виконання ст. 49 Конституції України про безоплатність та доступність медичної допомоги не може бути забезпечене. Крім того, до неприпустимо низького рівня зменшився також і гарантований державою обсяг надання невідкладної медичної допомоги при небезпечних для життя станах і нещасних випадках. Через дорожнечу в переліку фармацевтичних препаратів, дозволених для закупівлі органами охорони здоров'я, відсутні дійсно ефективні засоби, які спроможні радикальним чином змінити на краще перебіг хвороби. І, як пише С. Стеценко, “медицина здатна “переварити” будь-які кошти, котрі бюджет (фактично – народ, тобто ми з вами) на неї виділяє. І завжди їх буде недостатньо. Показники в 5,7 чи навіть 9 % ВВП, які б виділялися на вітчизняну охорону здоров'я, не здатні покращити ситуацію без одного. Цим одним є організація охорони здоров'я...” [28, с. 333]. А от такої організації в нас не створено за роки державної незалежності.

Однак справа не тільки у фінансуванні галузі. Потрібне ще й розумне використання цих коштів [12, с. 18]. Візьмемо для прикладу справу закупівлі ліків. Відсилаємо зацікавлені особи до інформації КРУ та Рахункової Палати: “За бюджетні кошти чиновники МОЗ України закупляли у “своїх” фірм ліки для державних лікарень за цінами, які на 587 % (!) були вищі аналогічних ліків на нашому ринку, блокуючи можливість участі в тендерах інших фірм...” [35]. Загалом же результати перевірок свідчили про багатомільйонні втрати бюджетних коштів, їх нераціональне використання. А через брак таких коштів населення не може сподіватися на відшкодування вар-

тості справді ефективних ліків, яке натепер не перевищує 2,7 %, у той час як за кордоном цей показник становить 70 % [5; 6]. Звідси – втрата надії пацієнта на ефективність лікування традиційними методами та зростання зацікавленості до нетрадиційної медицини, котра є принаймні дешевшою. Причому ця “ніша” тут же заповнилася армією (із ліцензіями МОЗ) “екстрасенсів та цілительів місцевого і міжнародного класів”, здатних “знімати чари”, “виправляти карму”, “відновлювати біополе”, “заряджати воду, шампуні”, лікувати всі хвороби – від вад серця і злоякісних новоутворень до шизофренії [31]. Вкажемо і на агресивну рекламу ліків та методів лікування на телебаченні й особливо по радіо. Виявляється достатньо набрати номер телефону в Києві і після короткої консультації відразу ставиться діагноз пацієнта та визначається метод лікування. М.Я. Головенко пише, що в Україні лише у I кварталі 2011 року фармацевтичні компанії інвестували в рекламу ліків на телебаченні та по радіо 752 млн. гривень (!), причому виробники ліків, окрім української агресивної реклами ліків, ще й систематично створюють небезпечні для людини міфічні хвороби для того, щоб реалізувати більше своєї продукції... Торгівля хворобами, пропаганда неіснуючих хвороб або перебільшення серйозності недомогань стали їх звичайною практикою...” [15, с. 18].

Водночас відзначимо й недобросовісність у роботі окремих фармацевтичних фірм та компаній, для яких населення України стало “полігоном” для апробації нових лікарських засобів. Ніхто ж не може заперечити, що бурхливий розвиток фармацевтичної індустрії призвів до повного руйнування *алопатичної медицини*. Сьогодні фармацевтичний ринок переповнений великою кількістю препаратів, причому кожна фірма вважає за потрібне довести переваги лише нею створеного засобу (“найбільш ефективний”, “мінімум побічних ефектів”, “оптимальне співвідношення ціни та якості” тощо) шляхом проведення “подвійних, сліпих, плацебо-контрольованих, рандомізованих і т. ін.” досліджень. Ці засоби активно пропагуються спікерами компаній, а за відповідний гонорар (який часто перевищує їх платню за декілька місяців) – лікарями і науковцями, рекламуються по радіо, у пресі, на телебаченні, не кажучи вже про сторінки профільних медичних журналів. У деяких періодичних виданнях кількість рекламних проспектів ліків переходить усякі межі, завдяки

чому вони, заповнюючи ординаторські, перетворюються на “медичні Мурзилки”, які ніхто ніколи не читає” [11, с. 24].

