

УДК 23.04.81

Я.Ф. Радиш

доктор наук з державного управління, професор

М.О. Кірова

аспірант

Національна академія державного управління при Президентові України

О.В. Поживілова

кандидат педагогічних наук
ДАК Мінмолодьспорту України

О.Я. Сорока

Івано-Франківський національний медичний університет

КАТЕГОРІЙНО-ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті розкрито категорійно-понятійний апарат державного регулювання трансформаційних процесів у галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: державне регулювання, охорона здоров'я, трансформаційні процеси.

I. Вступ

Обґрунтування й формування дефініції того чи іншого поняття, явища або процесу – одна з найскладніших процедур наукового дослідження. Поширена навіть думка про те, що правильне тлумачення наукових понять вирішує майже половину наукового завдання [12].

Відомо, що першим серед тих, хто спеціально досліджував прийоми, підходи й закони правильного мислення, докази, утворення понять та виведення з них нових суджень, отримуючи при цьому нові знання, історики називають учня Платона – видатного давньогрецького філософа і вченого-енциклопедиста Арістотеля (384–322 рр. до н. е.). Його думка про те, що шлях до сутності явища лежить через його визначення, відома й поділяється вченими всього світу [20].

II. Постановка завдання

Мета статті – розкрити категорійно-понятійний апарат державного регулювання трансформаційних процесів у галузі охорони здоров'я.

III. Результати

Перед тим, як перейти до розкриття змісту основних термінів, які становлять категорійно-понятійний апарат державного регулювання трансформаційних процесів у галузі охорони здоров'я, використовуючи основи металогіки, уточнимо дефініцію поняття “*державне регулювання медичної діяльності*”.

Виходячи із системного аналізу літературних джерел та враховуючи на той факт, що, *по-перше*, державне управління – це організуюча діяльність органів виконавчої влади, яка полягає в організації виконання законів та інших

нормативно-правових актів чинного законодавства, здійснення розпорядження ресурсами загальнодержавної власності з метою комплексного соціально-економічного розвитку, а також забезпечення реалізації державної політики у відповідних сферах життя; *по-друге*, регулювання – це функція управління, що спрямована на підтримку внутрішньої стабільності, усунення відхилень у тих процесах, які визначають саме існування системи, її цілісність і будову [17, с. 47]; *по-третє*, скориставшись підходом М.А. Ажажа до розуміння дефініції “державне регулювання інвестицій у людський капітал” [2, с. 4], викладемо тлумачення терміна “державне регулювання медичної діяльності”.

Під *державним регулюванням медичної діяльності*,¹ на нашу думку, слід розуміти систематичний організуючий вплив з боку держави, що спрямований на забезпечення й захист права на охорону здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства, який полягає у створенні необхідної нормативно-правової бази, формуванні та ефективному використанні кадрових, фінансово-економічних і матеріальних ресурсів у єдиному медичному просторі держави.

Системний аналіз понятійного апарату проблеми державного регулювання трансформаційних процесів у галузі охорони здоров'я, бесіди, анкетування державних службовців-медиків, слухачів Національної академії державного управління при Президентові України (НАДУ) переконливо свідчить, що потребують уточнення й розкриття сутності такі категорії: *реформа, державне регулювання медичної діяльності, міжнародне*

¹ **Медична діяльність** – це сукупність різної складності суспільних відносин, які, за умови урегульованості нормами права, мають характер правових відносин [16, с. 11].

право, принципи міжнародного права, міжнародне гуманітарне право, суспільні відносини в галузі охорони здоров'я, державне регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я, єдиний медичний простір України, медична політика, фінансові ресурси, фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я, державна політика України в галузі охорони здоров'я.

Зважаючи на те, що підходи до реформи, а також кількість і набір заходів, що включені в пакет "реформа", значно відрізняються в різних країнах, аналітики, які намагаються дати їм оцінку, мають чітко окреслити прийняте ними визначення та розрізнити складові цього поняття.

Автори монографії [13] визначають реформу системи охорони здоров'я як процес, який включає послідовні й глибокі інституційні та структурні зміни, що здійснюються урядами й завданням яких є досягнення ряду поставлених політичних цілей, тобто:

- а) структурні зміни замість поетапних або еволюційних;
- б) зміна цілей політики в галузі охорони здоров'я з наступними інституційними змінами, а не лише постановки нових завдань;
- в) цілеспрямовані, а не випадкові зміни;
- г) послідовні й довготривалі, а не одноментні зміни;
- д) політичний процес згори донизу під керівництвом національних, регіональних і місцевих органів державної влади. За змістом це поняття включає:

- різноманітність заходів, що вживаються;
- визначення специфічних характеристик систем охорони здоров'я в різних країнах.

На думку авторів [13], заслуговують на увагу три різні стратегії реформи системи охорони здоров'я як завдання для управлінців, що працюють у цій галузі та приймають політичні рішення з питань інвестування підтримки й збереження здоров'я громадян [13]:

- зосередження уваги на системі забезпечення індивідуальної медичної допомоги;

- покращення здоров'я населення на основі вдосконалення балансу між інвестиціями в сектор забезпечення індивідуальних медичних послуг і в сектор, спрямований на підтримку здоров'я та формування здорового способу життя;
- раціональне інвестування галузі для покращення здоров'я населення вимагає співпраці різних рівнів державної влади та партнерства приватного й державного секторів для проведення державної політики, спрямованої на підтримку здоров'я та формування здорового способу життя.

