

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Факультет економіки та управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

РОВЕЦЬКИЙ Максим Вячеславович

**Деонтологія персоналу в закладі охорони
здоров'я. / Deontology of personnel in a health care
institution**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
М. В. Ровецький

Науковий керівник:
д.е.н., професор, Г. Л.
Монастирський

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" ____ " _____ 20 ____ р.

Завідувач кафедри
_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ КОМУНІКАЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Суть деонтології у взаємодії лікаря та пацієнта в системі охорони громадського здоров'я

1.2 Методичні засади ефективної взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ПРИКЛАДНИХ ЗАСАД ДЕОНТОЛОГІЇ У ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Аналіз специфіки взаємодії лікаря та пацієнта у медичному закладі

2.2 Оцінка розвитку професійних компетентностей менеджера закладу охорони здоров'я як передумови ефективної взаємодії лікаря та пацієнта

РОЗДІЛ 3. МОДЕЛЬ ДЕОНТОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ В РАМКАХ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність теми. Етика є одним із фундаментальних вимірів людського життя, особливо у сфері професійної діяльності. У сфері охорони здоров'я важлива не лише правильність виконуваної роботи. Важливою є також чистота і моральна прозорість дій фахівців. У процесі своєї професійної діяльності фахівці часто стикаються з дилемами щодо того, що є правильним чи неправильним у їхній поведінці і що конкретно слід робити. Різні етичні системи дають тут різні рішення, обґрунтовуючи їх відповідно до особливостей філософської школи.

З розвитком медицини, появою безлічі нових медичних професій і численних нових правових норм з етичними посиланнями, рефлексія на цю тему стає особливо нагальною потребою. Етичні питання широко обговорюються як у медичних колах, так і в засобах масової інформації. Останнім часом розглядаються зміни до Кодексу медичної етики.

Серед широко обговорюваних етичних тем в даний час є положення про совість, питання оплати медичних послуг, питання евтаназії, транссексуалізм, питання виписування рецептів медсестрами і акушерками та надання консультацій фармацевтами. У психіатрії незмінно великий інтерес викликає діагностика пацієнтів, поведінка людей з психічними розладами, особливо можливі ризики, що впливають з них, умови лікування і способи терапії. Методи лікування - психотерапія, з одного боку, і біологічні методи, такі як електрошок, з іншого - створюють особливі моральні проблеми.

Вищеокреслені аспекти актуалізують роль ефективної організації взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я на засадах деонтології.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Значну увагу проблемам міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта в системі охорони здоров'я висвітлено у працях Борщ В., Галіяш Н., Зливкова В., Лукомської С. та інших. Вивченню специфіки комунікаційної взаємодії лікаря та пацієнта була приділена увага низки вчених, зокрема Ковальчук Л., Кривенка Є., Мухаровської І. та у

монографічному дослідженні "Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я" за редакцією професора Шкільняка М.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні теоретичних та прикладних засад деонтології у взаємодії лікаря та пацієнта з метою вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення цього процесу.

Завданнями кваліфікаційної роботи означено:

- означення суті деонтологічної стратегії в системі охорони громадського здоров'я;
- виокремлення методичних підходів ефективної взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я;
- проведення оцінки розвитку професійних компетентностей менеджера закладу охорони здоров'я як передумови ефективної взаємодії лікаря та пацієнта;
- вироблення напрямів удосконалення деонтологічних засад комунікаційної взаємодії в системі громадського здоров'я;

Об'єктом кваліфікаційної роботи визначено процес деонтології взаємодії лікаря та пацієнта у медичному закладі.

Предметом дослідження - підходи та інструменти реалізації деонтології персоналу взаємодії лікаря та пацієнта на рівні окремого закладу охорони здоров'я.

Методи дослідження. Для досягнення мети й завдань було використано загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання достовірних, науково об'єктивних результатів. Дослідження теоретичних та прикладних засад взаємодії лікаря та пацієнта проведено за допомогою системного підходу, аналізу, синтезу, методу соціологічного аналізу та моделювання.

Практична значимість результатів дослідження полягає у виробленні практичних рекомендацій щодо застосування деонтології персоналу в закладі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ КОМУНІКАЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Суть деонтології у взаємодії лікаря та пацієнта в системі охорони громадського здоров'я

Етика - це філософська дисципліна, яка охоплює всю сукупність питань, пов'язаних з визначенням морального добра чи зла. Моральна дія - це особиста дія, дія людини (*actus humanus*): свідома, добровільна, рішуча, на відміну від дії людини (*actus hominis*), яка включає всі дії, що здійснюються незалежно від волі і тому підпорядковуються законам психології та фізіології. Етика поділяється на три дисципліни: нормативну етику, етологію та метаетику. Перша з них описує аксіологічні питання - природу морального добра і зла - і деонтологію - науку про обов'язок. Друга - етологія - наука про людські вчинки. Третя - метаетика - охоплює питання пізнаваності етичних норм та методологію дослідження етики.

Совість - це здатність до самооцінки рішень - вибору добра та уникнення зла. Дійсно, найбільш загальною моральною нормою, принципом совісті, є девіз: «*Bonum est faciendum, malum vitandum*». Совість - це двовимірне усвідомлення суб'єктивного обов'язку діяти, яке визначає як те, що хтось повинен щось робити, так і те, що він або вона повинні робити. Вона є суб'єктивною нормою моралі. Вона потребує формування і контролю, в чому можуть допомогти антропологічні, філософські та богословські знання, а також моральний авторитет¹.

Біоетика - це частина детальної етики, що займається моральною оцінкою втручання в людське життя в лімінальних ситуаціях його зародження (біогенез), тривалості (біотерапія) і смерті (танатологія).

Термін «етос» використовується для опису системи звичаїв певної соціальної групи або людей певної професії. Так, можна говорити, наприклад,

про християнський етос, етос лікарів чи медсестер. Етика медичних працівників не є предметом розгляду в цій статті. Він описаний в інших дослідженнях.

Нормативне медичне право - це сукупність правил поведінки, які вказують, що робити і чого уникати в поведінці, прийняті компетентним органом влади. Норми мають різний ранг: конституційні, законодавчі чи підзаконні акти виконавчої влади, що стосуються різних проблемних сфер охорони здоров'я, в тому числі прав пацієнтів.

Термін «ідеологія» іноді використовується, особливо в англосаксонській літературі, для позначення того, що ми називаємо парадигмою або теоретичною школою - певного способу медичної діяльності, заснованого на теорії. Однак у цій статті ми використовуємо інше визначення ідеології. Це сукупність поглядів на соціальні, політичні, економічні чи культурні питання, які слугують для реалізації певної утопії. Вони не піддаються науковій перевірці. Прикладами таких ідеологій є фашизм, комунізм і сучасний лібералізм. Їх застосування на практиці часто призводить до негативних наслідків, у тому числі для здоров'я суспільства, підвищуючи рівень стресу, викидаючи людей з їхньої попередньої культури, насильно змінюючи систему цінностей, не пропонуючи нічого цінного натомість.

Доктрина - це компактна система поглядів, яка є або предметом викладання, або основою поведінки. Зазвичай її називають сукупністю поглядів, які не відповідають дійсності і відірвані від реальності. Розрізняють наукові доктрини, моральні доктрини (економічні та політичні), доктрини, пов'язані з мистецтвом і виробництвом, релігійні доктрини. До явищ з етичними конотаціями, що мають відношення до охорони психічного здоров'я і які мають власні ідеології та доктрини, відносяться, наприклад, медикалізація (психіатризація) життя, політкоректність, гендер, деонтологічний автономізм.

Прихильники медикалізації, зокрема психіатризації життя, вважають, що багато немедичних проблем можна вирішити медичними або психіатричними методами. Це робиться, зокрема, шляхом розширення визначень хвороб, психічних розладів, а також шляхом прирівнювання певної небажаної поведінки

(наприклад, криміногенної) до хвороб і, відповідно, вимоги лікувати її та усувати із суспільства медичними методами.

Політична коректність передбачає уникнення потенційно образливих виразів для опису окремих людей або соціальних груп. У певних ситуаціях вона може бути інструментом соціальної інженерії, наприклад, зміни у визначенні шлюбу та сім'ї шляхом заміни виразів «батько» і «мати» на фрази на кшталт «батько А» і «батько Б». Цікаво в цьому контексті відзначити широке використання слів, що позначають психічні розлади і надають їм принизливого значення. Це стосується не лише повсякденного мовлення, але й політичного дискурсу. Слід визнати, що існують кампанії, спрямовані на припинення таких дій, але їхня ефективність не є повною.

Гендерна ідеологія прагне змінити традиційні соціальні ролі, акцентуючи увагу лише на статі, вважаючи інші виміри сексуальності несуттєвими. Процедура опускання певних властивостей досліджуваного питання широко використовується в науці. У фізиці, наприклад, часто опускається тертя, приймаються ідеалізовані умови експерименту, вводяться поняття ідеально пружних тіл, чорних тіл тощо. Однак застосування такого підходу до людської сексуальності таїть у собі численні небезпеки. Адже інші аспекти людської сексуальності, окрім культурних, також є важливими, а в деяких випадках вирішальними (наприклад, материнство дається тільки жінці), деякі хвороби вражають переважно або навіть виключно жінок.

Предметом цієї роботи будуть стандарти (тобто моделі) професійної етики різних фахівців, задіяних у сфері охорони психічного здоров'я - а отже, у фокусі цієї роботи будуть аксіологія (вказівки на те, що є добрим і що є поганим з моральної точки зору для тих, хто практикує ту чи іншу професію) і деонтологія (наука про обов'язки: які дії зобов'язані здійснювати представники тих чи інших професій).

Тадеуш Бжезинський підкреслює той факт, що конкретні етичні норми впливають з прийнятої філософської системи. Деякі автори припускають, що застосування права може бути моральним саме по собі. Однак право має іншу

аксіологічну основу - детальне обговорення цього питання міститься в Розділі 3. Крім того, окремі правові норми можуть мати різне філософське обґрунтування.

Ми також повинні припустити, що моральне благо піддається визначенню. Інакше ми не змогли б мати справу з цією сферою і прийти до перевірених, відтворюваних і послідовних висновків (адже в різних етичних системах ця проблема вирішується по-різному). Деякі етики, слідом за скептиками, намагаються відстоювати тезу про те, що все відносне, що будь-яка цінність може бути заперечена. Інші дотримуються позиції Девіда Юма, що жодні етичні зобов'язання не впливають з онтологічних тверджень, наприклад «жоден обов'язок не може бути логічно виведений з будь-якого знання». Логіка тут помилково згадується, оскільки її завдання полягає у визначенні того, що є істиною, а що - хибністю, за допомогою правил виведення. Таким чином, якщо ми приймемо як істинні два речення: «обов'язок лікаря - лікувати хворобу, в міру своїх знань» і «препарат Х відповідно до принципів сучасних знань буде корисним при лікуванні депресії», то в конкретному випадку наявності депресії у пацієнта, обов'язком лікаря буде використовувати препарат Х для лікування цього стану. Подолати позицію Юма пропонує також у своїй статті Джон Серль. Ми не вдаємося тут до детального розгляду питань пізнаваності істини та правил, що ведуть до її визначення - вони обговорюються в окремих статтях.

