

УДК 316.334:61

ГЕННАДІЙ ТАРАНЮК,

помічник голови відділу благодійності та соціального служіння Української Православної Церкви (МП), координатор соціально-медичних програм відділу благодійності та соціального служіння УПЦ, здобувач Інституту соціології НАН України

Соціокультурні трансформації охорони здоров'я в Україні

Анотація

У статті проаналізовано зміни базових принципів та інструментів охорони здоров'я в Україні в пострадянський період у контексті соціокультурних трансформацій українського суспільства. Ці зміни автор інтерпретує як зміну парадигми і трактує в рамках теоретичного підходу П.Сорокіна як результат зміни світоглядно-ціннісних засад суспільства. У цьому зв'язку розглянуто уявлення про соціальну природу здоров'я, соціальну сутність цінності здоров'я, а також модель відносин "лікар-пацієнт". Показано логіко-сміслову єдність уявлень, цінностей та інструментів охорони здоров'я у співвіднесеності із політико-правовою парадигмою суспільства, із характером суспільних і соціальних відносин.

Ключові слова: парадигма охорони здоров'я, колективізм, індивідуалізм, патерналізм, принцип автономії пацієнта

Уже не перший рік в Україні вдаються до спроб реформування системи охорони здоров'я, що зумовлено низкою обставин. Серед них: неприйнятно низький рівень здоров'я населення, вичерпаність ресурсів медичних установ, зміна системи суспільних відносин у країні.

Попри наявний соціальний запит та очікування змін, уже на початковому етапі реформи, на рівні пілотних проектів, в окремих регіонах України почали увиразнюватися принципові проблеми в імплементації запропоно-

ваної моделі охорони здоров'я, що апіорно розглядалася як найадекватніша щодо викликів сьогодення [Проект Концепції, s.a.].

Основна концепція реформи — це наближення охорони здоров'я до ринкової моделі господарювання, тобто застосування принципів ринкової економіки в медичній сфері. Такий підхід становить у даний час сутність загальнодержавної політики реформ і відображає той світоглядний і ціннісний поворот, що охопив усі сфери життя сучасного українського суспільства [Шульга, 2011].

Проте якою мірою такий підхід є продуктивним? Якщо навіть у сфері матеріального виробництва він не завжди приносить очікувані позитивні результати, то якими є підстави для таких очікувань у соціально-гуманітарній сфері?

Ці питання порушувалися неодноразово. Проблематика суспільних перетворень в Україні широко представлена у монографіях провідних вітчизняних соціологів, на сторінках часопису ІС НАНУ “Соціологія: теорія, методи, маркетинг”, в аналітичних матеріалах соціологічного моніторингу “Українське суспільство”, що його здійснює Інститут соціології НАН України від 1992 року. Разом із тим аналізу соціокультурного аспекту проблем охорони здоров'я поки не приділено належної уваги. Це пов'язано, мабуть, із тим, що за умов перманентної соціально-економічної кризи пострадянського суспільства передусім актуалізувалися матеріально-ресурсні й нормативно-організаційні проблеми охорони здоров'я, котрі дещо відтіснили його філософсько-світоглядні й моральні аспекти. Щоправда, останні активно дискутувалися в ці роки в контексті біомедичних досліджень і нових технологічних можливостей медицини, що поставили питання стосовно зміни моральної парадигми у сфері медицини [Сгречча, 2002; Силуянова, 2008: с. 159–181; Пустовит, 2008]. Ця дискусія стала першим симптомом глибокого процесу змін самих засад медичної практики і *парадигми охорони здоров'я* загалом, тобто сукупності засадових *уявлень (ідей), цінностей, норм, інструментів і зразків діяльності*. Ці зміни і становлять предмет соціокультурних трансформацій, що відбуваються в наш час у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Тут цілком доречним є таке зауваження. Ужитий вище термін “*парадигма*” у сенсі, запропонованому Т.Куном, з моєї точки зору, якнайкраще відображає специфічний комплекс явищ культурного порядку, імпліцитно присутній у всіх аспектах діяльності з охорони здоров'я. За Куном, спосіб мислення і гіпотетична картина — вихідний образ досліджуваного явища чи об'єкта багато в чому зумовлюють також інструментарій і спосіб дій дослідника [Кун, 1977: с. 51–58]. Історія медицини це чудово унаочнює. І не лише в науково-теоретичному, а й у практичному плані: вибір методів і прийомів лікування безпосередньо залежав від уявлень про природу хвороби [Мейер-Штейнег, 1999]. Можна сказати, що кунівська парадигма (дисциплінарна матриця) містить дві принципові складові — (1) ідеаціональну (ідейну), ціннісно-світоглядну, смислотвірну і (2) її опредметнений образ, презентований зразками й інструментами діяльності: які уявлення, такі й інструменти.

У такому наближенні концепцію Куна цілком можна інтерпретувати в рамках теоретичного підходу П.Сорокіна, котрий розглядав культуру у двох її взаємозалежних аспектах. Один — це *ідеї, цінності, смисли*, інший — уся сукупність об'єктів і явищ культурного світу, що втілюють у собі ціннісно-смысловий аспект, або *ментальність культури* [Сорокін, 2006: с. 56–61]. Як продукт культури, — частина загального простору цінностей і смислів, у якому живе і розвивається суспільство, — медицина у своїх соціальних проявах демонструє ту саму культурну ментальність, що й решта суспільних інститутів, інтегрованих в одну смыслову цілісність. Сорокін вважав, що елементи культурного простору об'єднуються в цілісну систему внаслідок деякого спільного властивого їм смислу або ж унаслідок того, що у своєму сполученні вони дістають смыслове завершення, виражають один загальний смисл. Окремі фрагменти соціокультурного світу — економіка, політика, право, освіта, наука, мистецтво, соціальні відносини, типи ментальності можна осягнути тільки разом, у їхньому цілісному сприйнятті, в єдиному контексті, а кожен із них окремо, так чи інакше містить і репрезентує у різних аспектах деяку спільну ідею або цінність.

Обравши таку теоретичну платформу, природно припустити, що ціннісні та світоглядні зміни, які відбуваються в українському суспільстві, накладатимуть відбиток на всі аспекти соціальної реальності, виявлятимуться в усіх сферах життя суспільства, набуваючи поступово, крок за кроком, свого інституціонального оформлення.

Виходячи з цієї теоретичної позиції, *аналіз соціокультурних трансформацій системи охорони здоров'я можна втілити у визначенні його парадигми, що формується, виокремленні в ній ідеаційної складової, порівнянні останньої з іншими смислотвірними елементами культури, виявленні тенденцій їхньої зміни, фіксації результатів цих змін.*

Не претендуючи на те, щоби повною мірою реалізувати вельми обширну програму, спиною на найбільш знакових і значимих у соціологічному плані тенденціях зміни парадигми охорони здоров'я в Україні, що стосуються уявлень про соціальну природу здоров'я, його суспільну цінність, а також модель відносин лікаря і пацієнта.

Здоров'я як соціальне явище

У радянській системі охорони здоров'я в основу всієї системи її діяльності було покладено уявлення про здоров'я як соціальне явище, зумовлене сукупністю чинників, що діють за певних соціальних умов. “Радянська соціальна гігієна стверджує, що природні й біологічні чинники впливають на життєдіяльність людського організму, як у нормі, так і в патології, але тільки опосередковано, через соціальні умови. Соціальні умови мають вирішальне значення для розвитку людини як біосоціосистеми” [Социальная гигиена, 1984: с. 9].

