

УДК 316.334:61

ГЕННАДИЙ ТАРАНЮК,

помощник председателя отдела благотворительности и социального служения Украинской Православной Церкви (МП), координатор социально-медицинских программ отдела благотворительности и социального служения УПЦ, соискатель Института социологии НАН Украины

Социокультурные трансформации здравоохранения в Украине

Аннотация

В статье анализируются изменения базовых принципов и инструментов здравоохранения в Украине в постсоветский период в контексте социокультурных трансформаций украинского общества. Данные изменения интерпретируются автором как смена парадигмы и трактуются в рамках теоретического подхода П.Сорокина как результат изменения мировоззренческо-ценностных начал общества. В этой связи рассматриваются представления о социальной природе здоровья, социальной сущности — ценности здоровья, а также модель отношений “врач—пациент”. Показывается логико-смысловое единство представлений, ценностей и инструментов здравоохранения в их соотносительности с политико-правовой парадигмой общества, с характером общественных и социальных отношений.

Ключевые слова: *парадигма здравоохранения, коллективизм, индивидуализм, патернализм, принцип автономии пациента*

Уже не первый год в Украине предпринимаются попытки реформирования системы здравоохранения, вызванные целым рядом обстоятельств. Среди них: неприемлемо низкий уровень здоровья населения, истощенность ресурсов медицинских учреждений, изменение системы общественных отношений в стране.

Несмотря на существующий социальный запрос и ожидание перемен, уже на начальном этапе реформы, на уровне пилотных проектов, в отдель-

ных регионах Украины стали обнаруживаться принципиальные проблемы в имплементации предложенной модели здравоохранения, которая априорно рассматривалась как наиболее адекватная существующим вызовам [Проект Концепції, s.a.].

Основная концепция реформы — это приближение здравоохранения к рыночной модели хозяйствования, то есть применение принципов рыночной экономики в медицинской отрасли. Такой подход составляет в настоящее время сущность общегосударственной политики реформ и отражает тот мировоззренческий и ценностный поворот, который затронул все сферы жизни современного украинского общества [Шульга, 2011].

Однако в какой степени такой подход продуктивен? Если даже в области материального производства он не всегда приносит ожидаемые положительные результаты, то каковы основания для таких ожиданий в социально-гуманитарной сфере?

Эти вопросы ставились не раз. Проблематика общественных преобразований в Украине широко представлена в монографиях ведущих отечественных социологов, на страницах журнала ИС НАНУ “Социология: теория, методы, маркетинг”, в аналитических материалах социологического мониторинга “Украинское общество”, который ведет Институт социологии НАН Украины начиная с 1992 года. В то же время анализу социокультурного аспекта проблем здравоохранения еще не уделено должного внимания. Это связано, по-видимому, с тем, что в условиях перманентного социально-экономического кризиса постсоветского общества актуализировались, в первую очередь, материально-ресурсные и нормативно-организационные проблемы здравоохранения, которые несколько оттесняли его философско-мировоззренческие и моральные аспекты. Правда, последние активно дискутировались в эти годы в контексте биомедицинских исследований и новых технологических возможностей медицины, поставивших вопрос о смене нравственной парадигмы в сфере медицины [Стречча, 2002; Силюянова, 2008; с. 159–181; Пустовит, 2008]. Эта дискуссия стала первым симптомом глубинного процесса изменений самих оснований медицинской практики и *парадигмы здравоохранения* в целом, то есть совокупности основополагающих *представлений (идей), ценностей, норм, инструментов и образцов деятельности*. Эти изменения и составляют предмет происходящих в настоящее время в отечественном здравоохранении социокультурных трансформаций.

Здесь будет уместным сделать следующее замечание. Использованный выше термин *“парадигма”* в смысле, предложенном Т.Куном, с моей точки зрения, как нельзя лучше отражает специфический комплекс явлений культурного порядка, имплицитно присутствующий во всех аспектах здравоохранительной деятельности. Согласно Куну, образ мышления и гипотетическая картина — исходный образ изучаемого явления или объекта обуславливают во многом и инструментарий и способ действий исследователя [Кун, 1977: с. 51–58]. История медицины — наглядный тому пример. И не только в научно-теоретическом, но и практическом отношении: выбор методов и приемов лечения напрямую зависел от представлений о природе болезни [Мейер-Штейнег, 1999]. Можно сказать, что куновская парадигма (дисциплинарная матрица) содержит две принципиальные составляющие — (1) идеациональную (идейную), ценностно-мировоззренческую, смыслообразую-

щую и (2) ее опредмеченный образ, представленный образцами и инструментами деятельности: каковы представления, таковы и инструменты.

В таком приближении концепция Куна вполне может интерпретироваться в рамках теоретического подхода П. Сорокина, который рассматривал культуру в двух ее взаимосвязанных аспектах. Один — это *идеи, ценности, смыслы*, другой — вся совокупность объектов и явлений культурного мира, воплощающих в себе ценностно-смысловой аспект, или *ментальность культуры* [Сорокин, 2006: с. 56–61]. Будучи продуктом культуры, частью общего пространства ценностей и смыслов, в котором живет и развивается общество, медицина в своих социальных проявлениях демонстрирует ту же культурную ментальность, что и прочие общественные институты, интегрированные в одну смысловую целостность. Сорокин полагал, что элементы культурного пространства объединяются в целостную систему в силу некоторого общего присущего им смысла или же в силу того, что в своем сочетании они обретают смысловое завершение, выражают один общий смысл. Отдельные фрагменты социокультурного мира — экономика, политика, право, образование, наука, искусство, социальные отношения, типы ментальности могут быть поняты, прочитаны только вместе, в их целостном восприятии, в едином контексте, а каждый из них в отдельности, так или иначе содержит в себе и репрезентирует в различных аспектах некоторую общую идею или ценность.

Став на такую теоретическую платформу, естественно предположить, что происходящие в украинском обществе ценностные и мировоззренческие изменения будут накладывать отпечаток на все стороны социальной реальности, будут проявляться во всех сферах жизни общества, получая постепенно, шаг за шагом и свое институциональное оформление.

Исходя из этой теоретической позиции, *анализ социокультурных трансформаций здравоохранения может быть представлен в определении его формирующейся парадигмы, выделении в ней идеационной составляющей, сопоставлении последней с другими смыслообразующими элементами культуры, выявлении тенденций их изменения, фиксации результатов этих изменений.*

Не претендуя на то, чтобы полностью осуществить столь обширную программу, остановлюсь на наиболее знаковых и значимых в социологическом плане тенденциях изменения парадигмы здравоохранения в Украине, касающихся представлений о социальной природе здоровья, его общественной ценности, а также модели отношений врача и пациента.

Здоровье как социальное явление

В советском здравоохранении в основу всей системы его деятельности было положено представление о здоровье как о социальном явлении, обусловленном совокупностью факторов, действующих в определенных социальных условиях. “Советская социальная гигиена утверждает, что природные и биологические факторы влияют на жизнедеятельность человеческого организма, как в норме, так и в патологии, но только опосредованно, через социальные условия. Социальные условия имеют определяющее значение для развития человека как биосоциосистемы” [Социальная гигиена, 1984: с. 9].

Между тем новая позиция, пришедшая в настоящее время на смену прежним представлениям, делает основной акцент в ряду факторов здоровья на

образе жизни, понимаемом как результат самоопределения и выбора человека в данных социальных условиях [Лисицын, 2002: с. 44–54; Концепція, s.a.].

Чтобы понять суть различий этих концептов, обратимся к некоторым теоретическим постулатам и фактам, иллюстрирующим их логику.