Summum bonum різних етичних систем є певні філософські або релігійні припущення. Наступний розділ містить обговорення базових орієнтирів етики, вкорінених як у філософії, так і в богослов'ї - оскільки вони є основою аксіології. Важливу роль тут відіграє визначення того, чи існує природний, незмінний закон, чи все мінливе, залежне від різних історичних чи соціальних умов.

Метою деонтології завжди є захист етики професійної групи, до якої вона застосовується, а також захист суспільного визнання, гідності та авторитету професії. Відправною точкою для пропонування детальних рішень є виклики, що виникають у повсякденній практиці професії, з урахуванням того, що сприяє цій практиці і що їй перешкоджає. Таким чином, деонтологія - це застосування етичних принципів до певних конкретних ситуацій, які виникають у практиці

даної професії. На думку Станіслава Олійника, норми професійної діяльності поділяються на дві групи: норми суворого обов'язку та ідеальні норми. Перші - це мінімальні норми, що визначають принципи деонтології в строгому сенсі. Другі, натомість, демонструють професійні чесноти, тобто дії, які хоч і не є обов'язковими, але є благородними, гідними похвали. На думку деяких, деонтологічні кодекси повинні базуватися на «широкому інтелектуальному балансі», виробленому в суспільстві. Мається на увазі цілісна система, що складається з трьох елементів - це: моральні інтуїції разом з практичним досвідом; моральні та деонтологічні принципи; і, нарешті, антропологічні та соціальні теорії, що панують у середовищі.

Норми, за способом визначення поведінки людини, можна поділити на розпорядчі, заборонні та дозвольні. Щодо типу та обсягу свободи, пов'язаної з деонтологічними та етичними нормами, можна розрізняти елементарні та ситуативні норми. Перші не підлягають змінам і є постійним компонентом професійної етики. Вони є прямими похідними загальної етики. Другі, з іншого боку, змінюються з часом - залежно від ситуації, в якій опиняються практикуючі фахівці. Через їхню соціальну природу можна говорити про ситуативно-специфічні соціальні норми. З іншого боку, норми, які стосуються певних казуїстичних питань, тобто порушення моральних принципів у чітко визначених ситуаціях, є ситуативно-казуїстичними нормами. Ці норми мають форму приписів, заборон, рекомендацій і відрізняються ступенем необхідності їх дотримання та силою аргументації.

Робота з етики не омине базових міркувань онтологічного характеру (тобто таких, що стосуються філософії буття). Важливим питанням є об'єкт етичних дій медичних працівників. Цим об'єктом є інша людина, людина, уражена хворобою. У різних філософських системах різні способи ставлення до людини впливають з різних визначень її особи і сутності людяності. У цій роботі ми виходимо з того, що кожна людина є людиною на кожному етапі свого життя, незалежно від того, якою хворобою чи інвалідністю вона уражена - таким чином відкидаються міркування деяких етиків, особливо утилітаристських. Згідно з останніми,

людина є людиною, коли вона живе в доброму психофізичному стані. Коли її стан значно погіршується, наприклад, вона втрачає свідомість, вона перестає бути людиною. У цих орієнтаціях загальновизнано, що цінність життя людини і тварини є рівною, і що якщо людина перебуває у вегетативному стані, то цінність життя здорової людиноподібної мавпи є вищою. У вирішенні цього питання може бути корисним розрізнення, зроблене ще Арістотелем і розвинуте середньовічними філософами, зокрема Томою Аквінським. Так, буття може бути (існувати) або в потенції, або актуально (*ens in potentia*, *ens in actu*). Неважливо, чи людина ще не досягла свого повного потенціалу (як у випадку з розумово неповносправними), чи вона втратила його тимчасово або - у світлі медичних знань - назавжди (наприклад, у неї порушена свідомість, мислення чи сприйняття, або когнітивна дисфункція в ході делірію чи деменції).

1.2. Методичні засади ефективної взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

Відправною точкою для аналізу етичних принципів медичної практики є з'ясування двох характерних особливостей медичної професії, перша з яких - необхідність безперервної освіти, а друга - кваліфікація її як професії, що користується суспільною довірою. З обох цих характеристик випливає обов'язок поповнювати та вдосконалювати медичні знання. Медицина є однією з найбільш динамічних наукових галузей, оскільки темпи її розвитку безпосередньо залежать від розвитку майже всіх інших галузей. Використання всіх технічних досягнень в охороні здоров'я вимагає всебічних навичок і все більш широких кваліфікаційних вимог до медичної професії. Шлях до професійного вдосконалення реалізується через взаємний обмін досвідом і знаннями з колегами та участь у роботі медичних товариств. Їх діяльність в основному спрямована на поширення сучасних медичних знань у формі організації навчальних курсів і забезпечення сучасних медичних стандартів. Що стосується обміну знаннями, важливо згадати про комп'ютеризацію в охороні здоров'я як

інструмент реалізації цього постулату. Використання електронних засобів зв'язку дозволяє широко і ефективно публікувати керівництва або організовувати медичні консилиуми і консультації між фахівцями різних галузей у швидкий спосіб, наприклад, за допомогою телеконференцій. Поєднання обов'язків у медичних установах і безперервної медичної освіти, безсумнівно, полегшується, коли до сучасних медичних знань можна отримати негайний доступ. У той же час, навички роботи з ІТ стали частиною безперервної медичної освіти лікаря. Крім того, багато медичних спеціальностей, в яких необхідне використання багатьох медичних продуктів, вимагають від лікарів розширення знань про специфіку цих продуктів, наприклад, знань про роботу і функціонування медичного обладнання.

Розгляд обов'язку вдосконалювати знання слід проводити в контексті прав пацієнтів. Це пов'язано з правом пацієнта на якість медичної допомоги, яке також гарантується міжнародним правом. Обов'язок підвищувати рівень знань є водночас правом лікаря, яке він може відстоювати перед роботодавцями. Порушення цього права є не тільки порушенням трудового законодавства, але й суб'єктивним правом, що впливає з положень Закону «Про лікарську професію» та принципів медичної деонтології, пов'язаних з принципом належного здійснення професії.

У зв'язку з обов'язком оновлювати знання, законодавство вводить заборону на використання терапевтичних методів, які класифікуються як науково неперевірені або підтверджені як шкідливі. Ці методи не є частиною медичних знань, і якщо їх застосування призводить до шкідливих наслідків для здоров'я, лікар може бути притягнутий до цивільної - компенсації та кримінальної відповідальності. З іншого боку, застосування цих методів тягне за собою настання наслідків - професійну відповідальність, навіть за відсутності шкідливих наслідків. Їх застосування є підставою для позбавлення права займатися професійною діяльністю. Елементом використання вищезазначених методів є також співпраця з особами, які не мають права на лікування. Аналогічно до зобов'язання, передбаченого попередньою статтею щодо обміну

знаннями, співпраця з особами, які використовують немедичні методи, є способом отримання знань, які є не стільки некорисними, скільки шкідливими, такими, що суперечать науково доведеним методам, а це означає, що вони не мають права передавати знання щодо лікування. Тут ми знову стикаємося з проблемою медичних знань, джерела яких не визначені в жодному нормативно-правовому акті, що точно не є таким джерелом, тобто на науково неперевірені методи. Точне розмежування між науково доведеними і недоведеними методами є неабиякою проблемою. Розвиток біомедичних наук і досліджень, що проводяться, є міжнародною справою. Однак міжнародний потік інформації, пов'язаний з цими розробками і результатами досліджень, не регулюється до такої міри, щоб одні й ті ж медичні стандарти вводилися одночасно в багатьох країнах, тим більше, що це піднімає питання різноманітності систем охорони здоров'я та економічних ситуацій. Відсутність достатнього регулювання, особливо на міжнародному рівні, правил визнання певних методів лікування доведеними також є проблемою в цьому відношенні. Прикладом такої дилеми є гомеопатія, визнана як галузь медицини Всесвітньою організацією охорони здоров'я або такими економічно розвиненими європейськими країнами, як Швейцарія чи Німеччина (до речі, країна, де зародилася гомеопатія).

Лікар зобов'язаний керуватися благом пацієнта у виборі застосовуваних до нього діагностичних і терапевтичних методів. Цим благом є, перш за все, стан здоров'я, який повинен бути захищений якомога ефективніше, але також з урахуванням захисту його фінансових інтересів, із застереженням, що лікар не повинен керуватися своїми власними фінансовими інтересами. З цим етичним імперативом пов'язане право пацієнта на медичні послуги, що надаються з належною ретельністю, гарантоване законом. Ця стаття посилається на Етичний кодекс при наданні послуг, а це означає, що припис Етичного кодексу, спрямований на захист фінансових інтересів пацієнта, також є законодавчо закріпленим приписом. Успіх медичної процедури залежить від низки факторів, одним з яких є ціна, яку необхідно сплатити за різні етапи процедури, тобто за лікарський засіб. Якщо пацієнт не може дозволити собі, наприклад, придбати

ліки на весь рекомендований курс лікування, терапевтична мета не буде досягнута. Однак слід підкреслити, що навіть якщо вартість лікування не відіграє особливої ролі для пацієнта, це не звільняє лікаря від обов'язку не піддавати пацієнта необґрунтованим витратам. З огляду на вищесказане, мова йде про добро в більш широкому розумінні, ніж просто про ефективність лікування. Від лікаря вимагається правильне моральне ставлення до пацієнтів. Це ставлення полягає у підтримці добрих, щирих намірів, які лежать у сфері людської думки. Якщо таке ставлення відсутнє, то навіть почуття обов'язку дотримуватися певних правил може виявитися недостатнім для того, щоб оточити пацієнта належною турботою. Ця вимога не є утопічною хоча б тому, що в суспільстві існує переконання, що людина, яка працює в професії, що користується суспільною довірою, керуючись покликанням, обравши свою професію і здобувши знання та навички, сформувала своє моральне ставлення до виконання важливої ролі в суспільстві. Можна також вважати, що винагородою за виконання важливих соціальних функцій є задоволення, визнання і самореалізація. Такі якості не притаманні людям, які при виборі професії керуються насамперед розміром доходу.

Лікар завжди є особою, відповідальною за лікувальну процедуру, приймаючи рішення про методи і керуючи діями медичного персоналу. Керівництво командою людей передбачає такі завдання, як координація дій різних людей і відповідальність за суму цих дій - результат командної роботи, а також передбачає прийняття стратегічних рішень, які не можуть бути передані іншим членам команди. Відповідальність ґрунтується на наявних спеціальних компетенціях. Гарна співпраця між людьми завжди залежить від взаємної поваги та особистої культури. Формування відповідної культури праці залежить насамперед від відповідальної особи, яка встановлює стандарти поведінки. В управлінській науці відносини із зацікавленими сторонами в організації є одним із важливих елементів належного управління, що впливає на якість послуг. Відносини між зацікавленими сторонами - це відносини між окремими

співробітниками, а також між медичним персоналом та його керівництвом, які завжди мають вплив на відносини персоналу з пацієнтами.