Окрема тема – вплив потужних фармпаній на значну частку клінічних рекомендацій, оскільки зв’язок між експертами, які складають ці рекомендації, і компаніями із виробництва ліків набуває загрозливих масштабів: корупція в усіх ланках – від напрямків наукових досліджень, розробок, рекомендацій, способів фальсифікації препаратів, розподілу та стимулювання збуту і до боротьби з неметикаментозними (альтернативними) методами лікування [див. 17]. Відомий у Європі еколог і доктор медицини Луї Броуера [7] на основі абсолютно достовірних фактів довів, що сучасною медициною керує невелика, однак всемогутня група олігархів, які стоять на чолі потужних хіміко-фармацевтичних компаній і які, завдяки колосальним фінансовим вливанням, підбирають потрібних собі політиків, керівників департаментів і закладів охорони здоров’я. Автор використовує термін “*геноцид з боку фірм*” стосовно пацієнтів, адже чим більше буде хворих людей, тим більші прибутки матимуть ці компанії. Причому ні один уряд, до якої партії він би не належав, ніколи не ризикне поставити на карту економічну, політичну стабільність та рівновагу в державі заради збереження здоров’я своїх громадян.

Існує також проблема продажу більшості ліків в аптеках, коли, скажімо, провізор може відпустити хворій людині препарат, виходячи зі своїх (своєї фірми) меркантильних інтересів? [25]. Можливо, має рацію колишній міністр охорони здоров’я М. Поліщук [24], котрий пише, що “українська медицина схожа на потвору... Корупція проглядається легко – закуповуються неефективні, несертифіковані ліки, непотрібне обладнання і, звичайно, за нереально завищеними розцінками...”. Його підтримує С. Глузман, виконавчий секретар Асоціації психіатрів України, який називає МОЗ і Міністерство соціальної політики “шкідливими міністерствами”, і не тому, що “там сидять суцільні негідники. Навпаки, на середньому рівні там працюють цілком нормальні професіонали, однак вони вимушені без ремствування виконувати абсолютно ідіотські вказівки – на кшталт проведення загальної диспансеризації...” [14].

Висновок. Визнання на конституційному рівні життя та здоров’я людини найвищою цінністю, існування в Україні критичної де-

мографічної ситуації, яка вимагає нового погляду на життя кожного громадянина, аргументує нагальність перебудови традиційних оргсхем надання медичної допомоги і водночас важливість розробки нових біоетичних принципів у системі “лікар – пацієнт”.

1. Андрейчин М.А. Новые этиологические формы инфекционных болезней // Инфекционные болезни. – 2005. – № 1. – С. 59–68.

2. Антонюк О.Р. Етико-правові проблеми клонування людини // 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. 7–11.

3. Аюрведа. Наука жизни. – М.: Медицина, 1960. – 340 с.

4. Бадмаев П. Основы врачебной науки Тибета “Худши”. – М., 1991. – 207 с.

5. Берри К. Взаимоотношения врача и пациента // Матеріали I Українсько-британського симпозиума по біоетиці; Київ, 25–29 вересня 2000 г. – К., 2000. – С. 15–17.

6. Беседкина Н.И. Права неродившегося ребенка // Государство и право. – 2006. – № 4. – С. 54–60.

7. Броуэр Л. Фармацевтическая и промышленная мафия. – К., 2002. – 352 с.

8. Буян І. Біологічне, духовне та соціальне в людині як чинники економічної системи // Психологія і суспільство. – 2010. – № 3. – С. 124–139.

9. Васина Л.В. Социальное рыночное хозяйство. Словарь терминов. – М.: ИНФРА-М, 1997. – С. 59–60.

10. Вересаев В. Собр. соч. – М., 1961. – Т.1. – 510 с.

11. Воробьев К.П. Формат современной журнальной публикации по результатам клинического исследования // Украинский медицинский часопис. – 2007. – № 6(62). – С. 18–26.

12. Гавалко Ю. Щодо ефективного використання коштів бюджету // Здоров’я України. – 2006. – № 1–2. – С. 18.

13. Гиппократ. Избранные книги. – М.: Медицина, 1936. – Том I. – 640 с.

14. Глузман С. Украина имеет шанс жить лучше // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 21 (349), декабрь. – С. 17.

15. Головенко Н.Я. Доступные, качественные лекарства – залог успешного реформирования медицины // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 16 (379), сентябрь. – С. 18–19.

16. Дешко Л. Поняття державного регулювання господарської діяльності в сфері охорони здоров’я // Право України. – 2005. – № 8. – С. 28–32.

17. Добров Г.К. Медицина – “озоновая дыра” над Украиной // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 21–22 (230–231), декабрь. – С. 21–22.

18. Закон України “Про трансплантацію” // Відомості Верховної Ради. – 1999. – № 41. – Ч. 1. – 28 с.

19. Карамішев Д.В., Удовиченко Н.М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров’я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави // 36.: 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. 7–129–136.

20. Коваленко В.М., Дорогой А.П. Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення // Здоров'я України. – 2004. – № 18 (103), вересень. – С. 32–33.

21. Кримінальна відповідальність // Цивільний Кодекс України. Закон України від 16 січня 2003. – № 435-IV, із змінами і доповненнями від 22 грудня 2006. – № 324-V // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 40–44. – 460 с.