Понимание здоровья как социального явления основывается на том простом наблюдении, что, в отличие от всех живых существ, естественным образом адаптирующихся к условиям окружающей среды, человеческий организм требует создания специальных дополнительных условий существования, вне которых он самостоятельно выживать и развиваться не может. Материальные условия, образ жизни, здравоохранение, социальная инфраструктура, техногенная среда создают совокупность предпосылок, благодаря которым достигается оптимальное функционирование человеческого организма. Культура и социальная организация, выполняя свою адаптационную функцию, становятся для человека его средой обитания. Здоровье формируется в условиях общества путем систематического искусственного устранения или компенсации неблагоприятных патогенных факторов. Здоровье — это всегда состояние либо компенсированной болезни, либо компенсированных болезнетворных причин и условий. Если сказать обобщенно, то *здоровье — это социальное явление, поскольку является компенсированным состоянием в системе искусственно создаваемых порядков.*

Для сознания, ориентированного на восприятие здоровья как самостоятельного явления, реальности своего рода, чего-то естественного, изначально данного, объективно и независимо существующего, такой подход может показаться несколько непривычным. Не вдаваясь в дискуссию, отмечу, что вопрос о первичности здоровья или болезни носит характер философско-мировоззренческой проблемы, не разрешимой исключительно в рамках научного метода, и в целом требует отдельного рассмотрения. В данном контексте он не является принципиальным. Важно другое: непосредственная эмпирика, наблюдения, факты позволяют констатировать описанную выше реальность. В связи с этим обратим внимание на новое качество социальной реальности, в которой существует феномен здоровья. Данное качество проявляется в трех важнейших явлениях: *в эпидемиологическом переходе, социальной дифференциации заболеваемости и пороговом эффекте бедности.*

Эпидемиологический переход — это изменение паттернов здоровья и болезни в контексте демографических, экономических и социальных изменений [Омган, 1971]. Так, во всех индустриально развитых странах на протяжении XX века произошло качественное изменение структуры заболеваемости и смертности населения: инфекционная эпидемическая заболеваемость как ведущая причина болезни и смерти в доиндустриальных обществах была вытеснена хронической эндогенной патологией неэпидемического типа. Концептуально это объясняется тем, что по мере устранения (компенсации) внешних экзогенных факторов заболеваемости актуализируются внутренние эндогенные факторы.

Эпидемиологический переход сопровождался увеличением средней продолжительности жизни, общим снижением смертности, прежде всего детской, а также ростом численности хронических болезней, большей частью компенсированных в медицинском и социальном отношении. Последнее, в свою очередь, приводит к новому типу здоровья — здоровью как социокультурному феномену, когда в медицинском физиологическом отно-

шении человек остается больным, однако болезнь в силу лечения может быть существенно ослаблена, ограничена, что позволяет человеку в полной мере выполнять свои социальные функции и считаться здоровым.

Близкой по природе к эпидемиологическому переходу является *социальная дифференциация заболеваемости*. Группы населения, выделенные по признаку социального положения и характера труда, имеют отличия в структуре заболеваемости. В первую очередь и преимущественно это касается разделения физического и умственного труда. Более коллективизированный физический труд сопровождается повышенным травматизмом и инфекциями, умственный — хроническими заболеваниями. Эти различия, изучение которых проходило в контексте развития капитализма, начиная с XVII века продолжали сохраняться и в советском обществе, причем даже в его поздний “тепличный” период, о чем говорят масштабные исследования Всесоюзного НИИ социальной гигиены экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко, проведенные в середине 1980-х годов. Из этих наблюдений следует, что интеллектуализация трудовой деятельности, сдвиг в сторону умственного труда влечет за собой сдвиг в сторону хронической патологии в структуре заболеваемости [Максимова, 1991].

Третьим важным явлением, иллюстрирующим компенсированный характер и социальную обусловленность здоровья, является так называемый *пороговый эффект бедности*.

Суть его в том, что существует некоторый минимальный уровень потребления материальных благ, который необходим для поддержания здоровья и нормальной жизнедеятельности организма и ниже которого показатели здоровья ухудшаются (улучшаются) по мере ухудшения (улучшения) материального уровня жизни и выше которого эти показатели практически не изменяются — перестают зависеть от уровня жизни [Adler, 1999]. Порог бедности может быть соотнесен с категорией прожиточного минимума как стоимостного эквивалента минимального набора товаров и услуг, требуемых для поддержания здоровья и удовлетворения основных социальных и культурных потребностей личности [Держкомстат, 1998–2012].

Расчеты, проведенные на эмпирической базе данных социологического мониторинга “Украинское общество” Института социологии НАН Украины, также показывают наличие этого эффекта. В выборках мониторинга доля респондентов с неудовлетворительной самооценкой здоровья градуально уменьшается по мере роста показателей их материального благосостояния и перестает существенно изменяться, начиная с некоторого порогового значения уровня жизни. Примечательно, что рассчитанный таким образом процент населения, пребывающего ниже порога бедности, практически совпадает с данными Госстата Украины [Таранюк, 2012].

Во второй половине XX века как на Западе, так и в СССР на почве экономического роста, научно-технического прогресса и технологической модернизации произошли существенные изменения материальных условий, образа жизни и социальных возможностей людей. Составляющими этих изменений стали рост благосостояния и возвышение большинства населения над порогом бедности, улучшение социально-бытовых и жилищных условий, увеличение доли умственного труда в производственной сфере. Образовалась та совокупность факторов, которая в сочетании с открывшимися

возможностями медицины привела к новому качеству здоровья населения, что выразилось в эпидемиологическом переходе.

При этом произошло как бы высвобождение показателей здоровья из зависимости от непосредственно самих общественных условий и перенесение центра тяжести его факторов на индивидуальные особенности жизнедеятельности человека, его поведенческие привычки, предпочтения в выборе режима физической активности, питания и пр., которые соотносятся с понятием *образа жизни*¹.

В таких благоприятных социальных условиях в конце 1980-х годов Ю.Лисицыным были получены результаты оценки влияния различных факторов здоровья населения (риска заболеваемости), в структуре которого на образ жизни приходилось около 50%, на здравоохранение — 10%, на генетические факторы — 20%, на факторы внешней среды — 20% [Лисицын, 1989]. Таким образом, фактически был обоснован приоритет образа жизни и в данном контексте индивидуального поведения человека² среди прочих факторов здоровья, что оттеснило даже не на вторую, а на третий план систему здравоохранения.

Данное концептуальное положение очень скоро закрепилось в медицинском научном сообществе, безапелляционно вошло в учебники, статьи, монографии, сознание врачей-практиков, в исследовательский инструментарий и стало общепризнанным парадигмальным постулатом. Вскоре оно получило также и идеологическое обоснование в связи с начавшимися процессами реформирования и модернизации постсоветского общества по западным образцам.

Предваряя рассуждение об этом новом понимании связи здоровья и образа жизни, сразу укажу на его суть: *это отнесение конечной ответственности и компетенции относительно социального и физического благополучия человека к нему самому*. Бедность и богатство, здоровье и болезнь — в руках самого человека, результат его личных усилий, свободной воли, правильного выбора. Все, что относится к внешним социальным силам, обществу, государству, — это создание условий самой возможности выбора, обеспечение свободы и автономии личности.

Эта установка с очевидностью противостоит патернализму советского периода, когда государство брало на себя основную ответственность предоставления необходимых человеку благ и за его благополучие. В СССР при невысоком уровне номинальных доходов населения имели место бесплатная и качественная медицинская помощь, гарантированное социальное обеспечение по болезни, инвалидности, старости, бесплатное или частично платное оздоровление, сферы культуры, спорта, жилье, а также общедоступная по стоимости минимальная продовольственная корзина.

¹ В строго социологическом смысле образ жизни, как отмечает Н.Шульга, обуславливается совокупностью тех социальных отношений, потенциал которых превышает возможности их изменения со стороны отдельной личности или группы, в то время как индивидуализированное, автономное от общественного целого поведение, основанное на свободном выборе, соответствует категории “стиль жизни” [Стилї життя, 2008: с. 27].