Як згадувалося раніше, медична професія - це професія суспільної довіри і професія, що відноситься до ліберальних професій. Обидві ці характеристики взаємопов'язані. Ліберальні професії, які також є професіями суспільної довіри, підлягають більшому контролю з боку держави, зокрема через відповідні правові норми, що захищають ці професії від широкого доступу сторонніх осіб, зокрема тих, хто не має відповідної кваліфікації. Державний контроль також проявляється у забезпеченні конституційної основи для існування професійного самоврядування, яке контролює дотримання правил професійної етики - деонтології - з одночасним обов'язком притягнення до відповідальності у разі їх недотримання. Це є гарантією належного здійснення професії. Основою існування довіри до професії є володіння відповідним становищем у суспільстві, яке вибудовується значною мірою через діяльність самоврядування. Тому обов'язком кожного представника такої професії, є підтримка діяльності свого органу самоврядування, в тому числі шляхом утримання від публічної критики його діяльності, яка може підірвати довіру до професії, що практикується критиком. Елементом підтримки свого самоврядування, але передусім елементом належної поведінки представника професії, що користується суспільною довірою, є виняткове дотримання правил професійної етики, яка має пріоритет над диктатом будь-якого іншого керівника, навіть якщо йдеться про державну посаду.

Добра репутація доброчесності публічних службовців є неоціненною цінністю. З цієї причини законодавство заохочує скривджених лікарів, чия «добра професійна репутація» зазнала шкоди, домагатися компенсації за завдану їм шкоду, а також наказує органам самоврядування сприяти притягненню до юридичної відповідальності осіб, які намагалися неправомірно зашкодити доброму імені лікаря. Ще один принцип здійснення професії, що користується суспільною довірою, обтяженої особливою відповідальністю за довірені особисті блага. Той, хто несе відповідальність за особисто виконану діяльність,

повинен виконувати її під своїм ім'ям і на основі особисто набутої кваліфікації. Особиста відповідальність полягає також у забороні створювати неправдивий професійний імідж. Цьому сприяє реклама власної персони або розміщення свого імені та іміджу на комерційних підприємствах. Цей принцип виражений у формі заборони на рекламу та просування комерційних цілей. До таких цілей також відносяться інші форми підтримки реклами та просування певних компаній і продуктів, тобто використання спонсорства, наприклад, носіння логотипу спонсора на фартусі або використання лікарем предметів (наприклад, ручки, блокнота тощо) з логотипом. На жаль, такі дії є досить поширеними з боку лікарів, оскільки може здатися, що прийняття гаджетів незначної вартості навряд чи є шкідливим і не вписується в рекламну формулу, але в комерційних цілях це, безумовно, так і є. Через неможливість прямої та очевидної реклами, така дія має всі ознаки криптовалюти. Це може здатися надто суворим положенням Кодексу. Однак лікарі повинні усвідомлювати, що кабінети лікарів відвідує невизначене коло осіб, для яких реклама певного продукту шляхом розміщення його логотипу на окремих предметах, що зливаються в єдине ціле, в якому також функціонує образ конкретного лікаря, є презентацією лікарем цього продукту. На підтримання доброї репутації може вплинути участь у маркетинговій діяльності, яка підпорядковується ринковим принципам, що часто протистоять захисту вищих цінностей, до яких покликаний лікар. На жаль, в останні роки громадська думка щодо співпраці медичної спільноти з фармацевтичними компаніями стала несприятливою для формування довіри та поваги до медичної професії. Навіть широко розповсюджені анекдоти свідчать про значну шкоду, завдану моральним здобуткам медичної спільноти на сьогоднішній день (анекдоти про матеріальну вигоду, яку отримують лікарі від призначення пацієнтам надмірної кількості ліків з метою отримання більших прибутків фармацевтичними компаніями)⁴. У цьому контексті також важливо пам'ятати про неприємний досвід медицини 20-го століття, пов'язаний з непохитною вірою багатьох лікарів і пацієнтів у традиційну медицину, що призвело до надмірної антибіотизації світового суспільства. Велика кількість фармацевтичних препаратів, вживання яких

завжди може бути пов'язане з несприятливими наслідками, безумовно, не сприяє підвищенню рівня здоров'я населення. Повсюдній пропаганді «ліків від усього» лікарі повинні надати протипагу!

Слабкість до залежностей може стати причиною псування їхньої доброї репутації та втрати довіри. Однак найгірше, що може статися з пацієнтом, - це опинитися в небезпечній для життя ситуації або зазнати серйозної шкоди здоров'ю, перебуваючи під наглядом лікаря, тобто людини, якій він особливо довіряє, і ця людина перебуває в стані алкогольного сп'яніння, що не дозволяє їй приймати адекватні терапевтичні рішення. Якщо алкогольне сп'яніння легко помітити та визначити його ознаки, то інтоксикацію різними видами наркотиків, навіть фармацевтичними препаратами, вже не так легко. У таких ситуаціях довести після настання травми, що вона була спричинена введенням лікаря в стан певного алкогольного сп'яніння, не є само собою зрозумілим завданням. З огляду на вищесказане, запобігання таким небажаним подіям знаходить своє вираження в етичній забороні, спрямованій на усвідомлення різних можливостей створення небезпеки для підопічних через використання засобів, часто особливо легкодоступних для лікарів.

Після запровадження принципів вільного ринку, в тому числі у сфері медичних послуг, фахівцям легко піддатися їм. Це пов'язано з тим, що на них поширюються ті ж фінансові навантаження, в тому числі і з боку держави, яким піддається будь-яка самозайнята особа. Будь-яка діяльність такого роду вимагає промоції для залучення клієнтів. Однак здійснення ліберальних професій, особливо тих, які класифікуються як професії суспільної довіри, вимагає відмови від більшої частини процедур вільного ринку. Медична професія підлягає ще більшим обмеженням у цьому відношенні, як описано в статтях 65-68. Основними методами просування медичних послуг, відповідно до змісту вже розглянутих статей, є: професійна підготовка, безперервна освіта, в тому числі щодо якості медичних послуг з точки зору задоволеності пацієнта своїми відносинами з медичним персоналом, ефективності у вирішенні терапевтичної проблеми, обґрунтованої вартості лікування і доброї репутації. Добра репутація

в широкому розумінні, яка формує авторитет традиційно сприйманої медичної професії, головним чином завдяки результатам власної роботи, часто є найбільш вирішальним фактором конкурентоспроможності. Обмеженням, порушення якого може призвести до втрати довіри та поваги, є заборона порушувати принципи деонтології по відношенню до пацієнтів, в тому числі вимагати більшу плату, ніж пацієнт очікує або не очікує взагалі, оскільки послуга повинна бути безоплатною. Надання послуг певною мірою безоплатно також є формою просування, що є етично кращою. Заборона недобросовісної інформації, тобто спотворення вартості або власних можливостей, у тому числі компетентності, є абсолютною основою для дотримання принципів чесної конкуренції у сфері надання послуг з лікування. Що стосується вартості лікування, слід зазначити, що Кодекс вказує на право лікаря визначати розмір свого гонорару до початку лікування. Це правило поведінки, яке дозволяє уникнути непорозумінь у питанні вартості лікування. Аналізуючи зміст вищезгаданих пунктів, що стосуються встановлення гонорару заздалегідь і заборони спотворення інформації про витрати, можна зробити висновок, що неетичним буде вчинок лікаря, якщо під час або після лікування він лише поінформує пацієнта, наприклад, про додаткові витрати, про які не було сказано до початку лікування. У такій ситуації пацієнт має право вважати, що його ввели в оману.

Знову повертаючись до вже розглянутих статей про зміцнення авторитету професії та лікарської асоціації, необхідно поєднувати зазначені в них обов'язки з принципом дотримання лояльності по відношенню до колег. Лояльність, охоплює принципи чесної конкуренції при спільній участі на ринку послуг, а також взаємодопомоги, оскільки кожен лікар також є пацієнтом, як і члени його сім'ї. Глибоке моральне послання стосується надання безкоштовної медичної допомоги вдовам, вдівцям і сиротам лікарів. Воно має глибоке підґрунтя в християнській культурі, підкріплене біблійними приписами, що апелюють до совісті. Меседж цього положення кодексу, безумовно, спрямований на емоційну сферу, визначаючи таку практику як добрий звичай.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРИКЛАДНИХ ЗАСАД ДЕОНТОЛОГІЇ У ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз специфіки взаємодії лікаря та пацієнта у медичному закладі

Сучасна медицина змінюється із запаморочливою швидкістю, ставлячи перед своїми студентами все нові й нові моральні дилеми. Сьогодні правил медичної деонтології та кодифікованої професійної етики вже недостатньо, щоб відповісти на всі питання, які виникають у зв'язку з бурхливим розвитком медичної науки. Медична професія має довгу історію. У західному культурному колі лікарі вже два з половиною тисячоліття йдуть шляхом, прокладеним Гіппократом. Принципи поведінки, сформульовані в клятві, і сьогодні визначають медичний етос. Ця клятва закріплює фундаментальний принцип медичної професії - завжди допомагати тим, хто цього потребує. Таким чином, професія лікаря відрізнялася від інших професій тим, що лікар завжди є лікарем, а не лише час від часу. Недотримання елементарних етичних принципів мало свої - часом жахливі - наслідки. Одним з них була пасивність німецьких медичних кіл щодо медичних експериментів, які проводилися на інвалідах та психічно хворих людях ще до початку Другої світової війни [1]. Незабаром після цього почався чорний період в історії медицини - період неконтрольованих, нещадних медичних експериментів і «науково» виправданого знищення мільйонів людей. Лікарі, які керували процесами експериментів над людьми і масового знищення, а також багато видатних представників медичної спільноти забули, в чому полягає робота лікаря. Вони забули або хотіли забути власний етос, і наслідки цієї своєрідної «амнезії» виявилися катастрофічними. Тому навіть сьогодні варто нагадати студентам-медикам, що означає бути лікарем.

Бути лікарем - це, перш за все, бути в постійному контакті з найінтимнішими сферами людського буття. У своїй практиці лікар має справу

переважно з людським тілом. Інтимний характер стосунків посилюється тим, що медик стикається з тілом іншої людини в недосконалому стані - хворої і потребує допомоги. Контакт лікаря з тілом пацієнта не має нічого спільного з розповідями античних скульпторів, таких як Фідій чи Мирон, які мали справу з прекрасною тілесністю, яку вони самі ідеалізували згідно з тогочасними канонами. З перших днів своєї професії лікар у своїй роботі стикається з потворним, деформованим, часто смердючим і відторгаючим тілом. Лікар застає людське тіло - складовий елемент людського існування - у стані безсилля. Хворим тілом може бути будь-яка людина - лікарі чергували в ложах вождів, імператорів, пап і партійних сановників, бачачи їх у такому стані, в якому їх бачили лише найближчі. Тілесне нездужання людини, яка звертається до лікаря, так чи інакше змінює її соціальний стан - у кабінеті лікаря навіть правитель стає пацієнтом, людиною, яка потребує і чекає на допомогу. Отже, професія лікаря - це не тільки особиста та інтимна професія, але й професія найсуворішої суспільної довіри. Сьогодні кожен може звернутися до відомого в народі «лікаря», оскільки доступ до медичних послуг у розвинених країнах західної цивілізації є універсальним. Тому, незалежно від того, чи ставиться чи ставилося суспільство до медичної професії як до професії, якій навчаються, чи як до покликання до служіння, видається необхідним запровадити суворі настанови та закони, які б регулювали функціонування медичної практики [3]. Подвійна природа медичної професії, як індивідуальна (інтимна), так і соціальна (суспільна), зумовлює необхідність того, щоб нормативні акти та інструкції охоплювали дуже широке коло питань, у багатьох випадках перевищуючи за своїм змістом стандарти поведінки, встановлені для інших професій.