Утім, нова позиція, що нині заступила місце колишніх уявлень, робить основний акцент серед різних чинників здоров'я на способі життя, що його розуміють як результат самовизначення і вибору людини в даних соціальних умовах [Лисицын, 2002: с. 44–54; Концепція, s.a.].

Щоб зрозуміти сутність відмінностей між цими концептами, звернімося до деяких теоретичних постулатів і фактів, що ілюструють їхню логіку.

Розуміння здоров'я як соціального явища ґрунтується на тому простому спостереженні, що на відміну від усіх живих істот, які природним чином адаптуються до умов довкілля, людський організм потребує створення спеціальних додаткових умов існування, за відсутності яких він самостійно виживати і розвиватися не може. Матеріальні умови, спосіб життя, охорона здоров'я, соціальна інфраструктура, техногенне середовище утворюють сукупність передумов, завдяки яким досягається оптимальне функціонування людського організму. Культура і соціальна організація, що виконують свою адаптаційну функцію, стають для людини середовищем її існування. Здоров'я формується в умовах суспільства шляхом систематичного штучного усунення чи компенсації несприятливих патогенних чинників. Здоров'я — це завжди стан або компенсованої хвороби, або компенсованих хвороботвірних причин та умов. Тобто назагал здоров'я — це соціальне явище, оскільки є компенсованим станом у системі штучно створених порядків.

Для свідомості, зорієнтованої на сприйняття здоров'я як самостійного явища, реальності свого роду, чогось природного, від початку даного, об'єктивно і незалежно наявного, такий підхід може виявитися дещо незвичним. Не вдаючись до дискусії, зазначу, що питання первинності здоров'я або хвороби має характер філософсько-світоглядної проблеми, яку не можна розв'язати суто в рамках наукового методу, тож вона у цілому потребує окремого розгляду. У даному контексті це не є принциповим. Важливим є інше: безпосередня емпірика, спостереження, факти дають можливість констатувати описану вище реальність. З огляду на це звернімо увагу на нову якість соціальної реальності, в якій існує феномен здоров'я. Ця якість виявляється у трьох найважливіших явищах: *в епідеміологічному переході, соціальній диференціації захворюваності та граничному ефекті бідності.*

Епідеміологічний перехід — це зміна патернів здоров'я і хвороби в контексті демографічних, економічних і соціальних змін [Omran, 1971]. Так, у всіх індустріально розвинених країнах упродовж ХХ століття відбулася якісна зміна структури захворюваності та смертності населення: інфекційна епідемічна захворюваність як провідна причина хвороби і смерті в доіндустріальних суспільствах була витіснена хронічною ендегенною патологією неепідемічного типу. Концептуально це пояснюється тим, що мірою усунення (компенсації) зовнішніх екзогенних чинників захворюваності актуалізуються внутрішні ендегенні чинники.

Епідеміологічний перехід супроводжувався збільшенням середньої тривалості життя, загальним зниженням смертності, насамперед дитячої, а також зростанням чисельності хронічних хвороб, здебільшого компенсованих у медичному і соціальному плані. Останнє, своєю чергою, веде до нового типу здоров'я — здоров'я як соціокультурного феномену, коли в медичному фізіологічному плані людина залишається хворою, проте хвороба в перебігу лікування може бути істотно ослаблена, обмежена, що дає змогу людині повною мірою виконувати свої соціальні функції і вважатися здоровою.

Близькою за природою до епідеміологічного переходу є *соціальна диференціація захворюваності*. Групи населення, виокремлені за ознакою соціального становища і характеру праці, мають відмінності у структурі захворюваності. Передусім і переважно це стосується поділу праці на фізичну та розумову. Більш колективізована фізична праця супроводжується підвищеним травматизмом та інфекціями, розумова — хронічними захворюваннями. Ці відмінності, вивчення яких відбувалося в контексті розвитку капіталізму від XVII століття, і далі зберігалися в радянському суспільстві, причому навіть у його пізньому “тепличному” періоді, про що свідчать масштабні дослідження Всесоюзного НДІ соціальної гігієни, економіки та управління охороною здоров'я ім. М.О.Семашка, проведені в середині 1980-х років. Із цих спостережень випливає, що інтелектуалізація трудової діяльності, зсув у бік розумової праці спричиняє зсув у бік хронічної патології в структурі захворюваності [Максимова, 1991].

Третім важливим явищем, що ілюструє компенсований характер і соціальну зумовленість здоров'я, є так званий *пороговий ефект бідності*.

Суть його в тому, що існує деякий мінімальний рівень споживання матеріальних благ, необхідний для підтримання здоров'я і нормальної життєдіяльності організму, нижче за який показники здоров'я погіршуються (поліпшуються) мірою погіршення (поліпшення) матеріального рівня життя і вище за який ці показники практично не змінюються — перестають залежати від рівня життя [Adler, 1999]. Поріг бідності може бути співвіднесений із категорією прожиткового мінімуму як вартісного еквівалента мінімального набору товарів і послуг, необхідних для підтримання здоров'я і задоволення основних соціальних і культурних потреб особистості [Держкомстат, 1998–2012].

Розрахунки, здійснені на емпіричній базі даних соціологічного моніторингу “Українське суспільство” Інституту соціології НАН України, також доводять наявність цього ефекту. У вибірках моніторингу частка респондентів із незадовільною самооцінкою здоров'я градуально зменшується мірою зростання показників їхнього матеріального добробуту і перестає істотно змінюватися від деякого порогового значення рівня життя. Примітно, що обчислений у такий спосіб відсоток населення, що перебуває нижче за поріг бідності, практично збігається із даними Держстату України [Таранюк, 2012].

У другій половині XX століття як на Заході, так і в СРСР на засадах економічного зростання, науково-технічного прогресу і технологічної модернізації відбулися істотні зміни матеріальних умов, способу життя і соціальних можливостей людей. Складовими цих змін стали зростання добробуту й піднесення більшості населення над порогом бідності, поліпшення соціально-побутових і житлових умов, збільшення частки розумової праці у виробничій сфері. Утворилася та сукупність чинників, котра у поєднанні з новими можливостями медицини привела до нової якості здоров'я населення, що далось взнаки в епідеміологічному переході.

При цьому відбулося ніби вивільнення показників здоров'я із залежності від безпосередньо самих суспільних умов і перенесення центру ваги його чинників на індивідуальні особливості життєдіяльності людини, її по-

ведінкові навички, преференції у виборі режиму фізичної активності, харчування тощо, які співвідносяться із поняттям способу життя¹.

За таких сприятливих соціальних умов наприкінці 1980-х років Ю.Лисицин отримав результати оцінювання впливу різних чинників здоров'я населення (ризик захворюваності), у структурі якого на спосіб життя припало близько 50%, на охорону здоров'я — 10%, на генетичні чинники — 20%, на чинники зовнішнього середовища — 20% [Лисицын, 1989]. Отже, фактично був обґрунтований пріоритет способу життя й у даному контексті — індивідуальної поведінки людини² серед інших чинників здоров'я, що відсутнюло навіть не на другий, а на третій план систему охорони здоров'я.