² Содержание понятия *образ жизни* Ю.Лисицын связывает с тем, “как, каким образом человек ведет себя, думает, действует” [Лисицын, 2002: с. 48].

В то же время в западных странах рост благосостояния и показателей здоровья происходил в основном за счет увеличения непосредственно денежных доходов населения. В этой ситуации, которую Ульрих Бек описывает как “эффект лифта”, происходит *индивидуализация социального неравенства*: “классовое общество” целиком поднимается на этаж выше. По его мнению: “При всех намечающихся заново или сохранившихся проявлениях неравенства произошло *коллективное увеличение доходов*, увеличились шансы получить образование, возможности путешествовать, возросло правовое, научное обеспечение и обеспечение товарами массового спроса. В результате истончаются и аннулируются субкультурные классовые идентичности и связи. Одновременно начинается процесс индивидуализации и диверсификации ситуаций и стилей жизни, который подтачивает иерархическую модель социальных классов и слоев и ставит под сомнение ее реальное содержание” [Бек, 2000: с. 112].

Такой сценарий преодоления, разрыва классовой структуры и индивидуализации стилей жизни приводит к очередному пересмотру общества *как механической совокупности автономных свободно действующих индивидов*. Эта мировоззренческая установка — основа *индивидуалистской парадигмы*, в рамках которой начиная с Нового времени развивается западное общество и на которой выстраиваются его базовые социально-философские, политико-правовые и экономические концепции: теория общественного договора, прав человека и смитовская модель рынка. В реалиях транснационального капитализма и постиндустриального общества эти концепции начинают играть новую роль — политической идеологии и культурных образцов западного мира.

Именно в этом качестве они приходят в кризисное советское общество, идейно обосновывая разворачивающиеся в нем экономические и социальные реформы. Коллективистская социоцентрическая и патерналистская советская модель сменяется индивидуалистской антропоцентрической и рыночной, в которой государство перестает быть носителем интересов общества в целом и позиционируется как институт защиты прав и свобод человека¹ (по сути — частных лиц).

Общественное редуцируется к индивидуальному, публичное — к частному. Понимание здоровья как социального явления и продукта общественных условий начинает вытесняться его индивидуалистской трактовкой как явления, обусловленного преимущественно личностными особенностями человека.

Так концепт образа жизни вписывается в общий план масштабных социокультурных трансформаций, за которым стоят две фундаментальные парадигмы общества — коллективистская и индивидуалистическая.

¹ “Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави... Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов’язком держави” (Конституція України, ст. 3). Ср.: “Союз Советских Социалистических Республик есть социалистическое общенародное государство, выражающее волю и интересы рабочих, крестьян и интеллигенции, трудящихся всех наций и народностей страны” (Конституция СССР, ст. 1).

Здоровье как общественная ценность

Коллективистская социоцентрическая парадигма, восходящая к античности, основывается на представлении об обществе как органической целостности, не сводимой к механической связи своих составляющих. Общество первично, индивид вторичен. “Первичным по природе является государство по сравнению с семьей и каждым из нас: ведь необходимо, чтобы целое предшествовало части”, — пишет Аристотель. “Государство... по природе предшествует каждому человеку; поскольку последний, оказавшись в изолированном состоянии, не является существом самодовлеющим, то его отношение к государству такое же, как отношение любой части к своему целому” (Политика, I.I. 11–12) [Аристотель, 1983: с. 379]. Отсюда: приоритет целого над частью, общественного над индивидуальным, государства над личностью. Отсюда же и понимание *публичного интереса* как олицетворяемого государством интереса общества в целом, который не сводится к отдельным частным интересам, но сам апеллирует к потребностям, удовлетворение которых обуславливает возможность реализации отдельных частных интересов. Путь к индивидуальному благу лежит через благо коллективное. То, что составляет благо для целого, является благом и для его части: *то, что в интересах общества в целом — в интересах каждого человека*.

Данная формула не симметрична в своем прочтении. Из нее не вытекает обратное: *то, что в интересах каждого человека — в интересах общества в целом*.

В этих двух формулах выражены отличия коллективистского и индивидуалистского подходов к проблеме взаимоотношения общественного и частного, которые приводят и к различному пониманию социальной сущности и ценности здоровья.

В традиционном коллективистском контексте, в котором формировались принципы отечественного и, в частности, советского здравоохранения, здоровье человека рассматривается не только как индивидуальная, но и как общественная ценность: *здоровье каждого — часть коллективного ресурса производства материальных и духовных благ, необходимых для жизнедеятельности всего общества, а значит — и каждого человека в отдельности*.

Несложно заметить, что это положение по смыслу сопрягается с пониманием здоровья как социального явления, продукта общественных условий, которые создаются усилиями всего общества. Совокупность этих двух логически комплементарных принципов порождает модель здравоохранения, в которой государство как носитель публичного интереса берет на себя ответственность за здоровье граждан и в которой медицинская помощь и другие здравоохранительные ресурсы предоставляются человеку в необходимом для осуществления его социальных функций объеме. При этом имеет место своеобразный обмен благ (прав) на обязанности граждан по отношению к обществу, который в отличие от рыночного обмена не носит характер стоимостно опосредованной коммерческой сделки (услуги).

Если здоровье населения напрямую обуславливает возможность воспроизводства общества и жизнедеятельность государства, то здравоохранение должно быть неотъемлемой частью государственной политики. Если здоровье — это социальное явление, формирующееся на почве преодоления бедности, компенсации патогенных причин, общедоступности медицин-

ской помощи и социальной поддержки, то естественно, что в фокусе стратегии здравоохранения должны быть именно эти перечисленные факторы.

Так, в советском здравоохранении к его основным инструментам отнесли: *государственный патернализм — общедоступный и бесплатный характер медицинской помощи, воздействие на социальные условия жизни, профилактическая направленность, повышение жизненного уровня населения*. Благодаря этому была установлена положительная обратная связь между здоровьем людей и продуктивными возможностями общества, что касается его обеспечения.

Еще один важный аспект, органически присущий коллективистской модели и соотносящийся с принципом общедоступности общественных благ, — неспецифический статистически усредненный и стандартизированный характер их производства.

Эта модель аналогична модели всеобщего среднего образования, унифицированного и стандартизованного таким образом, который неявно предполагает потенциальную способность каждого обучаемого в перспективе выполнять любую социальную функцию и в одинаковой степени отвечает потребностям всех членов общества¹.

В случае здравоохранения неспецифический эгалитарный характер производства и распределения его благ отражается, в частности, в том, что не все аспекты индивидуального здоровья включаются в сферу публичного интереса, а только те, которые имеют важный в общечеловеческом отношении характер и непосредственно относятся к возможности физической и социальной жизнедеятельности человека. Это — ориентир на то, что в одинаковой степени может потребоваться всем.

Несмотря на то, что обозначенные выше принципы советской социальной и, прежде всего, здравоохранительной модели на практике доказали свою эффективность, в новых общественных условиях они стали вытесняться рыночными индивидуалистскими мировоззренческими и идеологическими установками. При этом если политические и социально-экономические преобразования 1990-х годов проходили в условиях широкой общественной дискуссии, то процесс трансформирования здравоохранения на уровне его базовых принципов оказался вне публичного обсуждения, а результат этого процесса был представлен обществу уже в виде готовых законодательных изменений в качестве безальтернативной реальности. В этом, по мнению автора, состоит нарушение не только начал публичности в принятии судьбоносных для общества решений, но самого принципа баланса

¹ Государственный общедоступный и вместе с тем стандартизированный характер образования обосновывается Аристотелем: «Так как государство в его целом имеет в виду одну конечную цель, то, ясно, для всех нужно единое и одинаковое воспитание, и забота об этом воспитании должна быть общим, а не частным делом... Что имеет общий интерес, этим следует и заниматься совместно. Не следует, кроме того, думать, будто каждый гражданин сам по себе; нет, все граждане принадлежат государству, потому что каждый из них является частицей государства. И забота о каждой частице, естественно, должна иметь в виду попечение о целом» (Политика, VIII.1.2) [Аристотель, 1983: с. 628]. Это рассуждение с очевидностью справедливо и в отношении здравоохранения в его коллективистской интерпретации.