Одним з таких нормативних актів, що існує в нашій дійсності, є Кодекс лікарської етики [4], документ, зміст якого багато в чому збігається з міжнародними нормами. У цій статті ми хотіли б зосередитися на інтимному, індивідуальному аспекті медичної етики, а саме на проблемі реалізації ідеального типу лікаря в реаліях української охорони здоров'я. Для того, щоб конкретизувати це питання, ми використовуємо поняття лікарського етосу, який

позначає сукупність етичних тверджень і рекомендацій, які, послідовно втілюючись на практиці, призводять до створення своєрідного «ідеального лікаря» [6]. Етос лікаря - поняття не статичне, а динамічне, оскільки він може бути реалізований лише у сфері міжособистісних стосунків, а конкретніше - у стосунках з пацієнтом. Неможливо бути чудовим лікарем лише для себе, в межах власної персони, адже ти завжди є лікарем для когось. Діалогічна природа медичної професії означає, що якість взаємовідносин між лікарем і пацієнтом та їх утилітарні наслідки - терапевтична ефективність - дуже часто беруться до уваги при оцінці етичних властивостей дій лікаря [7]. Тому реалізація етичних постулатів, що стосуються взаємовідносин з пацієнтом, є важливим аспектом верифікації медичної діяльності. Від її якості залежить не лише весь лікувальний процес та імідж лікаря як особистості, а й суспільне сприйняття професії. Довіра до медичної галузі має бути предметом турботи як самої професії, так і широкої громадськості. У суспільстві, в якому людина часто зустрічається з лікарем «анонімно» (тобто право вибору лікаря, спеціалізація в медицині, а також мобільність людей означають, що в наш час використовується набагато більше лікарів, ніж у попередні століття), загальне ставлення до лікарів є фундаментом, на якому будуються ефективні терапевтичні відносини. Для того, щоб це обґрунтування було якісним, сформульовано принципи та настанови, що визначають лікарський етос, з чіткими рекомендаціями щодо його практичного втілення.

Термін «етос», що походить з давньогрецької мови (ethos), означає норми поведінки, санкціоновані традицією, історичними та соціальними умовами, а також моральними поглядами, що поділяються колективом [8]. Конкретизацією цього терміну є професійний етос - правила етичної поведінки, що застосовуються до представників певної професії. Часто, як у випадку з лікарями, прийняття певного етосу є неодмінною умовою отримання професійної компетентності. Порушення етичних правил, яких людина зобов'язалася дотримуватися, тягне за собою юридичні наслідки, починаючи від попередження або догани і закінчуючи заборонаю на професійну діяльність.

Таким чином, ми бачимо, що кодекси етичних принципів є не просто вільним набором тверджень, а в багатьох випадках документами законодавчого характеру. Клятва, яку дає лікар, приймаючи професійний кодекс, є, по-перше, вираженням солідарності з певним набором етичних цінностей, а по-друге, юридичним зобов'язанням їх дотримуватися. Звідси випливає висновок, що медицина не може здійснюватися інакше, ніж відповідно до етичного кодексу - лікар, який не дотримується його, ризикує втратити свою професійну компетентність. Про цю закономірність варто нагадувати, якщо на практиці ми стикаємося з невиконанням настанов професійного етосу.

Лікар - дуже специфічна професія з точки зору етики, в тому числі і з точки зору визначення етосу. Часто при визначенні професійного етосу лікаря використовують словесні метафори, три найпопулярніші з яких наведені нижче. У літературі можна зустріти використання терміну «покликання» для позначення цієї специфіки [9]. Те саме стосується використання слова «служіння» як синоніма роботи лікаря, а також інших медичних працівників. Отже, лікар - це людина, «покликана служити», і це твердження відрізняє цю професію від багатьох інших професій [10]. У випадку ремесел, наприклад, професійна робота може бути покликанням і служінням, але це значною мірою залежить від індивідуальних особливостей. У випадку лікарів або охорони здоров'я в більш широкому сенсі, це питання контексту - бути лікарем є синонімом покликання служити людям. Покликання, яке часто асоціюється з елементом трансцендентності (часто надприродного походження), суттєво змінює етос професії. Адже важко бути покликаним лише з сьомої до п'ятнадцятої години, з перервою на каву (а отже, перервою у покликанні), а наприкінці роботи покласти своє покликання разом з білим фартухом у шафу для чергування.

У ситуації зустрічі «лікар-пацієнт» «зверху», безперечно, перебуває медичний працівник - людина приходить до нього і звертається за допомогою, розраховуючи на стосунки з кваліфікованим фахівцем. Незважаючи на досить високий рівень освіти широких верств населення (порівняно з минулими

століттями), медицина все ще залишається загадковою і навіть окультною темою для більшості людей. З розвитком науки відбувався стрімкий розвиток спеціалізації в медицині. Багато років зосередженого навчання і практики потрібні для того, щоб підготувати лікаря - фахівця. Саме завдяки багаторічному навчанню, набуттю знань і практиці, лікар здобуває ці «таємні» знання і таким чином дистанціюється від пацієнта-непрофесіонала. Однак бути лікарем - це не лише володіти знаннями, але й вміти їх адекватно використовувати, тому третім ключовим словом, що визначає етос лікаря, дуже часто є «мистецтво» [12]. Семантично широке поняття мистецтва у випадку медичної практики потребує конкретизації. Оскільки медицину визначають як мистецтво, а лікаря - як експерта в цьому мистецтві, слід уточнити, що саме ми маємо на увазі, використовуючи цей термін. У випадку з етичними настановами недоцільно використовувати терміни, які мають лише літературний чи косметичний вимір (зрештою, можна використовувати саме поняття «медичне мистецтво» лише тому, що воно звучить гарно і облагороджує). Однак, визначаючи професійний етос (і такий юридичний документ, як кодекс професійної етики), слід дотримуватися конкретики. Тому спробуємо показати інший, більш практичний вимір розуміння поняття «мистецтво» у застосуванні до медицини.

Кожного разу у своїй щоденній практиці лікар повинен використовувати свої знання для вирішення проблеми. Тому медицина - це мистецтво, передусім мистецтво вибору. Два лікарі з теоретично однаковою кваліфікацією (диплом, спеціалізація тощо) можуть по-різному застосовувати свої знання на практиці, що і є цим «мистецтвом». Як скульптуру, картину чи літературний твір критики оцінюють з точки зору його художності, так і мистецтво медицини оцінюють за його плодами - адекватністю та ефективністю лікування. Таким чином, метафора мистецтва, що використовується для опису медичної практики, може мати цілком «приземлені» і - що важливо - вимірювані кореляти.

Ми вже згадували, що етос лікаря є динамічною етичною структурою, яка має свій вимір практичної реалізації в повсякденному житті. Сферою застосування етосу є насамперед стосунки з пацієнтом (інші сфери практичної

реалізації етосу, такі як стосунки з колегами, адміністрування системи охорони здоров'я, є не менш важливими, але не є предметом цієї статті). Найчастіше саме повсякденна професійна практика надає лікарю можливість реалізувати професійні етичні вимоги. Інші ситуативні контексти, такі як надання допомоги в неробочий час, зустрічаються значно рідше, хоча є не менш авторитетними з точки зору етичної оцінки. Зупинимось на проблемі реалізації лікарського етосу в повсякденних стосунках з пацієнтом.

Сучасна організація системи охорони здоров'я та її функціонування має подвійний характер - «благодійний» (концепція, характерна для пацієнта) та «підприємницький» (концепція, більш характерна для лікаря та керівника системи охорони здоров'я). По-перше, заклади охорони здоров'я - це місця, куди звертаються люди з проблемами зі здоров'ям і отримують там допомогу в рамках державної системи охорони здоров'я. У цьому сенсі кожна державна установа (а також недержавні заклади, що працюють за договорами з Національним фондом охорони здоров'я) є «лікарнею сестер милосердя», де пацієнт не платить за лікування самостійно. Однак для того, щоб лікар міг лікувати, він повинен бути насамперед живим, а, як ми всі знаємо, єдиною абсолютно безкоштовною фізіологічною діяльністю в наш час є дихання. Крім того, щоб мати можливість ефективно лікувати, лікар сам повинен бути здоровим, відпочилим і задоволеним; одним словом, його рівень життя повинен відповідати його професії. Отже, хтось повинен платити лікарю. Суспільства минулих століть не бачили в цьому нічого поганого. Шамани, які займалися зціленням, отримували за свої послуги їжу, одяг і притулок [13]. Священики-цілителі в грецькому Асклепіоні приймали плату у вигляді приношень, які віруючі приносили до храму [14]. У наш час також не заборонена медична практика, що має бізнесовий характер. Однак етос лікаря як людини, покликаної до служіння, все ще зберігається. Етичні настанови та публічне поширення цього етосу означають, що пацієнт у своїх стосунках з лікарем може очікувати від лікаря відповідного етосу ставлення до себе - лікар покликаний служити пацієнтові знаннями та вміннями. Другий елемент лікарського етосу - покликання - також певною мірою

визначає безкорисливість. Людина, покликана до певних завдань, повинна виконувати їх із задоволенням і отримувати задоволення від самої природи своєї роботи. Система охорони здоров'я підтримує те, що можна назвати «ілюзією безкорисливості», і наслідком підтримки цієї ілюзії є те, що лікарський етос зберігається у відносинах з пацієнтом. Ця ілюзія ґрунтується на тому, що пацієнт часто не платить за послуги сам, а лікар отримує свою платню з невидимої руки держави. Увічнення цієї ілюзії спостерігається і в платних медичних центрах - пацієнт зазвичай платить за послуги в реєстратурі. Подібні процедури застосовуються у секторі парамедицини та шарлатанства. Біоенерготерапевти дуже часто наймають секретарів або асистентів, які беруть плату, тоді як самі опромінюють пацієнтів цілком «безоплатно». Там, де живі гроші не переходять з рук в руки, здається, що ми не маємо справу з бізнесом. Підтримка «ілюзії безкорисливості», безсумнівно, облагороджує професію, що у випадку медицини видається необхідністю, оскільки ця ілюзія є природним способом примирення жорстких етичних вимог з реальністю. Ця процедура дозволяє пацієнтові сприймати лікаря як незацікавлену особу. Тому у щоденних стосунках з пацієнтом лікар повинен бути розуміючим, доброзичливим і співчутливим, щоб відповідати положенням власного професійного етосу і виправдовувати очікування пацієнтів.