Це концептуальне положення дуже швидко закріпилося в медичній науковій спільноті, безапеляційно ввійшло до підручників, статей, монографій, у свідомість лікарів-практиків, у дослідницький інструментарій і стало загальноновизнаним парадигмальним постулатом. Невдовзі воно здобуло також ідеологічне обґрунтування у зв'язку з початком процесів реформування і модернізації пострадянського суспільства за західними зразками.

Перш ніж вдатися до міркувань з приводу нового розуміння зв'язку здоров'я і способу життя, одразу зазначу його суть: *це віднесення кінцевої відповідальності і компетенції щодо соціального і фізичного благополуччя людини до неї самої*. Бідність і багатство, здоров'я і хвороба — у руках самої людини, результат її особистих зусиль, свободної волі, правильного вибору. Усе, що належить до зовнішніх соціальних сил, суспільства, держави, — це створення умов самої можливості вибору, забезпечення свободи й автономії особистості.

Ця установка з очевидністю протистоїть патерналізму радянського періоду, коли держава перебирала на себе основну відповідальність з надання необхідних людині благ за її благополуччя. В СРСР за невисокого рівня номінальних доходів населення мали місце безкоштовна і якісна медична допомога, гарантоване соціальне забезпечення в разі хвороби, інвалідності, старості, безкоштовне або частково платне оздоровлення, сфери культури, спорту, житло, а також загальнодоступний за вартістю мінімальний продовольчий кошик.

Водночас у західних країнах зростання добробуту і підвищення показників здоров'я відбувалися переважно за рахунок збільшення безпосередньо грошових доходів населення. У цій ситуації, що її Ульрих Бек описує як "ефект ліфта", відбувається *індивідуалізація соціальної нерівності*: "класове суспільство" усе цілком підноситься на наступний поверх. На його думку: "Попри всі новоутворені або збережені прояви нерівності відбулося *колективне збільшення доходів*, збільшилися шанси здобути освіту, можливості

¹ У строго соціологічному смислі *спосіб життя*, як зазначає М.Шульга, зумовлюється сукупністю тих соціальних відносин, потенціал яких перевищує можливості їхньої зміни з боку окремої особистості або групи, тоді як індивідуалізована, автономна від суспільного цілого поведінка, ґрунтована на вільному виборі, відповідає категорії "*стиль життя*" [Стили життя, 2008: с. 27].

² Зміст поняття *спосіб життя* Ю.Лисицин пов'язує з тим, "як, яким чином людина поводить, думає, діє" [Лисицын, 2002: с. 48].

подорожувати, зросло правове, наукове забезпечення і забезпечення товарами масового попиту. У результаті тоншають й анулюються субкультурні класові ідентичності та зв'язки. Одночасно розпочинається процес індивідуалізації й диверсифікації ситуацій і стилів життя, що підточує ієрархічну модель соціальних класів і верств і ставить під сумнів її реальний зміст” [Бек, 2000: с. 112].

Такий сценарій подолання, розриву класової структури й індивідуалізації стилів життя підводить до чергового перегляду *суспільства як механічної сукупності автономних індивідів, які вільно діють*. Ця світоглядна установка — підґрунтя *індивідуалістської парадигми*, в рамках якої від Нового часу розвивається західне суспільство і на якій вибудовуються його базові соціально-філософські, політико-правові й економічні концепції: теорія суспільного договору, прав людини і смітівська модель ринку. У реаліях транснаціонального капіталізму і постіндустріального суспільства ці концепції починають відігравати нову роль — політичної ідеології і культурних зразків західного світу.

Саме в цій якості вони приходять у кризове радянське суспільство, ідейно обґрунтовуючи економічні та соціальні реформи, що в ньому розгортаються. Місце колективістської соціоцентричної і патерналістської радянської моделі заступає індивідуалістська антропоцентрична і ринкова, в якій держава перестає бути носієм інтересів суспільства в цілому і позиціонується як інститут захисту прав і свобод людини¹ (по суті — приватних осіб).

Суспільне редукується до індивідуального, публічне — до приватного. Розуміння здоров'я як соціального явища і продукту суспільних умов починає витіснятися його індивідуалістським трактуванням як явища, зумовленого переважно особистісними особливостями людини.

Так концепт способу життя вписується в загальний план масштабних соціокультурних трансформацій, за яким стоять дві фундаментальні парадигми суспільства — колективістська й індивідуалістична.

Здоров'я як суспільна цінність

Колективістська соціоцентрична парадигма, що сягає корінням античності, ґрунтується на уявленні про суспільство як органічну цілісність складових, що її не можна зводити до механічного зв'язку. Суспільство первинне, індивід вторинний. “Первинною за природою є держава порівняно із сім'єю і кожним із нас: адже необхідно, щоби ціле передувало частині”, — пише Аристотель. “Держава... за природою передує кожній людині; оскільки остання, опинившись в ізольованому стані, не є істотою самодостатньою,

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). Порівн.: “Союз Радянських Соціалістичних Республік є соціалістичною загальнонародною державою, що виражає волю та інтереси робітників, селян та інтелігенції, трудящих усіх націй і народностей країни” (Конституція СРСР, ст. 1).

тому її стосунок до держави такий самий, як стосунок будь-якої частини до свого цілого” (Политика, І. І. 11–12) [Аристотель, 1983: с. 379]. Звідси: пріоритет цілого над частиною, суспільного над індивідуальним, держави над особистістю. Звідси також розуміння *публічного інтересу* як уособлюваного державою інтересу суспільства загалом, що не зводиться до окремих приватних інтересів, але сам апелює до потреб, задоволення яких зумовлює можливість реалізації окремих приватних інтересів. Шлях до індивідуального блага лежить через благо колективне. Те, що становить благо для цілого, є благом і для його частини: *те, що в інтересах суспільства в цілому — в інтересах кожної людини*.

Ця формула не симетрична у своєму прочитанні. З неї не випливає зворотне: *те, що в інтересах кожної людини — в інтересах суспільства в цілому*.

У цих двох формулах відображено відмінності колективістського й індивідуалістського підходів до проблеми взаємовідносин суспільного і приватного, що приводять і до різного розуміння соціальної сутності й цінності здоров'я.

У традиційному колективістському контексті, в якому формувалися принципи вітчизняної і, зокрема, радянської системи охорони здоров'я, здоров'я людини розглядається не лише як індивідуальна, а й як суспільна цінність: *здоров'я кожного — частина колективного ресурсу виробництва матеріальних і духовних благ, необхідних для життєдіяльності всього суспільства, а відтак — і кожної людини окремо*.

Неважко помітити, що це положення за змістом близьке до розуміння здоров'я як соціального явища, продукту суспільних умов, створюваних зусиллями всього суспільства. Сукупність цих двох логічно комплементарних принципів породжує модель охорони здоров'я, за якої держава як носій публічного інтересу бере на себе відповідальність за здоров'я громадян і за якої медична допомога й інші ресурси охорони здоров'я надаються людині в необхідному для здійснення її соціальних функцій обсязі. При цьому має місце своєрідний обмін благ (прав) на обов'язки громадян стосовно суспільства, котрий на відміну від ринкового обміну не має характеру вартісно опосередкованої комерційної оборудки (послуги).