22. Кундієв Ю., Кисельов М. Біоетика: витоки, стан, перспективи // Вісник НАН України. – 1999. – № 8. – С. 6–12.

23. Пипченко Б.Ю. Дискусійні питання надання згоди на донорство органів і тканин для трансплантації // 36.: 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. 234–239.

24. Поліщук М. Українська медицина схожа на потвору // Місто. – 2007. – 21 листопада. – С. 8.

25. Пухлик Б.М. Под чью музыку мы танцуем? // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 4 (309), февраль. – С. 27–29.

26. Рубцов А.В. Здоровье как социальная ценность // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 16–21.

27. Семашко Н.А. О врачебной тайне // Бюллетень НКЗ. – 1925. – С. 6–19.

28. Стеценко С. Медичне право України: проблеми становлення. // 36.: 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. 331–333.

29. Супотницький М.В. Микроорганизмы, токсины, эпидемии. – М., Прогресс, 2005. – 376 с.

30. Тищенко П.Д. Феномен биоэтики // Вопросы философии. – 1992. – № 3. – С. 104–110.

31. Трахтенберг И.М., Шумаков В.А., Никберг И.И. Лжемедицина: доколе?! // Здоров'я України. – 2004. – № 5 (90), березень. – С. 28–29.

32. Хавронюк М. Діяння проти життя та здоров'я ненародженої людини мають бути криміналізовані // Прокуратура. Людина. Держава. – 2005. – № 10 (52). – С. 37–39.

33. Циолковский К.Э. Грезы о земле и небе. – Тула, 1986. – 406 с.

34. Чавкин С. Похитители разума. М., 1982. – 69 с.

35. Чумак В.Т. На чем плывет Украина к мировым стандартам оборота лекарственных средств? // Здоров'я України. – 2006. – № 1–2, січень. – С. 44–45.

36. Beauchamp T.L., Childress O.F. Principles of Biomedical Ethics. N-Y., Oxford, 1989. – 365 p.

АНОТАЦІЯ

Олійник Ніна Миколаївна.

Біоетика у системі “лікар – пацієнт”: історико-соціальний аспект.

У статті аналізуються деякі медичні (видатні досягнення сучасних біологічної та медичної наук – клонування людини, терапія стовбуровими клітинами, евтаназія, трансплантація органів і тканин, сурогатне материнство тощо) та соціальні (недостатнє фінансування системи охорони здоров'я, недобросовісність

у роботі фармацевтичних фірм, агресивна реклама ліків та методів лікування у засобах масової інформації) аспекти життєдіяльності системи охорони здоров'я України, які аргументують важливість перебудови традиційних систем надання медичної допомоги і формування нових біоетичних принципів у системі “лікар – пацієнт” на сучасному етапі розвитку українського суспільства.

Ключові слова: Україна, система охорони здоров'я, життя людини, біоетика, система “лікар – пацієнт”, клонування людини, трансплантація органів, сурогатне материнство, евтаназія, реаніматологія, ноосфера, нові біоетичні принципи.

АННОТАЦИЯ

Олійник Ніна Николаевна.

Биоэтика в системе “врач – пациент”: историко-социальный аспект.

В статье анализируются некоторые медицинские (выдающиеся достижения современных биологической и медицинской наук – клонирование человека, терапия стволовыми клетками, эвтаназия, суррогатное материнство, трансплантация органов и тканей) и социальные (недостаточное финансирование системы здравоохранения, недобросовестность в работе фармацевтических фирм, агрессивная реклама лекарств и методов лечения в средствах массовой информации) аспекты жизнедеятельности системы здравоохранения Украины, аргументирующие необходимость перестройки традиционных систем оказания медицинской помощи и формирования новых биоэтических принципов в системе “врач – пациент” на современном этапе развития украинского общества.

Ключевые слова: Украина, система здравоохранения, жизнь человека, биоэтика, система “врач – пациент”, клонирование человека, трансплантация органов, суррогатное материнство, эвтаназия, реаниматология, ноосфера, новые биоэтические принципы.

ANNOTATION

Oliynyk Nina.

Bioethics in the System “Doctor-Patient”: Historic-Social Aspect.

In the article some medical (outstanding achievements of modern biological and medical sciences – cloning of a human, therapy of stem cells, euthanasia, transplantation of organs and tissues, surrogacy, etc) and social (poor funding of system of health care, dishonesty in the work of pharmaceutical companies, aggressive advertising of medicines and methods of treatment in mass media) aspects of functioning of system of health care of Ukraine, which defend the importance of changes of traditional systems of medical care and creation of new bioethical principles in the system “doctor-patient” on the modern stage of the development of Ukrainian society have been analyzed.

Key words: Ukraine, system of health care, life of human, bioethics, system “doctor-patient”, cloning of human, transplantation of organs, surrogacy, euthanasia, critical care medicine, noosphere, new bioethical principles.

Надійшла до редакції 7.02.2012.