общественных и частных интересов, соблюдение которого является необходимым условием продуктивного социального развития.

В нарушение этого принципа в современном украинском законодательстве получили отражение такие интересы личности, которые носят сугубо частный, индивидуализированный характер, но, тем не менее, признаются общественно значимыми в контексте законодательного обеспечения прав и свобод человека, гарантируемых Конституцией.

Например, в действующей редакции “Основ законодательства Украины об охране здоровья” (2011) отражено право на гендерную самоидентификацию личности и возможности реализации данного права путем физической коррекции — медицинского вмешательства с целью стерилизации (ст. 49) и смены пола (ст. 51) [Основы, s.a.].

Тот же закон предоставляет возможность искусственного прерывания беременности по желанию женщины (ст. 50) и дает ей право самостоятельно решать вопрос о своем материнстве (ст. 57) [Основы, s.a.].

Очевидно, что, в условиях депопуляции и резкого сокращения рождаемости в Украине реализация перечисленных выше прав личности идет вразрез с интересами общества, столкнувшегося с проблемой своего физического выживания¹ [Людський розвиток в Україні, 2010: с. 113–174].

На удовлетворение именно частных, индивидуализированных, специфических потребностей ориентированы и так называемые вспомогательные репродуктивные технологии — экстракорпоральное оплодотворение и суррогатное материнство, косметология и эстетическая хирургия, фетальная терапия и отчасти трансплантология, которые также получили в настоящее время в Украине свое законодательное обеспечение. Экстракорпоральное оплодотворение и суррогатное материнство иногда подаются как общественно значимые в условиях депопуляции, однако предоставляемые ими возможности выбора пола ребенка по желанию пары, а также то, что данными технологиями могут воспользоваться гомосексуальные пары и люди, не желающие создавать семьи вообще, не оставляет сомнения в частно-потребительском характере данных положений. Очевидно, что в условиях рынка и вовлечения в него сферы здравоохранения наличия потребительского спроса может оказаться вполне достаточным, чтобы данные направления медицины стали коммерчески перспективными, а значит если не приоритетными, то, по крайней мере, привилегированными областями здравоохранения безотносительно к их научной актуальности и общественной ценности.

Приведенные примеры говорят о принципиальном идеологическом сдвиге, который произошел в отечественном здравоохранении на почве перехода к индивидуалистской парадигме, выдвинувшей на передний план права и свободы личности как самодостаточные ценности. Это, с точки зрения автора, привело к отходу от представлений о здоровье человека как общественной ценности в сторону его понимания как ценности индивидуальной, личной.

¹ При условии, что общество рассматривается как автономное самовоспроизводящееся образование, а не подсистема другого социального организма, который имеет собственную логику развития и в котором такая автономия теряет смысл.

Следует признать, что развитию индивидуалистского подхода в отечественном здравоохранении в определенной степени поспособствовала предложенная ВОЗ трактовка здоровья как *состояния полного физического, психического и социального благополучия* [WHO], которая получила свое отражение в “*Основах законодательства Украины об охране здоровья*” [Основи, ст. 3, s.a.].

Данная трактовка связывает со здоровьем возможность удовлетворения самого широкого спектра индивидуальных потребностей, в том числе таких, которые носят характер не объективной жизненной необходимости, а субъективно сформированного запроса в отношении того, что является благополучием и что, при желании, можно соотносить с правами личности. Это вполне укладывается в политико-правовой порядок, основанный на индивидуалистской парадигме и примате прав человека, одним из следствий чего становится *трактовка ценности здоровья в контексте прав человека, частных, а не общественных интересов*.

Конституция Украины в статье 3 декларирует здоровье как высшую социальную ценность, однако, как следует из ее контекста, ценность здоровья, так же как и жизни и безопасности человека, соотносится с его индивидуальными личностными правами, а не с потребностями и интересами общества. То есть социальность в данном случае заключается в сущности государства, призванного охранять права человека как таковые, что, конечно, в большей степени отвечает индивидуалистской логике теории общественного договора, чем коллективистской парадигме общественных интересов. В этом суть закрепленного в Конституции Украины приоритета естественных прав человека над государством и его органами.

Здесь нелишне будет обратить внимание на имевшую место в Украине и характерную в этом контексте трансформацию государственного права в конституционное. Анализируя данное явление, авторитетный украинский правовед О. Фрицкий приходит к выводу, что в этом следует усматривать два различных направления правовой мысли — естественно-правовое и позитивистское. В первом из них основным началом конституции (социально-правового порядка) признаются человек и его права, и поэтому в странах, где превалировала эта точка зрения, сформировалось конституционное право (США, Франция, РФ и др.). Во втором позитивистском (этатистском) направлении основой конституции считается государство, определяющее объем прав и свобод человека, что соответственно обуславливает возникновение государственного права. В свое время это имело место в СССР, в Германии, Австрии, Швейцарии [Фрицкий, 2006: с. 7]. В настоящее время эти отрасли права, в определенном смысле, тождественны, однако в их терминологическом отличии отчетливо просматривается мировоззренческая разница в представлениях относительно конституирующих начал общества.

В этом же смысловом ключе следует рассматривать и трансформацию категории “*публичный интерес*” как центрального смыслообразующего понятия публичного права.

В СССР понятия публичный интерес и государственный интерес отождествлялись. Эта восходящая к античным образцам традиция основывается на коллективистском понимании общества как единого целого, когда государство рассматривается как естественный и единственный выразитель его интересов. Например, сущность римского государства понималась как

персонифицированная в одном лице римская община — цивитас, и в этом смысле известное различие публичного и частного права, сформулированное Ульпианом, является исчерпывающим.

Между тем, современная трактовка, которая может быть охарактеризована как индивидуалистская, редуцирует публичный интерес к отдельным частным интересам и их конфигурациям. Так, в настоящее время в правовом поле Украины выделяется три разновидности публичного интереса — государственный, общественный и территориальный публичный интерес [Нечай, 2004: с. 17–40]. Как следствие — изменяются принципы бюджетной политики, система публичных расходов и финансов.

Фундаментальная значимость этого обстоятельства для здравоохранения заключается в том, что проблематика здоровья населения начала относиться преимущественно к территориальному интересу. Если компетенция формирования политики здравоохранения осталась в ведении государства, то функция непосредственного обслуживания населения была передана органам местного самоуправления. Отсюда — последовавшая в ходе реформ децентрализация системы здравоохранения в Украине, размывание ответственности за состояние этой отрасли и ее хроническое недофинансирование.

Вместе с тем в самой рыночной парадигме общественный интерес представляется как сумма всех отдельно взятых частных интересов, которые можно удовлетворять путем свободного обмена благами между участниками рынка (в общем случае — субъектами социальных отношений). В сочетании с этим принципом представление о здоровье как об индивидуальной ценности и личном капитале приводит к пониманию медицинской помощи как разновидности услуг, оказываемых в порядке рыночного обмена.