Якщо здоров'я населення безпосередньо зумовлює можливість відтворення суспільства і життєдіяльність держави, то охорона здоров'я має бути невіддільною частиною державної політики. Якщо здоров'я — це соціальне явище, що формується на ґрунті подолання бідності, компенсації патогенних причин, загальнодоступності медичної допомоги і соціальної підтримки, тоді природно, що у фокусі стратегії охорони здоров'я мають перебувати саме ці перелічені чинники.

Так, у радянській системі охорони здоров'я до її основних інструментів належали: *державний патерналізм — загальнодоступний і безкоштовний характер медичної допомоги, вплив на соціальні умови життя, профілактична спрямованість, підвищення життєвого рівня населення*. Завдяки цьому було встановлено позитивний зворотний зв'язок між здоров'ям людей і продуктивними можливостями суспільства, що стосуються його забезпечення.

Ще один важливий аспект, що органічно властивий колективістській моделі і співвідноситься із принципом загальнодоступності суспільних

благ, — неспецифічний статистично усереднений і стандартизований характер їх виробництва.

Ця модель аналогічна до моделі загальної середньої освіти, уніфікованої і стандартизованої у такий спосіб, що неявно передбачає потенційну здатність кожного, хто навчається, у перспективі виконувати будь-яку соціальну функцію й однаковою мірою відповідає потребам усіх членів суспільства¹.

У випадку охорони здоров'я неспецифічний егалітарний характер виробництва і розподілу його благ дістає відображення, зокрема, в тому, що не всі аспекти індивідуального здоров'я включено до сфери публічного інтересу, а лише ті, що мають важливий у загальнолюдському контексті характер і безпосередньо стосуються можливості фізичної і соціальної життєдіяльності людини. Це — орієнтир на те, що однаковою мірою може знадобитися всім.

Незважаючи на те, що означені вище принципи радянської соціальної моделі, й передусім моделі охорони здоров'я, на практиці довели свою ефективність, за нових суспільних умов вони почали витіснятися ринковими індивідуалістськими світоглядними й ідеологічними установками. При цьому, якщо політичні та соціально-економічні перетворення 1990-х років відбувалися за умов широкої суспільної дискусії, то процес трансформування системи охорони здоров'я на рівні її базових принципів опинився за межами публічного обговорення, а результат цього процесу був поданий суспільству вже у вигляді готових законодавчих змін як безальтернативна реальність. У цьому, на думку автора, полягає порушення не тільки начал публічності в ухваленні доленосних для суспільства рішень, а й самого принципу балансу суспільних і приватних інтересів, дотримання якого є необхідною умовою продуктивного соціального розвитку.

Усупереч цьому принципу в сучасному українському законодавстві дістали відображення такі інтереси особистості, що мають суто приватний, індивідуалізований характер, але визнаються суспільно значущими в контексті законодавчого забезпечення прав і свобод людини, гарантованих Конституцією.

Наприклад, у чинній редакції “Основ законодавства України про охорону здоров'я” (2011) відображено право на гендерну самоідентифікацію особистості й можливості реалізації цього права шляхом фізичного коригування — медичного втручання з метою стерилізації (ст. 49) та зміни статі (ст. 51) [Основи, s.a.].

¹ Державний загальнодоступний і водночас стандартизований характер освіти обгрунтовано Аристотелем: “Оскільки держава в цілому має на увазі одну кінцеву мету, то, ясна річ, для всіх потрібне єдине й однакове виховання, і турбота про це виховання має бути загальною, а не приватною справою... Що має спільний інтерес, цим слід і займатися спільно. Не треба, крім того, думати, ніби кожен громадянин сам по собі; ні, всі громадяни належать державі, позаяк кожен із них є часткою держави. І турбота про кожну частинку, природно, має передбачати піклування про ціле” (Політика, VIII. I. 2) [Аристотель, 1983: с. 628]. Це міркування вочевидь справедливе і стосовно охорони здоров'я в її колективістській інтерпретації.

Той самий закон надає можливість штучного переривання вагітності за бажанням жінки (ст. 50) і дає їй право самостійно вирішувати питання стосовно свого материнства (ст. 57) [Основи, s.a.].

Очевидно, що, за умов депопуляції й різкого скорочення народжуваності в Україні реалізація перелічених вище прав особистості суперечить інтересам суспільства, що зіткнулося з проблемою свого фізичного виживання¹ [Людський розвиток в Україні, 2010: с. 113–174].

На задоволення саме приватних, індивідуалізованих, специфічних потреб зорієнтовані й так звані допоміжні репродуктивні технології — екстракорпоральне запліднення і сурогатне материнство, косметологія та естетична хірургія, фетальна терапія і почасти трансплантологія, котрі також дістали в даний час в Україні своє законодавче забезпечення. Екстракорпоральне запліднення і сурогатне материнство іноді подають як суспільно значущі за умов депопуляції, проте надані ними можливості вибору статі дитини за бажанням пари, а також те, що цими технологіями можуть скористатися гомосексуальні пари і люди, які не бажають створювати сім'ї взагалі, не залишає сумнівів у приватно-споживацькій спрямованості даних положень. Очевидно, що за умов ринку і залучення до нього сфери охорони здоров'я наявність споживчого попиту може виявитися цілком достатньою умовою, щоби ці напрями медицини стали комерційно перспективними, а отже, якщо не пріоритетними, то принаймні привілейованими царинами охорони здоров'я безвідносно до їхньої наукової актуальності й суспільної цінності.

Наведені приклади засвідчують принциповий ідеологічний зсув, що відбувся у вітчизняній охороні здоров'я на ґрунті переходу до індивідуалістської парадигми, яка висунула на передній план права і свободи особистості як самодостатні цінності. Це, з точки зору автора, призвело до відходу від уявлень про здоров'я людини як суспільну цінність у бік його розуміння як цінності індивідуальної, особистої.

Доводиться визнати, що розвитку індивідуалістського підходу у вітчизняній системі охорони здоров'я деякою мірою посприяло запропоноване ВООЗ трактування здоров'я як *стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя* [WHO], що дістало відображення в “Основах законодавства України про охорону здоров'я” [Основи, ст. 3, s.a.].

Це трактування пов'язує зі здоров'ям можливість задоволення якомога ширшого спектра індивідуальних потреб, у тому числі таких, що мають характер не об'єктивної життєвої необхідності, а суб'єктивно сформованого запиту стосовно того, що є благополуччям і що, за бажання, можна співвіднести із правами особистості. Це повністю вкладається в політико-правовий порядок, ґрунтований на індивідуалістській парадигмі та приматі прав людини, одним із наслідків чого стає *трактування цінності здоров'я в контексті прав людини, приватних, а не суспільних інтересів*.

Конституція України у статті 3 декларує здоров'я як найвищу соціальну цінність, проте, як випливає з її контексту, цінність здоров'я, так само як

¹ За умови, що суспільство розглядається як автономне самовідтворюване утворення, а не підсистема іншого соціального організму, який має власну логіку розвитку і в якому така автономія втрачає сенс.

життя і безпеки людини, співвідноситься з її індивідуальними особистісними правами, а не з потребами й інтересами суспільства. Тобто соціальність у даному разі полягає в сутності держави, покликаної охороняти права людини як такі, що, звісно, більшою мірою відповідає індивідуалістській логіці теорії суспільного договору, ніж колективістській парадигмі суспільних інтересів. У цьому сутність закріпленого в Конституції України пріоритету природних прав людини над державою та її органами.