Добре функціонуюча система охорони здоров'я дозволяє досягти високої терапевтичної ефективності і є однією з найважливіших умов для добрих стосунків між лікарем і пацієнтом. Етос лікаря реалізується на практиці щодня, тому хороша організація системи охорони здоров'я також сприяє виконанню конкретних етичних вимог, а також допомагає лікареві наблизитися до метафоричного етичного ідеалу. Однак не слід забувати, що в екстрених випадках лікар зобов'язаний допомогти хворій людині незалежно від системи охорони здоров'я. І тоді лікар надає цю допомогу безкорисливо, не беручи плату за проведення необхідних терапевтичних заходів. Таким чином, Кодекс лікарської етики допомагає нормалізувати ситуацію, в якій лікар позбавлений організаційних рамок системи охорони здоров'я. У такій ситуації Кодекс не

залишає місця для сумнівів - лікар повинен надавати допомогу в будь-який час і в будь-якому місці.

Як бачимо, навіть метафорично сформульований лікарський етос може впливати на щоденну практику та суспільне сприйняття медичної професії. Однак на шляху до реалізації професійного етосу існують перешкоди. Основною складністю, що виникає у відносинах між лікарем і пацієнтом, можна вважати проблему реіфікації. Реіфікація пацієнта, або уречевлення, відбувається тоді, коли лікар ставиться до пацієнта в об'єктивізований і нелюдський спосіб. Пацієнт у терапевтичних стосунках може бути об'єктивізований у різних ситуаціях. Один із способів уречевлення - говорити про пацієнта в термінах «випадку». Це, по суті, найм'якша форма уречевлення, яку іноді називають «медиалізацією». Вона виправдана лише в науковому письмі. Референт результатів дослідження використовує категорію «випадок», оскільки в цьому контексті важливим є досліджуваний об'єкт захворювання. Крім того, використання такого типу номенклатури захищає конфіденційність пацієнтів, які погоджуються бути об'єктом наукового дослідження. У терапевтичному процесі, тобто у відносинах лікар-пацієнт, така термінологія не повинна використовуватися, а в терапевтичній практиці лікар повинен уникати ходульного, наукоподібного жаргону. Якщо лікар у палаті пацієнта розповідає про стан пацієнта керівнику, кажучи, що на першому ліжку лежить мішечок, а поруч - гостра печінка, він тим самим руйнує простір довіри між ним і пацієнтом. Пацієнт, таким чином, дізнається, що він не людина, а орган або сутність хвороби. Мислення про пацієнта в термінах випадку (і вербалізація цих думок у присутності пацієнта) також може мати психологічний вплив на ефективність терапії - пацієнт може ідентифікувати себе з роллю, нав'язаною йому медичним органом. Тому він може почати думати про себе як про хворого. Речення «Я - шизофренік» і «Я - хворий на шизофренію», хоч і схожі, але можуть по-різному впливати на психіку пацієнта. Ідентифікація пацієнта з хворобою перешкоджає процесу лікування, оскільки він може не бажати позбутися ролі, в якій його приймає лікар. У стосунках з пацієнтом лікар не повинен ставитися до нього як

до випадку хвороби, бо це крок до небезпечної об'єктивації і неможливості виконати етичну вимогу служіння. Предмет можна відремонтувати, мішок можна викроїти, печінку можна вилікувати, але допомогти можна лише «комусь» - людині.

Інший спосіб реіфікувати пацієнта - ставитися до нього як до прохача в офісі або як до економічної складової системи охорони здоров'я. Таким чином, пацієнт може бути в очах лікаря «ходячими чотирма копійками» (фінансовий еквівалент яких лікар отримує за візит) або ім'ям у реєстратурі. Такий спосіб ототожнення часто відбувається, коли лікар бачить пацієнтів «на плівці». Тоді лікар ототожнюється і навіть ототожнює себе з працівником, який стоїть біля конвеєра, а пацієнти - це коробки, що рухаються по ньому, які потрібно подивитися, розпакувати, дістати, потрусити, або - якщо потрібно - склеїти і закрити. Такий погляд на стосунки між лікарем і пацієнтом є приємним для обох сторін діалогу і не повинен мати місця в повсякденній терапевтичній практиці.

Таким чином, ми бачимо, що у відносинах між лікарем і пацієнтом проблема уречевлення є перешкодою для виконання вимог, встановлених професійним етикетом. Якщо лікар ставиться до пацієнта уречевленим чином, навіть якщо терапія, яку він застосовує, виявляється ефективною, сам терапевт не відповідає етичним критеріям, чітко викладеним у Кодексі медичної етики. Тому необхідно нагадувати терапевтам, що об'єктивізація пацієнта не тільки засуджується з точки зору професійної етики, але й може мати юридичні наслідки. Об'єктивне ставлення до пацієнта є порушенням прав пацієнта і злочином проти етичних принципів, до яких зобов'язує Кодекс.

У світлі наведених вище міркувань можна зробити висновок, що якість взаємовідносин між лікарем і пацієнтом має бути одним із критеріїв етичної оцінки професійної діяльності лікаря. Як ми показали, одним з показників характеру цих взаємин є виконання лікарем рекомендацій професійного етосу, незалежно від того, чи сформульований цей лікарський етос за допомогою образів і метафор або відповідних документів. У повсякденній професійній практиці при виконанні вимог Кодексу лікарської етики лікар слідує букві

закону, тоді як при спробі втілити в життя ідеальний тип милосердного лікаря його дороговказом стає власна совість.

2.2. Оцінка розвитку професійних компетентностей менеджера закладу охорони здоров'я як передумови ефективної взаємодії лікаря та пацієнта

Ксав'є Біша, один із засновників наукової медицини, писав у 1801 році: «Чим фізіологія є для руху живих тіл, тим астрономія, динаміка, гідростатика і т.д. є для неживих тіл; але останні галузі знань не мають аналога, так само як аналогом перших є патологія. (...) Фізичні науки не мають такого аналога, як фізіологічні науки - лікування» [34]. Це тому, що в неживій природі не може статися нічого ненормального чи хворобливого. У ній відбуваються процеси, які можуть схвалюватися або не схвалюватися людиною, але не можуть бути несумісними з тим, як все повинно бути. Саме ідея бажаного чи належного стану породжує уявлення про те, що є небажаним чи неналежним, а отже, таким, що потребує втручання тих, хто володіє знаннями та навичками.

Цій перспективі може суттєво загрожувати технологічний прогрес медицини, який може спонукати медичних працівників зосередитися на біологічній і технічній стороні догляду за пацієнтом на шкоду турботі про його індивідуальні та психологічні аспекти. Аналогічну загрозу можуть становити організаційні та адміністративні умови охорони здоров'я, які заохочують учасника ринкової гри. Результатом може стати дегуманізація медицини та охорони здоров'я, тобто заміна фундаментальної мети медичної допомоги, якою є цілісне благополуччя окремого пацієнта, що розглядається з точки зору його цінностей, гонитвою за науковою досконалістю та технічною майстерністю медичного працівника або адміністративною та фінансовою ефективністю системи охорони здоров'я. Далі будуть окреслені основні рушійні сили дегуманізації медицини, тобто відволікання медичних працівників від мети індивідуального благополуччя конкретного пацієнта чи пацієнтки, щоб на цій

основі визначити ключові елементи гуманістично орієнтованої охорони здоров'я. В основі гуманістично орієнтованої системи охорони здоров'я лежить гуманістично орієнтованої системи охорони здоров'я лежать цінності окремого пацієнта або пацієнтки в широкому контексті таких ідеалів і цінностей демократичного суспільства, як взаємне визнання і повага, рівність та індивідуальна свобода. Визнання індивідуальності окремого пацієнта в гуманістично орієнтованій системі охорони здоров'я розширює можливості пацієнтів і робить їх партнерами медичних працівників.

Динамічний розвиток медичної науки з кінця 19 століття і пов'язані з ним успіхи в діагностиці та лікуванні хвороб призвели до того, що наукові знання стали сприйматися як самостійна і достатня основа для вирішення проблем охорони здоров'я. Цьому процесу сприяло сприйняття науки як етично нейтральної в першій половині XX століття (і продовжує сприяти дотепер), а суджень, що виражають цінності, - як безглузвих (Fulford, Morris, Sadler, Stanghellini, 2003; Goldenberg, 2006). На задній план відійшли цінності, які визначають, що сприймається як проблема і які можливі дії можна вважати прийнятними рішеннями для її вирішення. Однак очевидно, що медицина є ціннісно-орієнтованою галуззю. Якби медичні працівники і суспільство в цілому не були переконані в етичній прийнятності певних дій, що вживаються з метою лікування, такі галузі медицини, як кровопускання і трансплантологія, не були б розвинені. Прихильність людей і суспільств до певних цінностей визначає, які явища розглядаються як проблеми, а які дії - як не тільки прийнятні, але навіть необхідні для їх вирішення.

Точність, об'єктивність і проникнення в суть речей, притаманні науці, можуть відволікати від того, що є індивідуальним і неповторним у догляді за конкретним пацієнтом. Наука значною мірою полягає в тому, щоб абстрагуватися від індивідуального, унікального і суб'єктивного на користь загального, спільного для багатьох і виявити справжній стан речей. Те, що є специфічним для окремого пацієнта, може розглядатися як ілюзорне і неглибоке на противагу ретельному і відкриваючому реальність погляду науки. Таким

чином, легко випустити з уваги індивідуальну позицію і світогляд пацієнта, який в кращому випадку постає як випадок загальної закономірності або загально описаного стану. Ця тенденція посилюється формою редукціонізму, яка іноді застосовується в медицині і яка приймає біомедичну перспективу як найважливішу, зводячи пацієнта до біологічної системи, що потребує ремонту, а його хворобу - до патофізіологічних змін.

Другим фактором, який сприяє недооцінці основоположних цінностей медицини та охорони здоров'я, а отже, їх дегуманізації, є організаційні, адміністративні та фінансові чинники надання медичної допомоги. Оскільки системи охорони здоров'я складаються з різноманітних установ, що підлягають адміністративному/організаційному регулюванню та фінансовим вимогам, на них поширюються звичайні механізми, які спонукають тих, хто в них працює - як медичний, так і адміністративний персонал - ігнорувати або недооцінювати цілі, заради яких вони були створені. Незалежно від того, чи засновані вони на соціальній солідарності або взаємному страхуванні, системи охорони здоров'я є надзвичайно складними організаціями, в яких різні рівні управління мають свої власні цілі, які буває дуже важко узгодити з наданням якісних послуг, що відповідають індивідуальним потребам пацієнтів. Системи охорони здоров'я повинні бути організаційно та фінансово ефективними, що значною мірою досягається шляхом стандартизації процедур, яка ризикує не адаптувати їх до конкретних потреб конкретних пацієнтів. Такі вимоги можуть призвести до ставлення до пацієнта як до повторюваного або стандартизованого споживача чи користувача послуг, а в крайніх випадках - як до простої одиниці обліку у фінансово-організаційно-адміністративній системі.

Наведені вище спостереження підкреслюють два моменти. По-перше, науковий характер медицини не суперечить повазі до цінностей та індивідуальності пацієнта. Наукова медицина, як і наука загалом, не є вільною від цінностей. Забуття аксіологічного виміру науки може призвести не лише до ігнорування притаманних їй цінностей, але й до упередженості, діагностичних чи терапевтичних помилок. Зосередження на науковому без урахування

цінностей, що лежать в основі науки, може відволікти від психологічних і соціальних аспектів хвороби і досвіду хвороби, що, в свою чергу, може призвести до помилкових рішень і завдати шкоди пацієнтам.