Однако существующий опыт свидетельствует о серьезных рисках и угрозах, которые несет в себе буквальное следование принципам индивидуализма в практике здравоохранения. Американская система здравоохранения, которая является почти идеальным воплощением индивидуалистской парадигмы и рыночных принципов, уже много лет демонстрирует свою неспособность эффективного функционирования в интересах общества, хотя затраты на здравоохранение в США являются самыми высокими среди всех развитых стран мира. Причем перспективы реформирования американского здравоохранения в направлении повышения его доступности исключительно рыночными инструментами, в частности путем предоставления малообеспеченным гражданам льготных страховых полисов, не вызывают оптимизма у специалистов [Harris, 2012].

В то же время в западноевропейских странах, перед которыми также стоят проблемы реформирования здравоохранения (Великобритания, Германия, Франция, Италия и др.), исследователи-социологи по большей части склоняются к мнению о необходимости усиления именно государственного регулирования здравоохранения, его государственного финансирования и предоставления государством гарантий бесплатной медицинской помощи [Журавлева, 2008].

В целом это свидетельствует об актуальности коллективистской социальной модели и необходимости выработки адекватного сбалансированного подхода к проблемам здравоохранения с учетом общественных интересов и в рыночных экономических условиях.

Между тем, легко заметить, что акцент на здоровье как на индивидуальной, а не общественной ценности логически согласуется с представлением об образе жизни как главном обуславливающем факторе здоровья. Совместное прочтение этих двух дополняющих друг друга по смыслу положений приводит к важному следствию: *если здоровье — преимущественно индивидуальная ценность, то именно в интересах самой личности заботиться о своем здоровье, а значит ответственность за сохранение здоровья лежит на самом человеке, который вправе выбирать соответствующий образ жизни.* Эта же логическая связка может быть артикулирована и по-другому: *свободный выбор приемлемого для человека образа жизни влечет за собой и его ответственность за здоровье, обусловленное этим выбором.*

На практике это означает перекладывание государством ответственности за здоровье на население. То, что именно так и происходит в настоящее время в Украине, не вызывает никаких сомнений¹.

В одном из ключевых документов реформы — Концепции Общегосударственной программы “Здоров’я-2020: український вимір” — среди причин кризиса здравоохранения в Украине отмечается его недостаточная адаптированность к условиям рынка и необходимость перехода к профилактическим мероприятиям как главному инструменту здравоохранения [Концепція, s.a.]. При этом под профилактикой понимается не что иное, как здоровый образ жизни, который, как говорится в Концепции, согласно общепринятому в настоящее время мнению, в пять раз эффективнее лечебно-диагностической деятельности. То есть отправной точкой реформирования становится именно акцент на индивидуализированной человеческой активности — здравоохранительное поведение как главенствующий фактор здоровья в рамках упомянутой выше концепции факторов здоровья.

В этом же русле артикулируются и рекомендации Комитета по вопросам здравоохранения Верховной Рады Украины от 11.01.2012 (№ 109) [Рекомендації, s.a.].

Здесь из 23 рекомендаций 17 непосредственно относятся к конкретным предложениям — инструментам здравоохранения, из них 5 касаются мер по раннему выявлению, диагностике, контролю заболеваний, реабилитации больных и диспансеризации населения и 12 — к мерам профилактического характера, связанным со здоровым образом жизни населения — в основном его пропагандой. Еще одной характерной чертой этого документа является рекомендация инициировать ратификацию Украиной Международной Хартии прав и обязанностей пациентов, а также разработать возможные пути законодательного урегулирования ответственности пациента за состояние своего здоровья.

В качестве одного из механизмов реализации новых концептуальных подходов рассматривается введение *института семейной медицины*, ориен-

¹ По данным ВОЗ доля государственных затрат на здравоохранение в Украине составляет 54% от всех затрат на эту отрасль, тогда как доля затрат населения в виде наличных выплат — 42% [НФА-DB, 2011]. Согласно данным выборочного обследования Госстата Украины, среди пациентов, проходивших стационарное лечение в 2010 году, 89,7% полностью обеспечивали себя медикаментами, 62,9% — постельными принадлежностями, 75,0% — продуктами питания и лишь 5,1% не нуждались ни в чем из вышперечисленного [Самооцінка, 2010].

тированного на коррекцию образа жизни, выявление заболеваемости и ее контроль. Если в советском здравоохранении его центральным звеном была специализированная стационарная медицинская помощь, причем как врачебная, так и доврачебная, то теперь в фокусе здравоохранения оказывается неспециализированная амбулаторная медицинская помощь, предоставляемая семейными врачами — врачами общей практики. При этом выбор врача и методов лечения в соответствии с его рекомендациями предоставляется самому пациенту, который, принимая участие в процессе лечения, наделяется ответственностью за его результаты [Мажак, 2012].

Однако если здоровье — это индивидуальная ценность, частное благо, личный капитал, приобретаемый усилиями самого человека и находящийся в его распоряжении, то, следовательно, в условиях рынка здоровье может становиться предметом обмена на другие блага, на которые направлен потребительский интерес человека. Значит, и необходимые человеку продукты здравоохранения, будучи предметом удовлетворения его личных потребностей и запросов, должны по своей форме становиться рыночным товаром, предоставляемым в порядке платных услуг, обмена благами.

Так общедоступная бесплатная медицинская помощь начинает постепенно трансформироваться в платные медицинские услуги. Если в рамках коллективистской парадигмы применительно к здравоохранению складывается логическая цепочка: *здоровье человека — общественная ценность — публичный интерес — предоставление благ (медицинская помощь)*, то для общества, построенного на рыночных началах в рамках индивидуалистской парадигмы, справедливой оказывается другая формула: *здоровье человека — индивидуальная ценность — частный интерес — обмен благами (медицинские услуги)*.

Одним из следствий такого положения вещей становится изменение характера отношений больного и медицинского учреждения, врача и пациента.

Модель отношений “врач — пациент”

Традиционной для отечественного здравоохранения принято считать *патерналистскую модель* взаимоотношений врача и пациента, в которой врач обладает безусловным авторитетом и властью над больным, и в то же время несет всю полноту ответственности за его лечение. В свою очередь, больной беспрекословно выполняет предписания и рекомендации врача, полагаясь на его профессионализм и веря в действенность проводимого лечения.

Такой тип отношений далеко не случаен — патернализм имеет глубокие исторические и психологические корни. Ключевая роль в генезисе патернализма принадлежит его сакральной природе. С одной стороны, речь идет о ритуальном характере¹ медицины в период ее зарождения на ранних этапах общественного развития, а с другой — о патриархально-семейной организации и функциональной нерасчлененности самих архаических обществ, в которых глава рода, правитель, судья, священник и врач часто объединяются в одном лице (Pontifex Maximus). Примечательно, что слово “*медицина*” имеет общеиндоевропейскую основу **met*’-, которая в своих производных одно-

¹ Например, русское *врач* происходит от славянского *врать*, в смысле – говорить (ср.: лат. *verbum* — слово), произносить заговоры, заклинания [Преображенский, 1959: с. 100].

временно относится к сферам умственной деятельности, права, ритуала и врачевания [Гамкрелидзе, 1984: с. 811].

Не случайно патернализм охватывает такие сферы общества, как политика, право, семейные отношения, религия, армия, образование, медицина. Это: “государь — подданные”, “священник — паства”, “начальник — подчиненный”, “учитель — ученик”, “адвокат — подзащитный”, “врач — пациент” и др. Сам же социальный статус врача зачастую символизирует центральное охраняющее начало общества — церковь, государство, политическую партию. В Риме и Византии врачи представляют городскую общину, муниципий, а впоследствии находятся в ведении церкви, в Российской империи врачи — чиновники по линии Министерства внутренних дел, в СССР — часто члены партии, депутаты, представители органов власти, государства в целом.