Тут не завадить звернути увагу на наявну в Україні й характерну в цьому контексті трансформацію державного права в конституційне. Аналізуючи дане явище, авторитетний український правознавець О.Фрицький доходить висновку, що в цьому слід убачати два різні напрями правової думки — природно-правовий і позитивістський. У першому з них засадничим началом конституції (соціально-правового порядку) визнаються людина та її права, і тому в країнах, де превалювала ця точка зору, сформувалося конституційне право (США, Франція, РФ та ін.). У другому позитивістському (етатистському) напрямі основою конституції вважається держава, яка визначає обсяг прав і свобод людини, що відповідно зумовлює виникнення державного права. Свого часу це мало місце в СРСР, у Німеччині, Австрії, Швейцарії [Фрицький, 2006: с. 7]. Зараз ці галузі права, у певному сенсі, тожні, проте в їхній термінологічній відмінності чітко проглядається світоглядна різниця в уявленнях стосовно конституційних засад суспільства.

У цьому ж смисловому ключі слід розглядати і трансформацію категорії “*публічний інтерес*” — центрального смислотвірного поняття публічного права.

В СРСР поняття публічний інтерес і державний інтерес ототожнювали. Ця побудована на античних зразках традиція ґрунтується на колективістському розумінні суспільства як єдиного цілого, коли держава розглядається як природний і єдиний виразник його інтересів. Наприклад, сутність римської держави розумілася як персоніфікована в одній особі римська община — цивітас, і в цьому сенсі відоме розрізнення публічного і приватного права, сформульоване Ульпіаном, є вичерпним.

Утім, сучасне трактування, що його можна схарактеризувати як індивідуалістське, редукує публічний інтерес до окремих приватних інтересів і їхніх конфігурацій, утворюваних ними. Так, у наш час у правовому полі України виокремлюють три різновиди публічного інтересу — державний, суспільний і територіальний публічний інтерес [Нечай, 2004: с. 17–40]. Як наслідок — змінюються принципи бюджетної політики, система публічних витрат і фінансів.

Фундаментальна значущість цієї обставини для охорони здоров'я полягає в тому, що проблематику здоров'я населення почали відносити переважно до територіального інтересу. Якщо компетенція формування політики охорони здоров'я залишилася у віданні держави, то функцію безпосереднього обслуговування населення було передано органам місцевого самоврядування. Звідси — децентралізація системи охорони здоров'я, що відбулася в перебігу реформ в Україні, розмивання відповідальності за стан цієї галузі та хронічне недофінансування її.

Разом із тим у самій ринковій парадигмі суспільний інтерес постає як сума всіх окремо взятих приватних інтересів, котрі можна задовольняти

шляхом вільного обміну благами між учасниками ринку (у загальному випадку — суб'єктами соціальних відносин). У поєднанні з цим принципом уявлення про здоров'я як про індивідуальну цінність і особистий капітал веде до розуміння медичної допомоги як різновиду послуг, що надаються в порядку ринкового обміну.

Однак наявний досвід засвідчує серйозні ризики й загрози, що їх несе в собі буквальне дотримання принципів індивідуалізму у практиці охорони здоров'я. Американська система охорони здоров'я, що є майже ідеальним утіленням індивідуалістської парадигми і ринкових принципів, уже багато років демонструє свою нездатність ефективного функціонування в інтересах суспільства, хоча витрати на охорону здоров'я у США є найвищими серед усіх розвинених країн світу. Причому перспективи реформування американської системи охорони здоров'я у плані підвищення її доступності суто ринковими інструментами, зокрема шляхом надання малозабезпеченим громадянам пільгових страхових полісів, не викликають оптимізму серед фахівців [Harris, 2012].

Водночас у західноєвропейських країнах, перед якими також постали проблеми реформування системи охорони здоров'я (Велика Британія, Німеччина, Франція, Італія та ін.), дослідники-соціологи здебільше схиляються до думки про необхідність посилення саме державного регулювання охорони здоров'я, його державного фінансування і надання державою гарантій безкоштовної медичної допомоги [Журавлева, 2008].

Назагал це свідчить про актуальність колективістської соціальної моделі й необхідність вироблення адекватного збалансованого підходу до проблем охорони здоров'я з урахуванням суспільних інтересів і за ринкових економічних умов.

Тим часом не важко помітити, що акцент на здоров'ї як на індивідуальній, а не суспільній цінності логічно узгоджується з уявленням про спосіб життя як головний чинник, що зумовлює здоров'я. Спільне прочитання цих двох взаємодоповняльних за змістом положень спричинює важливий наслідок: *якщо здоров'я — переважно індивідуальна цінність, то саме в інтересах самої особистості піклуватися про своє здоров'я, а отже, відповідальність за збереження здоров'я лежить на самій людині, котра має право обирати відповідний спосіб життя.* Цю саму логічну зв'язку можна артикулювати й по-іншому: *вільний вибір прийняттого для людини способу життя веде за собою і її відповідальність за здоров'я, зумовлене цим вибором.*

На практиці це означає перекладання державою відповідальності за здоров'я на населення. Те, що саме так і відбувається зараз в Україні, не викликає жодних сумнівів¹.

¹ За даними ВООЗ частка державних витрат на охорону здоров'я в Україні становить 54% від усіх витрат на цю галузь, тоді як частка витрат населення у вигляді грошових виплат — 42% [HFA-DB, 2011]. Згідно з даними вибіркового обстеження Держстату України, серед пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування 2010 року, 89,7% цілком забезпечували себе медикаментами, 62,9% — постільною білизною, 75,0% — продуктами харчування, і лише 5,1% — це ті, кому не бракувало нічого із переліченого вище [Самооцінка, 2010].

В одному із ключових документів реформи — Концепції Загальнодержавної програми “Здоров'я-2020: український вимір” — серед причин кризи системи охорони здоров'я в Україні зазначено недостатню адаптованість її до умов ринку і необхідність переходу до профілактичних заходів як головного інструменту охорони здоров'я [Концепція, s. a.]. При цьому під профілактикою розуміють не що інше, як здоровий спосіб життя, котрий, як зазначено в Концепції, згідно із загальноприйнятою в даний час думкою, уперто ефективніший за лікувально-діагностичну діяльність. Тобто відправною точкою реформування стає саме акцент на індивідуалізованій людській активності — здорова поведінка як чільний чинник здоров'я в рамках згаданої вище концепції чинників здоров'я.

У цьому ж річичі артикулюються і рекомендації Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України від 11.01.2012 (№ 109) [Рекомендації, s.a.].

Тут з-поміж 23 рекомендацій 17 безпосередньо належать до конкретних пропозицій — інструментів охорони здоров'я, із них 5 стосуються заходів з раннього виявлення, діагностики, контролю захворювань, реабілітації хворих і диспансеризації населення і 12 — до заходів профілактичного характеру, пов'язаних зі здоровим способом життя населення — в основному його пропагандою. Ще однією характерною рисою цього документа є рекомендація ініціювати ратифікацію Україною Міжнародної Хартії прав і обов'язків пацієнтів, а також розробити можливі шляхи законодавчого врегулювання відповідальності пацієнта за стан свого здоров'я.