Також немає підстав вважати, що абстрактна і об'єктивна наукова перспектива є більш надійною, і що отримані в ній дані стосуються більш реальних фактів, ніж конкретна і суб'єктивна перспектива пацієнта або пацієнтки. Абстрактні та об'єктивні висновки науки впливають з конкретних і суб'єктивних даних, а не навпаки.

По-друге, гуманістичні аспекти медицини не можна розглядати у відриві від систем охорони здоров'я, в яких зустрічаються пацієнти та медичні працівники. Це пов'язано з тим, що тільки тоді можна повноцінно враховувати психологічні та соціальні аспекти охорони здоров'я та її цілі. Контекст системи охорони здоров'я, своєю чергою, є частиною соціального світу, в якому реалізуються цінності. Медицина та охорона здоров'я функціонують у контексті ширших систем підтримки, таких як соціальні послуги, освіта, що сприяє зміцненню здоров'я, догляд у громаді та післяопераційний догляд, психологічна підтримка, професійна активізація пацієнтів та пацієнток, фінансова та організаційна підтримка їхніх родин у межах відповідних нормативних та організаційних механізмів. Таким чином, гуманістичні аспекти охорони здоров'я слід розглядати як по відношенню до медичної практики, особливо до взаємовідносин між лікарем і пацієнтом, так і до широкої системи суспільно визнаних цінностей.

Суть гуманістичної орієнтації системи охорони здоров'я полягає в тому, щоб поставити пацієнта в центр діяльності всіх медичних працівників. Це означає, що погляди, почуття та думки пацієнтів і пацієнток повинні бути основними орієнтирами в процесах прийняття та реалізації рішень медичними працівниками, що вимагає від останніх знань про цінності та вміння їх ідентифікувати в конкретних випадках.

З точки зору організаційних заходів, гуманістична орієнтація охорони здоров'я вимагає, щоб системи та персонал були максимально відкритими до

цінностей, чутливості та думок користувачів системи. Суть гуманістичного підходу в охороні здоров'я полягає в наступному організаційні рішення, практики, ставлення і дії, спрямовані на цінності пацієнта, які виявляються в різноманітності світоглядів, способів життя і вибору, що стає все більш можливим завдяки науково обґрунтованій медицині. Таким чином, стає можливим реалізувати фундаментальну мету медицини - реагувати на унікальні вподобання, занепокоєння та очікування кожного пацієнта і пацієнтки в процесі діагностики та лікування, щоб вони не були зведені до інструментів для виконання вимог наукового знання або адміністративних приписів.

У центрі гуманістично орієнтованої охорони здоров'я стоїть окрема людина та її цінності, а посередниками між її вподобаннями, проблемами та очікуваннями і науковими знаннями є медичні працівники, їхнє ставлення та дії у відповідних організаційних умовах та практиках.

Відправною точкою у формуванні гуманістично орієнтованої системи охорони здоров'я є фундаментальне для філософії медицини розрізнення між хворобою і переживанням хвороби або хворобливості. Хвороби, їхні причини, перебіг і лікування вивчаються на основі природничих наук, які виводять узагальнені теореми, що мають застосовуватися (в ідеалі) до всіх пацієнтів. Досвід хвороби - це суб'єктивний спосіб переживання конкретною людиною свого стану в конкретній життєвій ситуації. Цей досвід є причиною звернення до лікаря та отримання медичної допомоги, а усунення пов'язаних з ним незручностей є метою дотримання пацієнтами медичних рекомендацій. Це природний контекст дій пацієнта або пацієнтки, який складається з їхніх унікальних уподобань, занепокоєнь та очікувань. Цей контекст дозволяє медичним працівникам оцінити, чи становлять біологічні явища, які можна ідентифікувати з медичної та наукової точок зору, неприємність для пацієнта або пацієнтки, і які прийнятні для них способи її подолання. Мета медичних працівників, зокрема лікарів, полягає в тому, щоб зрозуміти хворобу і хвору людину.

Врахування унікальних і суб'єктивних уподобань, занепокоєнь і очікувань пацієнтів можливе лише в рамках системи охорони здоров'я, організованої в ім'я прав пацієнтів, які дотримуються за допомогою різноманітних правових, етичних та інституційних механізмів. Центральним серед перших є інститут інформованої згоди. З правової точки зору, вона насамперед слугує для захисту автономії пацієнта та його права на самовизначення, а отже, є передумовою легітимності дій медичного працівника. З етичної точки зору, інформована згода пацієнта на медичну послугу є не лише умовою етичної прийнятності втручання, яке здійснює медичний працівник, але, перш за все, інструментом встановлення благополуччя пацієнта з урахуванням його унікальних уподобань, побоювань та очікувань у його конкретній життєвій ситуації. У плюралістичних демократичних суспільствах медичні працівники не можуть заздалегідь знати про численні пріоритети пацієнтів, а отже, без процесу отримання інформованої згоди пацієнта на запропоновану медичну процедуру вони не можуть визначити, що становить благополуччя конкретної хворої людини. Надання пацієнтом інформованої згоди є завершенням процесу встановлення благополуччя пацієнта, який підпорядковується таким етичним нормам, як повага до особистості та правдивість, а умовою його протікання є свобода залучених осіб.

Для того, щоб процес отримання інформованої згоди, який поважає індивідуальність пацієнта, був можливим, медичні працівники повинні бути компетентними як у виявленні, так і в реагуванні на унікальні вподобання, занепокоєння та очікування пацієнтів відповідно до основних ідеалів і цінностей медицини та поваги до прав пацієнта. Працівники охорони здоров'я, які переслідують ці цілі, повинні бути не тільки обізнані з різноманіттям унікальних уподобань, проблем і очікувань пацієнтів, але й мати чутливість, щоб розпізнати і оцінити їх, а також навички належного реагування на них. Такі компетенції медичні працівники можуть отримати завдяки міждисциплінарній освіті, яка включає гуманістичні аспекти медицини. Під час такої освіти майбутні лікарі та медики розвивають спостережливість, соціальну уяву, вміння ефективно спілкуватися та активно слухати, аналітичні здібності, критичне мислення, а

також засвоюють принципи професійної етики. Навички спостережливості, сприйняття різних точок зору, соціальної уяви, розуміння людських емоцій і соціальних стосунків та їхнього значення для професійної ефективності допомагають розвивати обговорення творів літератури і мистецтва; здатність отримати доступ до досвіду хвороби і сформулювати очікування у спосіб, що узгоджується з повагою до пацієнта, його прав і чутливістю, допомагає досягти медична комунікативна освіта. Самокритичності, уникненню минулих помилок і догматизму може навчити історія медицини. Критичному та аналітичному мисленню, підкріпленому обґрунтованою аргументацією, можна навчитися на заняттях з філософії науки. Засвоєнню принципів професійної етики слугують заняття з етичних і правових норм медичної професії, інтегровані у викладання клінічних дисциплін. Вищезазначені знання та навички є необхідними для ефективної та результативної діагностики та лікування, а також поваги до індивідуальності та делікатності кожного пацієнта.

Однак подорож пацієнта в системі охорони здоров'я не починається в кабінеті лікаря. До того моменту, як пацієнт потрапляє в клініку або лікарню, він або вона функціонує в системі, яка складається з інституцій та правил доступу до медичних послуг та їх надання. Як зазначалося вище, різні інституційні та організаційно-адміністративні компоненти системи охорони здоров'я можуть призвести до того, що персонал не помічатиме або ігноруватиме індивідуальні вподобання, проблеми чи очікування пацієнтів і пацієнок. Повторюваний характер діяльності, вимоги ефективності та стандартизації не повинні перешкоджати основній меті охорони здоров'я - піклуванню про конкретних людей. Основним захисним фактором у цьому відношенні є комунікативна та етична компетентність адміністративного персоналу закладів охорони здоров'я та медичного персоналу. Гуманістичний підхід до конкретного пацієнта повинен починатися з порога реєстрації в кабінеті лікаря або в приймальному відділенні лікарні і продовжуватися в кабінеті лікаря, процедурному кабінеті або в палаті пацієнта в стаціонарі.

Враховуючи різноманітність світоглядів демократичних суспільств, складність інституцій, що складають систему охорони здоров'я, та технічну досконалість медицини, як пацієнти, так і медичні працівники потребують підтримки фахівців у таких галузях, як психологія та клінічна етика. Клінічні психологи можуть допомогти пацієнтам визначити їхні страхи, надії, почуття та емоції. Консультанти з клінічної етики можуть підтримати пацієнтів і медичних працівників у визначенні моральних труднощів, з якими вони стикаються, ідентифікації залучених цінностей, а також допомогти в процесі прийняття рішень, розкриваючи взаємозв'язок між цінностями і структурою моральної рефлексії.

Вищезгадані аспекти гуманістично орієнтованої системи охорони здоров'я слугують розширенню прав і можливостей пацієнтів як «центрів прийняття рішень» у сфері охорони здоров'я, а також як ключових орієнтирів для медичних працівників, чия роль полягає в активному реагуванні на унікальні цінності пацієнтів. Потреба в гуманістичній орієнтації системи охорони здоров'я посилюватиметься в міру того, як світоглядні уявлення суспільства ставатимуть більш різноманітними, а медичні знання і технології розвиватимуться. Світоглядні розбіжності підвищують ймовірність моральних конфліктів у сфері охорони здоров'я, вирішення яких вимагає чіткої артикуляції цінностей учасників. Нові та вдосконалені медичні технології, у свою чергу, розширюють спектр можливостей вирішення проблем зі здоров'ям, а отже, і кількість варіантів вибору для пацієнтів та медичних працівників. Для того, щоб за таких обставин приймати рішення, які відповідають цінностям пацієнтів, необхідно чітко артикулювати ці цінності. Таким чином, гуманістична спрямованість охорони здоров'я, як з точки зору її організації, так і з точки зору формування взаємовідносин між адміністрацією та медичними працівниками і пацієнтами, стає неминучим і залишатиметься викликом, відповідь на який слід шукати у відповідній освіті всіх медичних працівників та у розвитку систем підтримки пацієнтів і персоналу.

РОЗДІЛ 3

МОДЕЛЬ ДЕОНТОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ В РАМКАХ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Конституція України гарантує всім громадянам низку прав, водночас накладаючи на них обов'язки по відношенню до інших громадян, інститутів права та суспільного життя. Однак, коли виникають індивідуальні права, особливо беззаперечне право на життя і здоров'я, і з боку тих, хто зобов'язаний безпосередньо реалізовувати ці права - публічної влади, або на найнижчому рівні гарантування - медичного закладу, найчастіше виникають суперечки і суперечки щодо способу, рівня і наслідків реалізації індивідуальних прав. Щоб легше зрозуміти підґрунтя таких суперечливих позицій сторін, необхідно спочатку зіставити їх з каталогом конституційних прав та визначень у сфері охорони здоров'я.