Родовые черты патернализма — старшинство и опека, покровительство и забота — включают в себе изначальный смысл и природу феномена медицины, что нашло свое отражение уже на уровне семантики и этимологии. Так, согласно В.Иванову и Т.Гамкрелидзе, общиндоевропейское “*болеть*” может быть реконструировано в форме **st(h)erk-*, имеющем двоякое значение: быть под воздействием вредоносной силы и одновременно “сторожить, следить за больным, беречь, любить” (на прим. греч. *stergo* — люблю, забочусь (*родители о детях*)) [Гамкрелидзе, 1984: с. 811]. Отсюда же, по-видимому, и латинское “*curo*”, которое одновременно имеет значения “*лечить*” и “*заботиться*”. В современном английском “*medical care*” (медицинская помощь) дословно — медицинская забота.

Патернализм органически соединяет в себе власть и ответственность и проистекающую из них идею служения. В христианской культуре патерналистское начало выражено формулой “пастырь — овцы” и запечатлено в образе Сына Божьего — “пастыря доброго”, с любовью берущего на плечи больную овцу — греховное человечество: “Я есмь пастырь добрый: пастырь добрый полагает жизнь свою за овец” (Ин. 10:11); “Я посреди вас, как служащий” (Лк. 22:27); “Нет больше той любви, как если кто положит душу свою за друзей своих” (Ин. 15:13).

Именно на началах христианского патернализма складывалась отечественная медицинская традиция, явившая образцы самоотверженного служения врача, его высокого нравственного облика и готовности к самопожертвованию, что нашло также и свое художественное воплощение [Человек в медицине, 2011: с. 4–56]. При этом идея служения связывалась не только с конкретным нуждающимся человеком — ближним, но со всем обществом. Показательно, что в Российской Империи врачи были государственными служащими, а их обязательства по отношению к больным носили характер не только морального императива, но и правовой нормы: “Каждый, не оставивший практики врач обязан по приглашению больных являться для подания им помощи” (Устав врачебный, ст. 54) [Сводъ Законовъ, 1914: т. XIII, с. 184].

Идея служения как неотъемлемая часть отечественной медицинской традиции продолжала культивироваться и в советское время, особенно в период послевоенного возрождения — “сталинского ампира”, когда патернализм был едва ли не основной несущей конструкцией. Его образец — героиня Э.Быстрицкой, врач Елизавета Максимовна в “Неоконченной повести” Фридриха Эрмлера (Ленфильм, 1955).

Широкая область функционирования патерналистской модели и ее инвариантное ценностно-смысловое содержание в различных сферах жизни

общества позволяют посмотреть на патернализм, с одной стороны, как на культурную форму¹, в которую облечены определенного рода социальные практики, а с другой — как на характеристику социальных отношений, возникающих в связи с этими практиками. Эти два подхода сходятся в представлении о патернализме как о способе существования (модальности) социальных отношений, имеющем свою формальную и содержательную составляющую.

П.Сорокин, вслед за Аристотелем, выделяет три основных типа социальных отношений, которые попеременно доминируют в обществах: *семейственный, договорной и принудительный*² [Сорокин, 2006: с. 560–597].

Эти типы, или модальности, социальных отношений Сорокин описывает в таких категориях, как взаимозависимость, направленность, охват (экстенсивность), частота (интенсивность), длительность, нормативность (организованность).

По своим характеристикам патернализм соответствует семейственному типу отношений в типологии Сорокина и может рассматриваться как его разновидность. Это тесная, практически тотальная всеобъемлющая связь солидарного характера, высокая по своей интенсивности и длительная по времени. “Такая связь не обусловлена ни договором, ни соглашением”, — пишет Сорокин: “Договорной принцип чужероден семейственному и психологически. В коллективистском едином “мы” семейственной группы нет места для договорных отношений типа “ровно столько-то, и ни больше, ни меньше”. Любое “ни больше, ни меньше” излишне для единого “мы”, в котором каждый индивид как орган тела является частью целого и как таковой действует по внутреннему побуждению, причем готов сделать все от него зависящее — вплоть до того, чтобы принести последнюю жертву — свою собственную жизнь — во имя “мы” или его составляющих” [Сорокин, 2006: с. 562].

Таково единство русских перед лицом общего врага, переданное Толстым в “Войне и мире”, таково единство советского народа в годы Великой Отечественной войны и еще множество других исторических примеров.

С позиций сегодняшнего дня можно уверенно говорить, что семейственный и патерналистский характер социальные отношения приобретают, как правило, в идеационных, идеократических социальных системах, построенных на примате духовных ценностей над утилитарными, метафизическими — над инструментальными, коллективистскими — над индивидуалистскими.

Вместе с тем разрушение коллективистских начал и переход к индивидуалистским ценностным установкам сопряжены с атомизацией общества и как следствие — элиминированием патернализма и замещением его договорными и принудительными формами.

Так, классическая рыночная модель требует наличия независимых автономных собственников — субъектов рынка, взаимодействующих на дого-

¹ Согласно А.Флиеру культурная форма — это совокупность наблюдаемых признаков какого-либо культурного явления или объекта, которые отражают как его утилитарные, так и символические функции и на основании которых он идентифицируется [Флиер, 2000: с. 144].

² У Аристотеля это отношения мужа и жены, отца и детей, господина и раба [Аристотель, 1983: с. 380].

ворной основе. Сорокин полагал, что капитализм как экономическая система предполагает социальную структуру, основывающуюся преимущественно на договорных отношениях, и если их изъять, капиталистический строй разрушится: “Для капиталистического строя “быть или не быть” означает “быть или не быть” договорному обществу” [Сорокин, 2006: с. 572].

Очевидно, что тот или иной характер социальных отношений может раскрываться лишь в соответствующей ему по смыслу форме. Договорные по содержанию социальные отношения будут приобретать и договорную форму, обеспечивающую их полноценное функционирование. Также и патерналистские по своей сути социальные отношения могут являться такими, лишь будучи патерналистскими по форме, и в противном случае будут деградировать.

В этой связи небезынтересно обратиться к следующему тексту начала 1980-х годов, принадлежащему советскому врачу-хирургу и популяризатору медицины И. Богораду: “Несколько лет назад в одной из газет появилась статья, в которой проводилась мысль о том, что пациентов в поликлиниках нужно обслуживать (так же как в парикмахерских или ателье мод). Грустно читать такие слова. Невдомек автору статьи, что врачевание — не просто сфера обслуживания, что пациент — не пиджак, от которого оторвалась пуговица, и дело врача — пришить ее. Разве пациента устроит контора, где отпускают рецепты на средства, при помощи которых ликвидируют недуги, с приложением инструкции по самолечению? Нет, конечно. Пациент сознательно или бессознательно ищет сопереживания, сочувствия своим страданиям, мудрого совета, рекомендаций, как не только избавиться от болезни, но и не допустить ее возникновения впредь. И врач всегда стремится помочь попавшему в беду человеку. Мы называем это гуманизмом. Гуманизм — одна из отличительных особенностей отечественной медицины... Там же, где в процессе врачевания остаются, помимо борьбы с болезнью, и такие мотивы, как извлечение дохода, неизбежны деформации медицинского гуманизма” [Богорад, 1982: с. 7–8].

Этот отрывок примечателен тем, что в нем медицинская помощь не просто описывается в категориях патернализма, но и тем, что она как по форме, так и по содержанию противопоставляется услугам как отношениям договорным и коммерческим по своей сути.

Если для патернализма свойственно единство мотивации и целеполагания врача и пациента в процессе лечения, а также глубоко личностный характер их отношений, то договорная форма, в которой оказываются медицинские услуги, стойко ассоциируется с субъектностью сторон, их автономией, личностной отстраненностью и своекорыстием.

Именно в этом направлении и эволюционирует в настоящее время модель отношений “врач — пациент” в украинском обществе.