Як один із механізмів реалізації нових концептуальних підходів розглядають введення інституту *сімейної медицини*, зорієнтованого на коригування способу життя, виявлення захворюваності та її контроль. Якщо в радянській системі охорони здоров'я її центральною ланкою була спеціалізована стаціонарна медична допомога, причому як лікарська, так і долікарська, то тепер у фокусі охорони здоров'я опиняється неспеціалізована амбулаторна медична допомога, що надається сімейними лікарями — лікарями загальної практики. При цьому вибір лікаря і методів лікування відповідно до його рекомендацій має здійснювати сам пацієнт, котрий, беручи участь у процесі лікування, наділяється відповідальністю за його результати [Мажак, 2012].

Проте якщо здоров'я — це індивідуальна цінність, приватне благо, особистий капітал, що набувається зусиллями самої людини і перебуває в її розпорядженні, то, виходить, за умов ринку здоров'я може ставати предметом обміну на інші блага, на які спрямований споживчий інтерес людини. Отже, і необхідні людині продукти охорони здоров'я, які є предметом задоволення її особистих потреб і запитів, мають за своєю формою ставати ринковим товаром, наданим у порядку платних послуг, обміну благами.

Так загальнодоступна безкоштовна медична допомога починає поступово трансформуватися у платні медичні послуги. Якщо в рамках колективістської парадигми застосовно до охорони здоров'я складається логічний ланцюжок: *здоров'я людини — суспільна цінність — публічний інтерес — надання благ (медична допомога)*, то для суспільства, розбудованого на ринкових засадах у рамках індивідуалістської парадигми, справедливою вияв-

ляється інша формула: *здоров'я людини — індивідуальна цінність — приватний інтерес — обмін благами (медичні послуги)*.

Одним із наслідків такого стану речей є зміна характеру відносин хворого і медичної установи, лікаря і пацієнта.

Модель відносин “лікар — пацієнт”

Традиційною для вітчизняної системи охорони здоров'я *заведено вважати* патерналістську модель взаємовідносин лікаря і пацієнта, за якої лікар має безумовний авторитет і владу над хворим і водночас несе всю повноту відповідальності за його лікування. Своєю чергою, хворий беззаперечно виконує призначення і рекомендації лікаря, бо покладається на його професіоналізм і вірить у дієвість запровадженого лікування.

Такий тип відносин аж ніяк не випадковий — патерналізм має глибоке історичне і психологічне коріння. Ключова роль у генезі патерналізму належить його сакральній природі. З одного боку, йдеться про ритуальний характер¹ медицини в період її зародження на ранніх етапах суспільного розвитку, а з іншого — про патріархально-сімейну організацію і функціональну однорідність самих архаїчних суспільств, де глава роду, правитель, суддя, священик і лікар часто-густо об'єднувалися в одній особі (Pontifex Maximus). Примітно, що слово “*медицина*” має загальноіндоевропейську основу **met*'-, котра у своїх похідних одночасно стосується сфер розумової діяльності, права, ритуалу і лікування [Гамкрелідзе, 1984: с. 811].

Не випадково патерналізм охоплює такі сфери суспільства, як політика, право, сімейні відносини, релігія, армія, освіта, медицина. Це: “государ — підданий”, “священик — паства”, “начальник — підлеглий”, “учитель — учень”, “адвокат — підзахисний”, “лікар — пацієнт” тощо. Проте сам соціальний статус лікаря найчастіше символізує центральне охоронне начало суспільства — церкву, державу, політичну партію. У Римі та Візантії лікарі презентують міську громаду, муніципій, а згодом переходять у відання церкви; у Російській імперії лікарі — чиновники по лінії Міністерства внутрішніх справ, у СРСР — незрідка члени партії, депутати, представники органів влади, держави загалом.

Родові риси патерналізму — старшинство й опіка, заступництво і турбота — містять одвічний смисл і природу феномену медицини, що дістало відображення вже на рівні семантики й етимології. Так, за В.Івановим і Т.Гамкрелідзе, загальноіндоевропейське “*хворіти*” може бути реконструйоване у формі **st(h)erk*'-, що має подвійне значення: перебувати під впливом шкідливої сили й одночасно “сторожити, стежити за хворим, берегти, любити” (на прикл. грецьк. *stergo* — люблю, піклуюся (*батьки про дітей*)) [Гамкрелідзе, 1984: с. 811]. Звідси ж, напевно, і латинське “*curo*”, що одночасно має значення “*лікувати*” і “*піклуватися*”. У сучасній англійській “*medical care*” (медична допомога) дослівно — медична турбота.

¹ Наприклад, російське слово *врач* походить від слов'янського *врать* (брехати), у смислі — говорити (порівн.: лат. *verbum* — слово), заговорювати, вимовляти заклинання [Преображенский, 100].

Патерналізм органічно поєднує в собі владу і відповідальність та ідею служіння, що випливає із них. У християнській культурі патерналістське начало виражене формулою “пастир — вівця” і закарбоване в образі Сина Божого — “Пастиря Доброго”, котрий із любов'ю кладе на плечі хвору вівцю — гріховне людство: “Я — Пастир Добрий! Пастир добрий кладе життя власне за вівці” (Ів. 10:11); “Я між вами як той, що служить” (Лк. 22:27)¹; “Ніхто більшої любови не має над ту, як хто свою душу поклав би за друзів своїх” (Ів. 15:13).

Саме на засадах християнського патерналізму формувалася вітчизняна медична традиція, що надала зразки самовідданого служіння лікаря, його високого морального образу і готовності до самопожертви, що дістало також і художнє втілення [Человек в медицине, 2011: с. 4–56]. При цьому ідея служіння пов'язувалася не тільки з конкретною стражденною людиною — ближнім, а й із усім суспільством. Примітно, що в Російській імперії лікарі були державними службовцями, а їхні зобов'язання стосовно хворого мали характер не лише морального імператива, а й правової норми: “Кожен лікар, що не залишив практику, зобов'язаний на запрошення хворих з'являтися для надання їм допомоги” (Устав врачебный, ст. 54) [Сводъ Законовъ, 1914: т. XIII, с. 184].

Ідея служіння як невіддільна складова вітчизняної медичної традиції продовжувала культивуватися і за радянської доби, особливо в період повоєнного відродження — “сталінського ампіра”, коли патерналізм був чи не основною стрижневою конструкцією. Його зразок — героїня Е.Бистрицької, лікар Єлизавета Максимівна в “Незавершеній повісті” Фрідріха Ермлера (Ленфільм, 1955).

Широка царина функціонування патерналістської моделі та її інваріантний ціннісно-смісловий зміст у різноманітних сферах життя суспільства дають змогу подивитися на патерналізм, з одного боку, як на культурну форму² певного штибу соціальних практик, а з іншого — як на характеристику соціальних відносин, що виникають у зв'язку з цими практиками. Ці два підходи сходяться в уявленні про патерналізм як про спосіб існування (модальність) соціальних відносин, що має свою формальну і змістову складову.

П.Сорокін, услід за Аристотелем, вирізняє три основні типи соціальних відносин, що почергово домінують у суспільствах: *сімейний, договірний і примусовий*³ [Сорокин, 2006: с. 560–597].