Вищим конституційним правом, з точки зору терапевтичної діяльності, є право на охорону здоров'я, яке нерозривно пов'язане з людською гідністю та правом на життя. Змістом цього права є можливість користуватися перевагами ефективної системи охорони здоров'я, що забезпечує можливість боротися з хворобами та запобігати їм. Однак Конституція України не визначає, як ця система повинна бути побудована. Натомість вона вимагає, щоб органи державної влади забезпечували всім громадянам рівний доступ до медичних послуг, що фінансуються державою. Таким чином, визначено мету, якої мають досягти органи державної влади. Також окреслено напрямок соціальної політики держави - рівний та ефективний доступ до фінансованих державою послуг охорони здоров'я для кожного громадянина, незалежно від його матеріального становища.

Конституція України не визначає жодних конкретних рішень, які мають бути застосовані. Саме державні органи влади вільні у виборі конкретних моделей системи охорони здоров'я.

У вітчизняному законодавстві всі медичні заходи, що здійснюються по відношенню до пацієнта, в сукупності називаються медичними послугами. Медичні послуги - це всі види діяльності, які служать для запобігання, збереження, порятунку, відновлення або поліпшення здоров'я, а також інші медичні заходи, що впливають з процесу лікування. Таким чином, медичні послуги - це медичні процедури всіх видів, що складаються з діагностичних і терапевтичних заходів для пацієнтів та в їхніх інтересах.

Таке надання медичних послуг становить терапевтичну діяльність в цілому і є найширшою категорією дій, що вживаються по відношенню до пацієнта.

Фізичні та юридичні особи, які здійснюють терапевтичну діяльність, називаються суб'єктами терапевтичної діяльності. При здійсненні терапевтичної діяльності необхідно виконувати основну умову забезпечення належної безпеки для пацієнтів. З цієї причини медичні послуги можуть надаватися лише особами та підрозділами, які відповідають відповідним умовам, а суб'єкт лікувальної діяльності, зокрема, повинен забезпечити, щоб медичні послуги надавалися лише особами, які здійснюють медичну професію та відповідають медичним вимогам, викладеним в окремих нормативно-правових актах. Суб'єкти надання медичних послуг поділяються на дві основні групи: суб'єкти лікування та суб'єкти професійної діяльності.

Суб'єкти лікування - це різні типи організацій та одиниць, які надають медичні послуги. До них відносяться суб'єкти, що здійснюють лікувальну діяльність у формі, зокрема: підприємств, незалежні громадські заклади охорони здоров'я, бюджетні установи, науково-дослідні інститути, фонди, асоціації, статутною метою яких є виконання завдань у сфері охорони здоров'я і статут яких дозволяє здійснення терапевтичної діяльності, а також у формі професійної практики: - лікар, медична сестра або фізіотерапевт, які здійснюють терапевтичну діяльність в рамках професійної практики. Професійна практика, в свою чергу, є діяльністю, що здійснюється у формі індивідуальної практики або групової практики.

Кожен суб'єкт, який здійснює терапевтичну діяльність, чи то терапевтичний суб'єкт, тобто колишній заклад охорони здоров'я, чи то професійна практика лікарів, медичних сестер, акушерок або фізіотерапевтів, зобов'язаний виконувати низку формальних вимог, що випливають із Закону про терапевтичну діяльність, а також положень спеціальних законів.

Так, першою вимогою для здійснення терапевтичної діяльності є обов'язок її реєстрації. Відповідно до чинного законодавства, суб'єкт, який має намір здійснювати терапевтичну діяльність як суб'єкт терапії, подає заяву про внесення до реєстру суб'єктів, що здійснюють терапевтичну діяльність, до органу, який веде цей реєстр. Органом, що веде реєстр, є відповідний підрозділ ОДА - щодо суб'єктів терапевтичної діяльності, районна медична рада - щодо професійної діяльності лікарів та районна рада медичних сестер і акушерок - щодо професійної діяльності медичних сестер і акушерок.

Зі зростанням цифровізації суспільного життя ми отримуємо швидший і ширший доступ до інформації, зокрема, про те, чи внесений той чи інший медичний працівник до відповідного реєстру, а також про те, які дані містяться в цьому реєстрі. Сьогодні цю інформацію можна отримати безкоштовно з Реєстру надавачів медичних послуг на веб-сайті.

Ще однією формальною умовою, яку повинен виконати постачальник медичних послуг, є наявність організаційних положень, можливо, статуту. Відповідно до законодавства, питання щодо порядку та умов надання медичних послуг суб'єктом господарювання, який провадить медичну діяльність, що не врегульовані цим Законом або статутом, визначаються організаційними правилами, які затверджуються керівником суб'єкта господарювання. Організаційний регламент медичного закладу визначає, зокрема, вид та обсяг медичних послуг, що надаються, формує перебіг процесу надання медичних послуг, є джерелом організаційних принципів діяльності всього закладу, а також завдань окремих структурних підрозділів. Крім того, внутрішні положення організації визначають розмір плати за медичні послуги, що надаються на умовах часткової або повної оплати, а також за надання медичної документації.

Як внутрішні положення організації, так і статут повинні бути доступними для ознайомлення кожному, хто звернеться з відповідним запитом. А інформація про розмір плати за медичні послуги, що надаються на умовах часткової або повної оплати, за доступ до медичної документації та за зберігання останків пацієнта понад 72 години має додатково окремо доводитися до відома пацієнтів у звичний для них спосіб. Найпоширенішою практикою в медичних закладах є виготовлення копій положень або статутів організації та розміщення їх у кімнаті реєстрації пацієнтів або на дошці оголошень.

У соціальному, людському вимірі не заперечується законодавче положення про те, що пацієнт має право на медичні послуги, які надаються: з належною ретельністю, суб'єктами, що надають медичні послуги, в умовах, що відповідають професійним і санітарним вимогам, визначеним в окремих нормативних актах. І пацієнти, і законодавець очікують, що при наданні медичних послуг медичні працівники керуються принципами професійної етики, визначеними відповідними органами самоврядування медичної професії.

А це підводить нас до конкретних правил поведінки у сфері охорони здоров'я, з якими пацієнт безпосередньо стикається у закладі охорони здоров'я. І саме вони, найчастіше, через те, що є предметом його перегляду, стають спусковим гачком для майбутнього конфлікту. Ці правила можна розділити на дві основні групи. Перша - це правила, яких завжди повинні дотримуватися всі учасники системи охорони здоров'я і всі пацієнти, незалежно від того, як фінансуються надані медичні послуги. До них відносяться такі питання, як «необхідність наявності у медичних працівників відповідної кваліфікації, надання медичних послуг у належних професійних і санітарних умовах, обов'язок надавати медичні послуги відповідно до сучасних медичних знань і з належною ретельністю, виконання обов'язку інформувати пацієнта і отримувати згоду на лікування, обов'язок надавати негайну медичну допомогу пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані, необхідність поважати професійну таємницю, зберігати і надавати доступ до медичної документації, а також права

пацієнта на цілодобове лікування і можливість заперечувати проти думки або судження лікаря».

До другої групи належать принципи, які, крім зазначених вище, додатково застосовуються при наданні медичних послуг, що фінансуються за рахунок державних коштів на підставі договорів, укладених Національним фондом здоров'я з суб'єктами, що здійснюють лікувальну діяльність. Це необхідність наявності у пацієнта документа, що дає право на отримання конкретної послуги (наприклад, направлення, замовлення, рецепт), зобов'язання надавати пацієнтам тільки гарантовані послуги, дотримуватися черговості, що впливає з списків очікування на надання медичних послуг, інші детальні правила, що застосовуються до надання медичних послуг у конкретних сферах (наприклад, у первинній медико-санітарній допомозі, стаціонарному лікуванні або амбулаторній спеціалізованій медичній допомозі).

Перш ніж перейти до деталей і статистики, я хотів би обговорити лише деякі правила поведінки, які, на мою думку, найчастіше стають джерелом суперечок між пацієнтом і медичним працівником.

Безумовно, найширшою, але й найчутливішою сферою, яка турбує пацієнта, є дія відповідно до сучасних медичних знань. Іншими словами, це гарантія пацієнту застосування таких методів діагностичних та лікувальних процедур, які на момент надання медичних послуг пацієнту відповідають наявним на даний момент медичним знанням, під якими слід розуміти як мінімум актуальні, базові принципи, стандарти, прийняті в сучасній медицині, що містяться в доступній літературі та доводяться до відома студентів медичних ЗВО. Для того, щоб надати пацієнту медичні послуги, що відповідають сучасним медичним знанням, особа, яка надає послуги, повинна використовувати доступні їй методи та засоби, робити це з дотриманням професійної етики та з належною ретельністю.

Це означає, що особа, яка надає медичні послуги, повинна, по-перше, утримуватися від використання методів поведінки, які повсюдно відкидаються (у світлі наявних наукових досліджень є помилковими, неефективними,

небезпечними), по-друге, як правило, використовувати методи поведінки, які є загальноприйнятими (визнані медичними організаціями), і, по-третє, використовувати методи поведінки, які є оспорюваними, якщо в конкретному випадку не існує загальноприйнятих методів. Цей стандарт слід розуміти в тому сенсі, що під сумнівними методами слід розуміти ті, які, хоча і визнані відповідними медичними організаціями, але не є універсальними, оскільки певною мірою піддаються критиці. Тут також варто згадати про «належну практику», яка добре відома в літературі. «Належна практика» - це така практика, яка передбачає, що пацієнтові завжди повинні бути запропоновані методи лікування, які є можливими згідно з сучасними медичними знаннями, а лікар повинен вказати, який, на його думку, є найкращим способом лікування і чому в даному конкретному випадку.

Крім того, приписування значення належної обачності для проведення відповідно до сучасних медичних знань має на меті гарантувати пацієнтові безпечне та ефективне виконання медичних процедур, які відповідають сучасним медичним знанням. Перш за все, це будуть будь-які правила поведінки, які визначають технічну правильність виконання медичних дій. З іншого боку, цей належний рівень старанності визначається стандартом медичного працівника, тобто сумлінним виконанням своїх обов'язків. Тому, оцінюючи поведінку медичного працівника з точки зору прояву належної обачності, завжди необхідно відповісти на питання: як би на його місці діяла особа тієї ж медичної професії, яка б належним чином і сумлінно виконувала свої професійні обов'язки?

Звичайно, ми усвідомлюємо, що вищезгадані стандарти стосуються не лише лікарів. Медичні сестри та акушерки також є частиною медичної професії, і вони виконують свої професійні обов'язки з належною сумлінністю, відповідно до професійної етики, поважаючи права пацієнта, дбаючи про безпеку пацієнта, використовуючи показання сучасних медичних знань. Аналогічно це питання стосується і професії фізіотерапевта, а також лікаря-лаборанта або фельдшера, хоча остання група досі не має свого самоврядного представництва.

Другою, не менш чутливою для пацієнта сферою, є обов'язок інформування пацієнта про стан його здоров'я та медичні процедури (методи лікування), які до нього застосовуються. Цей обов'язок покладається на медичних працівників. Дотримання цього обов'язку важливе ще й тому, що тільки повна інформація про конкретні діагностичні або лікувальні методи є підставою для згоди пацієнта на застосування до нього будь-якого з них.