Патерналистское содержание этих отношений исчерпалось не сразу. По мере того, как в советском, а затем и в постсоветском обществе получали распространение утилитарные ценности и росли индивидуалистские настроения, ослабевало охраняющее и росло авторитарное начало патернализма. Это привело к его существенным деформациям, породившим впоследствии основательную критику.

Наряду с этим само развитие биомедицинских технологий способствовало нивелированию личностного аспекта медицинской помощи и форми-

рованию ее технократического характера. Его носителем стал новый тип медицинского работника — манипулятора, выполняющего набор рутинных действий, близких по своим внешним признакам к техническим и бытовым услугам.

Так возникли предпосылки, которые в условиях рыночных экономических отношений привели к отказу от патернализма и наполнению модели “врач–пациент” новым содержанием в виде неформально договорных и де-факто платных услуг. На психологическом уровне этому в немалой степени поспособствовало то, что заработная плата в здравоохранении оказалась чуть ли не самой низкой среди всех отраслей народного хозяйства Украины¹.

Сложившееся положение вещей начало постепенно обретать и свои институциональные формы. Так, один из необходимых элементов конструкции договорных отношений — субъектность и равноправие сторон договора — получил нормативное закрепление в виде *принципа автономии пациента*, который манифестирует отказ от патерналистской модели.

Подобно тому, как патернализм в медицине является отражением патернализма в обществе, принцип автономии пациента возникает как идеологическая проекция концепта автономии личности. Так, ряд западных авторов, обозначая принцип автономии пациента как “врачебный антипатернализм”, помещают его в один контекст с этическим либерализмом и концепцией прав человека [Сгречча, 2002: с. 14].

В этом контексте, например, следует интерпретировать возникшую в 1960-х годах на Западе идеологию хосписного движения, в которой автономия пациента играет ключевую роль: это право на свободный выбор неизлечимым больным места смерти и образа жизни на терминальной стадии заболевания в рамках, предоставляемых медициной возможностей [Hayslip, 1992: p. 1–22]. К крайним проявлениям принципа автономии пациента можно отнести отказ от медицинского вмешательства (чаще всего от специализированного лечения в онкологии) и эвтаназию [Сгречча, 2002: с. 364–368].

В настоящее время в законодательстве Украины принцип автономии пациента отражен в ряде норм [Основи, s.a.]:

- а) в праве пациента на свободный выбор врача (лечащего врача) (ст. 6, п. “д”; ст. 38);
- б) в праве пациента требовать замену врача (ст. 34);
- в) в праве пациента на самостоятельный выбор методов лечения в соответствии с рекомендациями врача (ст. 6, п. “д”; ст. 38);
- г) в праве на отказ от лечения (ст. 43);
- д) в обязательном информировании врачом пациента о состоянии его здоровья, целях проведения исследования или лечебных мероприятий, прогнозе возможного развития заболевания, в том числе о наличии риска для жизни и здоровья пациента (ст. 39);
- е) в обязательном согласии пациента на медицинское вмешательство, за исключением экстренных случаев (ст. 43);
- ж) в праве пациента на свободный выбор лечебного учреждения (ст. 6, п. “д”; ст. 38);

¹ По данным 2010 года средняя заработная плата в здравоохранении составила 1631 грн, или около двух прожиточных минимумов [Держкомстат, 1998–2012].

- з) в праве пациента на альтернативную медицинскую экспертизу и самостоятельный выбор экспертной организации и экспертов (ст. 6, п. “й”; ст. 73).

В этом перечне положения, касающиеся обязательного информирования пациента о целях и методах медицинского вмешательства и последующего обязательного формального согласия пациента на это вмешательство, составляют в совокупности так называемый *принцип информированного согласия*.

Этот принцип представляет собой не что иное, как договорной консенсус относительно того, что может предложить врач, на что может претендовать или рассчитывать пациент и на что он в итоге дает свое добровольное согласие. В то же время предоставляемое пациенту право на выбор места лечения или экспертизы создает предпосылку рыночных отношений в медицине, при которых лечебные учреждения оказываются в состоянии конкуренции.

Вместе с тем принцип информированного согласия в сочетании с правом пациента на самостоятельный выбор места и методов лечения или отказ от него закрепляет за пациентом статус, при котором он становится полноправным субъектом процесса оказания медицинской помощи, а значит, и разделяет с врачом ответственность за выбор лечения, его ход и последствия.

В этом качестве *принцип автономии пациента становится еще одним шагом на пути отнесения ответственности за здоровье человека к нему самому, оказываясь в одной логической связке с представлениями о роли образа жизни в сохранении здоровья и о здоровье как индивидуальной ценности*.

Образуется совокупность взаимодополняющих друг друга по смыслу представлений, ценностей и принципов, выступающая в роли новой идеологии здравоохранения.

Выводы

1. Исходя из анализа законодательства Украины в сфере здравоохранения, его конституционных основ и программных документов в области его реформирования можно сделать вывод о том, что к настоящему времени в украинском здравоохранении произошли фундаментальные мировоззренческие и ценностно-нормативные изменения, которые методологически могут интерпретироваться как смена парадигмы. Эти изменения касаются:

- представлений о природе здоровья;
- представлений о социальной сущности здоровья — его ценности;
- характера отношений врача и пациента и статуса пациента в лечебном процессе.

Если для советского здравоохранения было характерно представление о здоровье как о социальном явлении, обусловленном совокупностью общественных условий и отношений, на которые не может повлиять индивидуальная человеческая личность, то в настоящее время в качестве главного фактора обусловленности здоровья рассматривается образ жизни, понимаемый как результат самоопределения самого человека (т. е. стиль жизни, в строго социологическом смысле).

Вместе с этим произошло смещение акцентов в понимании ценности здоровья: представление о здоровье как общественной ценности в контексте интересов общества в целом сменяется представлением о здоровье как ин-

дивидуальной ценности в контексте прав человека, частных, а не общественных интересов.

И наконец, традиционная для отечественного здравоохранения патерналистская модель отношений “врач–пациент” уступила место принципу автономии пациента и приобрела содержательно договорной характер, при котором и врач и больной наделяются совокупностью прав и обязанностей и совместно разделяют ответственность за проводимое лечение.

2. Указанные выше методологические изменения выявляют два целостных по своему смысловому содержанию оппозиционных ряда принципов. С одной стороны, это принципы социальной природы здоровья, его общественной ценности и патернализма, с другой — автономия пациента, индивидуализированная ценность здоровья и его обусловленность стилем жизни.

Если для первого ряда принципов общим смысловым центром является доминанта общества и его производных — общественных отношений и интересов, то в фокусе второго смыслового ряда оказывается фактор автономной человеческой личности как первичной по отношению к обществу и государству социальной реальности.

Этот факт позволяет:

во-первых, соотнести парадигму здравоохранения с политико-правовой парадигмой общества, с характером общественных и социальных отношений;

во-вторых, представить идеологические изменения в здравоохранении как логическое следствие происходящих в обществе социокультурных трансформаций, в частности как результат перехода от коллективистской мировоззренческой социальной парадигмы к индивидуалистской.

К важнейшим проявлениям этого перехода в Украине относятся: новая правовая доктрина государства и изменение концептуальных основ права; рыночная экономика и ее идеология; изменение характера социальных отношений.

3. Логическим следствием изменения мировоззренческо-ценностных начал и принципов здравоохранения является изменение его инструментов.

В советской коллективистской парадигме здравоохранения его основными инструментами выступали воздействие на социальные условия жизни населения и государственный патернализм в предоставлении медицинской помощи, что по смыслу соответствует представлению о социальной обусловленности здоровья. При этом центральным звеном системы здравоохранения была специализированная стационарная медицинская помощь. В настоящее время в качестве одного из механизмов реализации обозначенных выше новых концептуальных подходов рассматривается введение института семейной медицины, в рамках которого осуществляется неспециализированная амбулаторная медицинская помощь, ориентированная на коррекцию образа жизни и предполагающая свободный выбор врача и методов лечения самим пациентом, который наделяется ответственностью за результаты лечения.