Ці типи, або модальності, соціальних відносин Сорокін описує в таких категоріях, як взаємозалежність, спрямованість, охоплення (екстенсивність), частота (інтенсивність), тривалість, нормативність (організованість).

1 Цитується за перекладом І.Хоменка.

2 Згідно з А.Флієром, культурна форма — це сукупність спостережуваних ознак певного культурного явища чи об'єкта, які відображають його утилітарні та символічні функції і на підставі яких він ідентифікується [Флиер, 2000: с. 144].

3 У Аристотеля це стосунки чоловіка і дружини, батька і дітей, пана і раба [Аристотель, 1983: с. 380].

За своїми характеристиками патерналізм відповідає сімейному типу відносин у типології Сорокіна і може розглядатися як його різновид. Це тісний, практично тотальний усеосяжний зв'язок солідарного характеру, високий за своєю інтенсивністю й тривалий за часом. “Такий зв'язок не зумовлений ані договором, ані угодою”, — пише Сорокін: “Договірний принцип чужорідний сімейному і психологічно. У колективістському єдиному “ми” сімейної групи немає місця для договірних відносин на кшталт “саме стільки, і ні більше, ні менше”. Будь-яке “ні більше, ні менше” зайве для єдиного “ми”, в якому кожен індивід як орган тіла є частиною цілого і як такий діє за внутрішнім спонуканням, причому готовий зробити все від нього залежне — аж до того, щоби принести останню жертву — своє власне життя — в ім'я “ми” чи його складових” [Сорокін, 2006: с. 562].

Такою є єдність росіян перед спільним ворогом, передана Толстим у “Війні і мирі”, такою є єдність радянського народу в роки Великої Вітчизняної війни і ще сила-силенна інших історичних прикладів.

З позицій сьогодення можна впевнено говорити, що сімейний і патерналістський характер соціальні відносини набувають, як правило, в ідеаційних, ідеократичних соціальних системах, побудованих на приматі духовних цінностей над утилітарними, метафізичних — над інструментальними, колективістських — над індивідуалістськими.

Водночас руйнація колективістських начал і перехід до індивідуалістських ціннісних установок сполучені з атомізацією суспільства і як наслідок — елімінуванням патерналізму і заміщенням його договірними та прирвовими формами.

Так, класична ринкова модель потребує наявності незалежних автономних власників — суб'єктів ринку, котрі взаємодіють на договірних засадах. Сорокін вважав, що капіталізм як економічна система передбачає соціальну структуру, уґрунтовану переважно на договірних відносинах, і якщо їх вилучити, капіталістичний лад зруйнується: “Для капіталістичного ладу “бути чи не бути” означає “бути чи не бути” договірному суспільству” [Сорокін, 2006: с. 572].

Очевидно, що той чи інший характер соціальних відносин може розкритися лише у відповідній йому за змістом формі. Договірні за змістом соціальні відносини набуватимуть також договірної форми, що забезпечуватиме повноцінне функціонування їх. Також і патерналістські за своєю суттю соціальні відносини можуть бути такими, лише якщо вони патерналістські за формою, і в протилежному разі деґрадуватимуть.

У цьому зв'язку вельми цікаво звернутися до такого тексту початку 1980-х років, що належить радянському лікареві-хірургу і популяризаторові медицини І.Богораду: “Кілька років тому в одній із газет з'явилася стаття, де наводилася думка, ніби пацієнтів у поліклініках потрібно обслуговувати (так само як у перукарнях чи ательє мод). Сумно читати такі слова. Невтямки авторові статті, що лікування — не просто сфера обслуговування, що пацієнт — не піджак, від якого відірвався гудзик, і справа лікаря — пришити його. Хіба пацієнта влаштує контора, де відпускають рецепти на засоби, за допомогою яких ліквідують недуги, із доданням інструкції із самолікування? Ні, звісно. Пацієнт свідомо чи несвідомо шукає співпережи-

вання, співчуття своїм стражданням, мудрої поради, рекомендацій, як не тільки позбутися хвороби, а й запобігти її виникненню в подальшому. І лікар завжди прагне допомогти людині, яка потрапила в біду. Ми називаємо це гуманізмом. Гуманізм — одна з відмітних рис вітчизняної медицини... Проте там, де в процесі лікування залишаються, крім боротьби з хворобою, й такі мотиви, як отримання доходу, неминучі деформації медичного гуманізму” [Богорад, 1982: с. 7–8].

Цей уривок примітний тим, що в ньому медичну допомогу не просто описано в категоріях патерналізму, а й тим, що вона як за формою, так і за змістом протиставляється послугам як відносинам договірним і комерційним за своєю суттю.

Якщо патерналізму властива єдність мотивації та цілепокладання лікаря і пацієнта в процесі лікування, а також глибоко особистісний характер їхніх відносин, то договірна форма, в якій надаються медичні послуги, неодмінно асоціюється із суб'єктністю сторін, їхньою автономією, особистісною відстороненістю і своєкорисливістю.

Саме в цьому напрямі й еволюціонує в даний час модель відносин “лікар — пацієнт” в українському суспільстві.

Патерналістський зміст цих відносин вичерпався не одразу. Мірою того, як у радянському, а потім і в пострадянському суспільстві набували поширення утилітарні цінності й міцніли індивідуалістські настрої, слабшало охоронне і зростало авторитарне начало патерналізму. Це призвело до його істотних деформацій, що породили згодом обґрунтовану критику.

Поряд із цим сам розвиток біомедичних технологій посприяв нівелюванню особистісного аспекту медичної допомоги і формуванню її технократичного характеру. Його носієм став новий тип медичного працівника — маніпулятора, який виконує набір рутинних дій, близьких за своїми зовнішніми ознаками до технічних і побутових послуг.

Так виникли передумови, котрі на ґрунті ринкових економічних відносин призвели до відмови від патерналізму і наповненню моделі “лікар—пацієнт” новим змістом у вигляді неформально договірних і де-факто платних послуг. На психологічному рівні цьому значною мірою посприяло те, що заробітна плата у сфері охорони здоров'я виявилася чи не найнижчою серед усіх галузей народного господарства України¹.

Сформований стан речей поступово набував і своїх інституціональних форм. Так, один із необхідних елементів конструкції договірних відносин — суб'єктність і рівноправність сторін договору — дістав нормативне закріплення у вигляді *принципу автономії пацієнта*, що маніфестує відмову від патерналістської моделі.

Подібно до того, як патерналізм у медицині є відображенням патерналізму в суспільстві, принцип автономії пацієнта виникає як ідеологічна проекція концепту автономії особистості. Так, низка західних авторів при визначенні принципу автономії пацієнта як “лікарського антипатерна-

¹ За даними 2010 року середня заробітна плата у сфері охорони здоров'я становила 1631 грн, або близько двох прожиткових мінімумів [Держкомстат, 1998–2012].

лізму” ставлять його в один контекст з етичним лібералізмом і концепцією прав людини [Сгречча, 2002: с. 14].

У цьому контексті, наприклад, слід інтерпретувати виниклу 1960-ми роками на Заході ідеологію хосписного руху, в якій автономія пацієнта відіграє ключову роль: це право на вільний вибір невеличково хворим місця смерті і способу життя на термінальній стадії захворювання в рамках, наданих медициною можливостей [Hayslip, 1992: р. 1–22]. До крайніх проявів принципу автономії пацієнта можна віднести відмову від медичного втручання (найчастіше від спеціалізованого лікування в онкології) та евтаназію [Сгречча, 2002: с. 364–368].