Інформація про стан здоров'я пацієнта повинна містити, серед іншого, характеристику поточного стану здоров'я пацієнта, діагноз, результати лікування та прогноз на майбутнє. Пацієнту повинна бути надана чітка інформація про його поточний психофізичний стан, діагностовані захворювання (хвороби). А також інформацію про ефективність застосованих до нього діагностичних і лікувальних процедур або прогноз щодо його здоров'я в майбутньому.

Інформація про застосовані медичні процедури повинна містити, зокрема, інформацію про запропоновані та можливі діагностичні та лікувальні методи, а також про передбачувані наслідки їх застосування або незастосування. Інформація про передбачувані наслідки застосування конкретного методу лікування повинна включати як дані про бажані ефекти конкретної медичної процедури, так і про можливі несприятливі наслідки (так звані побічні ефекти). Вона також повинна містити заяву про передбачувану ймовірність настання як бажаних, так і небажаних наслідків. Однак принцип, який утвердився в практиці лікарської, стоматологічної, сестринської та акушерської професій, полягає в тому, що немає обов'язку інформувати пацієнта про всі можливі несприятливі наслідки, включаючи ті, які є вкрай рідкісними або випадковими. Це означає, що у випадку можливості виникнення побічних ефектів (ускладнень) медичний працівник не зобов'язаний детально представляти всі можливі симптоми ускладнень та їх точний опис. Достатньо загальної констатації типу можливих побічних ефектів і вказівки на те, як вони можуть вплинути на нормальне функціонування організму.

Ще однією сферою уваги для пацієнта, пов'язаною з виконанням медичних процедур над ним, особливо тих, що безпосередньо реалізуються у формі

госпіталізації, є обов'язок отримати згоду пацієнта на лікування. Обов'язок отримання згоди пацієнта на застосування певної медичної процедури, як діагностичної, так і лікувальної, впливає з необхідності поваги до автономії пацієнта та його права на самовизначення. За загальним правилом, згода пацієнта завжди поширюється лише на ту медичну процедуру (діагностичний або лікувальний метод), про яку пацієнт був попередньо поінформований, і яка проводиться лише в тому обсязі та у спосіб, що впливає з наданої пацієнту інформації.

Згода або заперечення пацієнта (законного представника, фактичного опікуна), в принципі, може бути виражена в будь-якій формі- як у письмовій, так і в усній, а також через будь-яку поведінку, яка однозначно свідчить про бажання піддаватися або не піддаватися конкретній медичній процедурі (наприклад, кивок головою). Однак слід пам'ятати, що недотримання письмової форми не робить згоду недійсною.

Звичайно, тут слід також зазначити, що законом передбачено, що медична послуга може бути надана пацієнту без його згоди. Однак у таких ситуаціях повинні бути підстави, що пацієнт потребує негайного медичного втручання і за станом здоров'я або віком не може дати згоду, а зв'язок з його законним представником або фактичним опікуном неможливий. У будь-якому випадку така ситуація має бути зафіксована в медичній картці пацієнта.

Відносно поширеною підставою для суперечок між пацієнтом і медичним працівником є обов'язок медичного працівника зберігати та надавати медичну документацію пацієнта.

Зобов'язання вести медичну документацію має на меті, з одного боку, забезпечити доступ пацієнта до інформації про стан його здоров'я та застосовані до нього медичні процедури, а з іншого боку, фіксуючи історію надання медичних послуг, дозволяє медичним працівникам контролювати процес лікування або реконструювати будь-яку інформацію про стан здоров'я пацієнта.

Обов'язок вести медичну документацію поширюється на будь-яке надання медичних послуг. Так, медичні працівники зобов'язані вести медичну

документацію при наданні медичних послуг у визначеному місці (наприклад, у лікарні, поліклініці) або вдома у пацієнта (під час так званих домашніх візитів), а також при наданні медичної допомоги найближчим членам сім'ї або навіть самим собі.

Окремим питанням, пов'язаним з цим, є доступ до медичної документації. І це, мабуть, за статистикою, найчастіше згадувана причина спору між пацієнтом і медичним закладом. Згідно з чинним законодавством у цій сфері, правом доступу до медичної документації наділений насамперед сам пацієнт, його законний представник та особа, уповноважена пацієнтом (або законним представником).

З іншого боку, після смерті пацієнта доступ до медичної документації має законний представник або особа, уповноважена пацієнтом за життя, або особа, яка була законним представником пацієнта на момент його смерті. Медична документація також надається родичу, якщо проти її надання не заперечує інший родич або сам пацієнт за життя.

Існує щонайменше кілька різних способів відстоювання пацієнтом своїх прав. Перш за все, на думку пацієнта, по відношенню до нього можуть не дотримуватися загальноприйняті правила надання медичних послуг, незалежно від способу їх фінансування, наприклад, неналежним чином виконується обов'язок інформування, процедура отримання згоди або порушується професійна таємниця. У таких ситуаціях пацієнт може і звертається в першу чергу до безпосереднього керівника медичного працівника, особливо якщо скарга стосується неправомірних дій медичного працівника. Це пов'язано з тим, що безпосередній керівник може швидко відреагувати на можливі неправомірні дії підлеглих. Однак слід мати на увазі, що це не стосується тих ситуацій, коли медичний працівник не має керівника, як, наприклад, в індивідуальній практиці лікаря, медичної сестри або фізіотерапевта. Якщо скарга безпосередньому керівнику не має очікуваного результату або її взагалі неможливо подати, пацієнт може звернутися зі скаргою про порушення прав пацієнта до Омбудсмана з прав пацієнта. Цей орган знаходиться у Варшаві і його завданням

є захист прав пацієнтів у всіх ситуаціях, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Процедура звернення до Омбудсмена з прав пацієнтів є заявочною, тобто для того, щоб розпочати процедуру, необхідно подати скаргу до Омбудсмена, яка повинна містити ім'я заявника, тобто ім'я та прізвище, контактні дані особи, яка просить про втручання, ідентифікацію відповідного пацієнта, оскільки скаргу від імені пацієнта може подати також третя особа. Скарга також повинна містити короткий опис справи, тобто, де права пацієнта нібито були порушені, точний характер порушення прав пацієнта і конкретні особи, які, як стверджується, діяли неналежним чином. Звернення до Уповноваженого з прав пацієнтів є безкоштовним.

Пацієнт також має можливість вимагати притягнення до цивільної, кримінальної або професійної відповідальності осіб, винних у порушенні його прав. І, як показує статистика таких проваджень, судова система з кожним роком розглядає їх все частіше і частіше. У таких ситуаціях пацієнт має право надіслати запит про порушення провадження щодо професійної відповідальності компетентному омбудсмену з питань професійної відповідальності - якщо порушення прав пацієнта вчинив медичний працівник (лікар, медсестра-акушерка, фізіотерапевт). Цей запит адресується органам професійної відповідальності асоціації лікарів, медсестер або фізіотерапевтів і є безкоштовним. Крім того, пацієнт не несе жодних витрат у зв'язку з будь-яким розглядом справи. Надзвичайно важливим питанням було б впровадження моделі швидкої та адекватної компенсації пацієнту за втрачене здоров'я, але пам'ятаймо, що на самій вершині цієї піраміди потреб та очікувань стоїть підвищення рівня етики персоналу, який надає медичні послуги, зокрема в системі гарантованих виплат, що фінансуються за рахунок державних коштів. Сучасні пацієнти, незважаючи на постійне ускладнення законодавчої бази, що регулює цю сферу, все більше усвідомлюють свої права під час надання медичних послуг. Як наслідок, вони очікують від медичного персоналу не лише професійного надання цих послуг відповідно до принципів сучасних медичних знань, але й поваги до інших прав, на які пацієнт має рівне право.

ВИСНОВКИ

Наслідком розвитку цивілізації є зростаюча потреба в стандартизації суспільних відносин, які дедалі більше ускладнюються, а стандартизація в усіх сферах економіки стала синонімом рівня її розвитку. Паралельно з правовими нормами існують системи етичних і моральних норм, які беруть свій початок у природному праві, що дозволяє розрізняти добро і зло. Ці системи доповнюють і деталізують норми права. Вони часто є юридично обов'язковими, коли норми права передбачають обов'язок їх дотримання. Особливо це стосується принципів деонтології - етичних принципів певної професії, на підставі яких представники такої професії несуть відповідальність, що має суто юридичні наслідки. З огляду на стан розвитку прав людини та новий вимір демократії у 21 столітті, етичні принципи в медицині за своїм змістом відповідають гарантіям захисту прав людини, в тому числі пацієнта, що містяться в актах міжнародного, європейського та конституційного права. Новим напрямком у філософії права останніх років є індивідуалізм. Це доктрина, яка відводить людині вищу позицію по відношенню до суспільства, оскільки, згідно з цією доктриною, саме суспільство служить людині для її самореалізації. Право на захист гідності, життя і здоров'я є основою всіх демократичних держав, а сучасна демократія переважно спрямована на захист прав особистості. Ця тенденція у сфері захисту здоров'я відображена в положеннях Європейської конвенції про захист прав і гідності людини в контексті застосування біології та медицини, коротше - Конвенції про біоетику (стаття 2), в якій одним з перших фундаментальних принципів є примат особистості над загальним благом або наукою. Хоча цей примат не є абсолютним, важливо зазначити, що якщо благо науки переважає, це також несе вигоди для конкретних осіб, які користуються її досягненнями. Всі сучасні розробки в галузі захисту прав людини стверджують людину, її благополуччя і щастя як найвищу цінність. Це відображено як у найвищому акті національного законодавства - Конституції України, так і в етичних нормах. Акцент на захисті прав особистості відображений в етичних нормах, які

обговорюються в роботі, не тільки по відношенню до пацієнтів, але й до лікарів та їхніх сімей. З огляду на особливу роль, яку сьогодні відіграє медицина в забезпеченні благополуччя людини, Кодекс медичної етики набуває все більшого значення і в цьому відношенні.

Часто буває так, що застосування різних етичних систем і вирішення одних і тих же моральних дилем з їх допомогою призводить до однакових результатів. Відмінності виникають лише в екстремальних ситуаціях, наприклад, у більшості випадків наслідування особистої моделі милосердного самарянина і співчутливого медика призведе до подібних дій, тоді як у випадку з проблемою евтаназії виникнуть відмінності. В одному випадку вона буде допустимою, а в іншому - неприпустимою.

Деякі з цих антиномій і труднощів є штучними і являють собою випадок того, що називається мисленнєвою сутністю. Це поняття, взате з онтології, означає, що щось є теоретично можливим, але неможливим на практиці, іншими словами, воно не може існувати в реальності. Оцінка того, чи є приклад можливим або неможливим, повинна бути залишена фахівцям у відповідній науковій дисципліні. Прикладом може бути розгляд питання про те, чи може психічно здорова людина вчинити самогубство. На практиці остаточно виключити психічні розлади в таких випадках неможливо. Обстеження осіб, які одужали після спроб самогубства або до яких звернулися з цим наміром, завжди вказує на наявність у них різних психічних розладів (розлади настрою, розлади особистості, розлади мислення - наприклад, марення, або сприйняття - наприклад, галюцинації). Історія хвороби свідчить про те, що ці суїциденти мали психічні розлади на момент спроби самогубства.