Таким образом, как следует из изложенного выше анализа, мировоззренческие и идеологические принципы и инструменты здравоохранения составляют одну целостную логико-смысловую систему — парадигму здравоохранения, которая может рассматриваться как производная общественных отношений и ценностно-мировоззренческих основ общества. Вместе с тем ценностно-смысловое поле здравоохранения оказывается определяю-

щим в отношении его институциональной нормативно-организационной составляющей, представленной совокупностью статусов и ролей врача и пациента, характером их социального взаимодействия.

Изменения идеационной составляющей парадигмы здравоохранения — его базовых идеологических принципов влекут за собой и соответствующие изменения в политике и инструментах здравоохранения, а также смену его институциональных форм, что подтверждает выдвинутый в данной статье теоретический тезис и свидетельствует о продуктивности взятого за основу анализа методологического подхода.

Источники

Аристотель. Сочинения : в 4 т. Т. 4 / Аристотель ; пер. с древнегреч., общ. ред. А.И. Доватур. — М. : Мысль, 1983. — 830 с. — (Философское наследие. — Т. 90).

Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / У. Бек ; пер. с нем. В. Седелника, Н. Федоровой ; послесл. А. Филиппова. — М. : Прогресс—Традиция, 2000. — 384 с.

Богорад И.В. Больной и врач / И.В. Богорад. — М. : Знание, 1982. — 96 с. — (Нар. ун-т., фак-т здоровья. — № 8).

Гамкрелидзе Т.В. Индоевропейский язык и индоевропейцы. Реконструкция и историко-типологический анализ праязыка и протокультуры / Т.В. Гамкрелидзе, Вяч.Вс. Иванов. — Тбилиси : Изд-во Тбилис. ун-та, 1984. — 1328 с.

Держкомстат України, 1998–2012 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdvdg_rik/dvdg_u/dvdg_met2007.html.

Журавлева И.В. Здоровье и болезни в европейском обществе / И.В. Журавлева // Социологические исследования. — 2008. — № 2. — С. 15–16.

Здоров'я — 2020: основні засади державної політики України у сфері формування здорового способу життя і протидії неінфекційним захворюванням та шляхи їх реалізації : Рекомендації слухань у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я // Пацієнт UA. — 2012. — № 4 (4). — С. 2–3.

Концепція Загальнодержавної програми “Здоров'я — 2020: український вимір” [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>.

Кун Т. Структура научных революций. С ввводной статьей и дополнениями 1969 г. / Т. Кун ; пер. с англ. И.З. Налетова. — М. : Прогресс, 1977. — 300 с.

Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / Лисицын Ю.П. — М. : ГЭОТАР — МЕД, 2002. — 520 с.

Лисицын Ю.П. Перестройка здравоохранения и задачи научных исследований ее стратегии / Ю.П. Лисицын // Здоровье человека в условиях НТР: методологические аспекты : сб. науч. тр. — Новосибирск : Наука, 1989. — С. 8–18.

Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків : [кол. наук.-аналіт. монографія] / ред. Е.М. Лібанова. — К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України ; Держкомстат України, 2010. — 496 с.

Мажак И. Институт семейной медицины в Украине: эмпирические исследования структурных факторов действенности / И. Мажак // Социология: теория, методы, маркетинг. — 2012. — № 2. — С. 134–150.

Максимова Т.М. Особенности заболеваемости в различных группах населения / Т.М. Максимова // Советское здравоохранение. — 1991. — № 4. — С. 26–29.

Мейер-Штейнер Т. Медицина XVII–XIX веков / Мейер-Штейнер Т. — М. : Вузовская книга, 1999. — 128 с.

Нечай А.А. Проблеми правового регулювання публічних фінансів та публічних витатків : [монографія] / Нечай А.А. — Чернівці : Рута, 2004. — 264 с.

Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/print1330515868333791>.

Преображенский А.Г. Этимологический словарь русского языка / Преображенский А.Г. — М.: Гос. изд-во иностранных и национальных словарей, 1959. — Т. 1. — 717 с.

Проект Концепції Державної програми реформування системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100805_1.html.

Пустовит С.В. Биомедицинская этика Т. Бочампа и Дж. Чилдресса / С.В. Пустовит // Практична філософія. — 2008. — № 2. — С. 63–72.

Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 році [Електронний ресурс] : доповідь. — Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

Сводъ Законовъ Россійской Имперіи : въ 5 кн. Кн. 5 , т. 13–16 / [сост. : Н.П. Болканов, С.С. Войт, В.Э. Герценберг] ; под ред. и примеч. И.Д. Мордыхай-Болтовского. — СПб. : Деятель, 1914. — 680 с.

Сгречча Э. Биоэтика : учеб. [с приложением очерка В. Зелинского “Благодарение жизни: от биоэтики к Премудрости. Попытка православного осмысления”] / С. Сгречча, В. Тамбоне ; пер. с итал. В. Зелинского, Н. Костомаровой. — М. : Библ.-богослов. ин-т Св. апостола Андрея, 2002. — 413 с.

Силуянова И.В. Избранное. О призвании врача / И.В. Силуянова. — М. : Форма Т, 2008. — 256 с.

Сорокин П.А. Социальная и культурная динамика / П.А. Сорокин ; пер. с англ. В.В. Сапова. — М. : Астрель, 2006. — 1176 с.

Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. — 2-е изд. — М. : Медицина, 1984. — 640 с.

Стилї життя: панорама змін / под ред. М.О. Шульги. — К. : ІС НАНУ, 2008. — 416 с.

Таранюк Г. Здоровье в самооценках населения / Г. Таранюк // Социология: теория, методы, маркетинг. — 2012. — № 2. — С. 120–133.

Флиер А.Я. Культурология для культурологов : учеб. пособие [для магистрантов и аспирантов, докторантов и соискателей, а также преподавателей культурологи] / Флиер А.Я. — М. : Академ. проект, 2000. — 496 с.

Фрицький О.Ф. Конституційне право України : підруч. / Фрицький О.Ф. — 3-є вид., перероб. і доп. — К. : Юрінком Інтер, 2006. — 512 с.

Человек в медицине: материалы Всероссийской конференции, посвященной 50-ти летию со дня кончины свт. Луки (Войно-Ясенецкого) / под ред. Н.С. Тимченко, Е.В. Харченко. — Барнаул, 2011. — 170 с.

Шульга Н.А. Дрейф на обочину. Двадцать лет общественных изменений в Украине / Шульга Н.А. — К. : Друкарня “Бізнесполіграф”, 2011. — 448 с.

Adler N.E. Socioeconomic status and health: What we know and what we don't know / N.E. Adler, J.M. Ostrove // Annals of the New York Academy of Sciences. — N. Y., 1999. — Vol. 896. — P. 3–15.

Harris D.M. President Obama and the continuing struggle for health reform in the United States / D.M. Harris // Міжнар. (III Всеукр.) конгрес з медичного і фармацевтичного права, біоетики та соціальної політики, 19–21 квіт. 2012 р., м. Київ : зб. тез доп. / упоряд. О. Асман та ін. — К. : КІМ, 2012. — С. 26.

Hayslip B. Hospice care / B. Hayslip, Jr, J. Leon. — Newbury Park ; London ; New Delhi : SAGE Publications, 1992. — 235 p.

HFA-DB [Electronic resource]. — 2011. — Mode of access : <http://data.euro.who.int/hfad/>.

Omran A. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change / A.R. Omran // The Milbank Memorial Fund Quarterly. — 1971. — 49. — P. 509–538.

WHO definition of Health [Electronic resource]. — Mode of access : <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.