У даний час у законодавстві України принцип автономії пацієнта відображений у низці норм [Основи, s.a.]:

- а) у праві пацієнта на вільний вибір лікаря (ст. 6, п. “д”; ст. 38);
- б) у праві пацієнта вимагати заміну лікаря (ст. 34);
- в) у праві пацієнта на самостійний вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря (ст. 6, п. “д”; ст. 38);
- г) у праві на відмову від лікування (ст. 43);
- д) в обов’язковому інформуванні лікарем пацієнта про стан його здоров’я, про цілі проведення дослідження чи лікувальних заходів, стосовно прогнозу ймовірного перебігу захворювання, у тому числі про наявність ризику для життя і здоров’я пацієнта (ст. 39);
- е) в обов’язковій згоді пацієнта на медичне втручання, за винятком екстрених випадків (ст. 43);
- ж) у праві пацієнта на вільний вибір лікувальної установи (ст. 6, п. “д”; ст. 38);
- з) у праві пацієнта на альтернативну медичну експертизу і самостійний вибір експертної організації й експертів (ст. 6, п. “й”; ст. 73).

У цьому переліку положення, що стосуються обов’язкового інформування пацієнта про цілі та методи медичного втручання і подальшої обов’язкової формальної згоди пацієнта на це втручання, у сукупності становлять так званий принцип *інформованої згоди*.

Цей принцип являє собою не що інше, як договірний консенсус з приводу того, що може запропонувати лікар, на що може претендувати чи розраховувати пацієнт і на що він у результаті дає свою добровільну згоду. Разом із тим надане пацієнту право на вибір місця лікування чи експертизи створює передумову ринкових відносин у медицині, коли лікувальні установи опиняються у стані конкуренції.

Водночас принцип інформованої згоди у поєднанні із правом пацієнта на самостійний вибір місця і методів лікування або відмову від нього закріплює за пацієнтом статус, за якого він стає повноправним суб’єктом процесу надання медичної допомоги, а отже, і поділяє з лікарем відповідальність за вибір лікування, його перебіг і наслідки.

У цій якості *принцип автономії пацієнта стає ще одним кроком на шляху віднесення відповідальності за здоров’я людини до неї самої, опиняючись в одному логічному ланцюжку з уявленнями про роль способу життя у збереженні здоров’я і про здоров’я як індивідуальну цінність*.

Виникає сукупність взаємодоповняльних за змістом уявлень, цінностей і принципів, що виступає в ролі нової ідеології охорони здоров'я.

Висновки

1. Виходячи з аналізу законодавства України у сфері охорони здоров'я, його конституційних засад і програмних документів у царині його реформування можна дійти висновку про те, що в наш час в українській системі охорони здоров'я відбулися фундаментальні світоглядні і ціннісно-нормативні зміни, що їх методологічно можна інтерпретувати як зміну парадигми. Ці зміни стосуються:

- уявлень про природу здоров'я;
- уявлень про соціальну сутність здоров'я — його цінності;
- характеру відносин лікаря і пацієнта і статусу пацієнта в лікувальному процесі.

Якщо для радянської системи охорони здоров'я було характерним уявлення про здоров'я як про соціальне явище, зумовлене сукупністю суспільних умов і відносин, на які не може вплинути індивідуальна людська особистість, то зараз як головний чинник зумовленості здоров'я розглядають спосіб життя, що його розуміють як результат самовизначення самої людини (тобто стиль життя, у строго соціологічному сенсі).

Разом із цим відбувся зсув акцентів у розумінні цінності здоров'я: уявлення про здоров'я як суспільну цінність у контексті інтересів суспільства загалом поступаються місцем уявленням про здоров'я як індивідуальну цінність у контексті прав людини, приватних, а не суспільних інтересів.

І нарешті, традиційна для вітчизняної системи охорони здоров'я патерналістська модель відносин “лікар—пацієнт” поступилася місцем принципу автономії пацієнта і набула змістовно договірного характеру, коли і лікар, і хворий наділяються сукупністю прав та обов'язків і спільно поділяють відповідальність за проведене лікування.

2. Зазначені вище методологічні зміни виявляють два цілісні за своїм смисловим змістом опозиційні ряди принципів. З одного боку, це принципи соціальної природи здоров'я, його суспільної цінності і патерналізму, з іншого — автономія пацієнта, індивідуалізована цінність здоров'я і його зумовленість стилем життя.

Якщо для першого ряду принципів спільним смисловим центром є домінанта суспільства і його похідних — суспільних відносин і інтересів, то у фокусі другого смислового ряду опиняється чинник автономної людської особистості як первинної стосовно суспільства і держави соціальної реальності.

Цей факт дає підстави:

по-перше, співвіднести парадигму охорони здоров'я з політико-правовою парадигмою суспільства, із характером суспільних і соціальних відносин;

по-друге, уявити ідеологічні зміни в охороні здоров'я як логічний наслідок соціокультурних трансформацій, що відбуваються в суспільстві,

зокрема як результат переходу від колективістської світоглядної соціальної парадигми до індивідуалістської.

До найважливіших проявів цього переходу в Україні належать: нова правова доктрина держави і зміна концептуальних засад права; ринкова економіка та її ідеологія; зміна характеру соціальних відносин.

3. Логічним наслідком зміни світоглядно-ціннісних начал і принципів охорони здоров'я є зміна його інструментів.

У радянській колективістській парадигмі охорони здоров'я його основними інструментами виступали вплив на соціальні умови життя населення і державний патерналізм у наданні медичної допомоги, що за змістом відповідає уявленню про соціальну зумовленість здоров'я. При цьому центральною ланкою системи охорони здоров'я була спеціалізована стаціонарна медична допомога. У наш час як один із механізмів реалізації окреслених вище нових концептуальних підходів розглядають уведення інституту сімейної медицини, у рамках якого надається неспеціалізована амбулаторна медична допомога, що зорієнтована на коригування способу життя і передбачає вільний вибір лікаря і методів лікування самим пацієнтом, котрий наділяється відповідальністю за результати лікування.

Таким чином, як впливає з викладеного вище аналізу, світоглядні й ідеологічні принципи та інструменти охорони здоров'я становлять єдину цілісну логіко-смыслову систему — парадигму охорони здоров'я, що її можна розглядати як похідну суспільних відносин і ціннісно-світоглядних засад суспільства. Разом із тим ціннісно-смыслове поле охорони здоров'я виявляється визначальним стосовно його інституціональної нормативно-організаційної складової, представленої сукупністю статусів і ролей лікаря і пацієнта, характером їхньої соціальної взаємодії.

Зміни ідеаційної складової парадигми охорони здоров'я — його базових ідеологічних принципів спричиняють відповідні зміни в політиці й інструментах охорони здоров'я, а також зміну його інституціональних форм, що підтверджує сформульовану в даній статті теоретичну тезу і засвідчує продуктивність покладеного в основу аналізу методологічного підходу.

Джерела

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

Нечай А.А. Проблеми правового регулювання публічних фінансів та публічних видатків : [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/>.

Сводь 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. : Библио-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.

Стил 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>.