На думку зарубіжних дослідників, з метою успішного реформування галузі охорони здоров'я сам процес реформ доцільно розглядати як низку стратегічно важливих питань, а також оцінювати стратегічно важливі альтернативи, що пов'язані з проведенням T.W.O.S. аналізу (див. рис.) [13].

При цьому слід врахувати можливі варіанти взаємодії чинників, де T – *threats* (від англ. – загрози), W – *weaknesses* (слабкі сторони), O – *opportunities* (можливості), S – *strength* (сильні сторони): OS (++) – максимум можливостей, максимум сильних сторін; OW (+ -) – максимум можливостей, мінімум слабких сторін; TW (- -) – мінімум загроз, мінімум слабких сторін; TS (- +) – мінімум загроз, максимум сильних сторін.

У сучасних умовах інтеграції України в європейське та світове співтовариство одним з основних засобів вирішення багатьох проблем є *міжнародне право*. Сучасне міжнародне право являє собою систему міжнародно-правових принципів і норм, які регулюють відносини між державами в різних галузях (економічній, політичній, культурній, військовій та інших), дотримання яких забезпечується добровільно, а за необхідності – індивідуальним чи колективним примусом. Основним джерелами міжнародного права є: міжнародний договір, міжнародний звичай, акти міжнародних конференцій, резолюції міжнародних організацій, рішення міжнародних судових органів, принципи міжнародного публічного права.

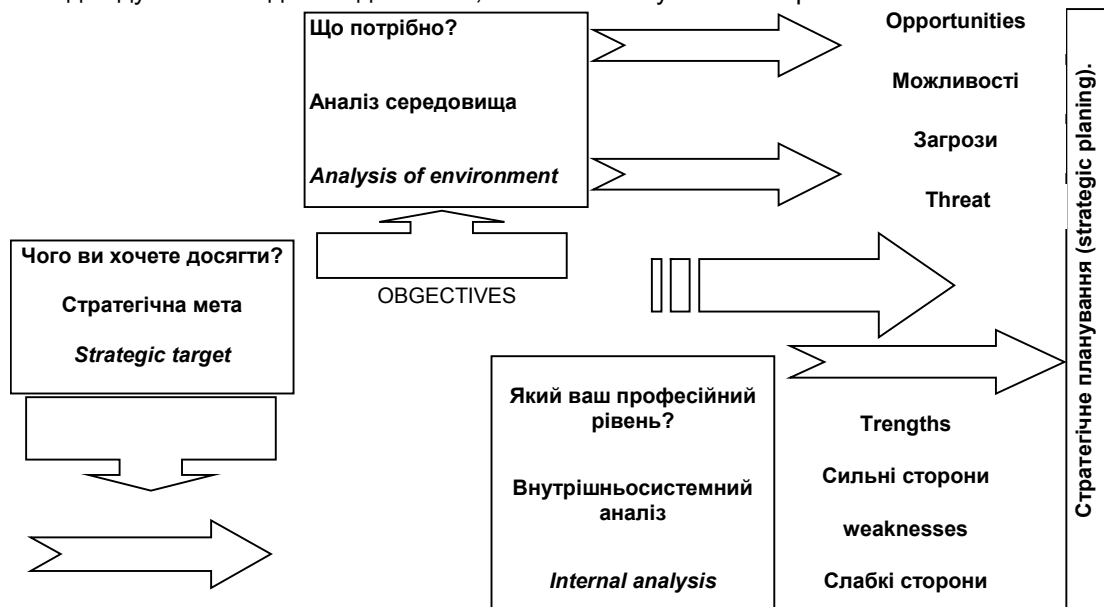


Рис. 1. T.W.O.S.-аналіз у стратегічному плануванні (strategic planning)

Принципи міжнародного права – основа співробітництва суб'єктів міжнародного права. Головні принципи сучасного міжнародного права – це основоположні імперативні універсальні норми міжнародного права, які відображають закономірності розвитку міжнародних відносин і забезпечують головні інтереси людства, усіх суб'єктів міжнародного права, є обов'язковими для всіх суб'єктів і захищаються засобами міжнародного примусу. Особливостями основних принципів міжнародного права є: загальнообов'язковий характер, пріоритетне положення, зворотна дія, формальна визначеність, вагомості значущість і комплексність дії.

Міжнародне гуманітарне право (МГП) – цілісна система внутрішньо взаємопов'язаних міжнародно-правових норм і принципів (договірних та звичаєво-правових), які спрямовані на захист жертв збройних конфліктів і встановлюють заборону або обмеження методів та засобів ведення цих конфліктів, а також відповідальність за порушення зазначених норм і принципів.

У контексті цього дослідження на особливу увагу й аналіз заслуговують словосполучення “*суспільні відносини*” та “*суспільні відносини в галузі охорони здоров'я*”.

На нашу думку, суспільними є відносини, які виникають між людьми й регулюються нормами права та іншими суспільними нормами. А суспільні норми – це норми, які визначають поведінку людини в суспільстві і, відповідно, її ставлення до інших людей. Такими нормами є моральні норми, звичаї, релігійні норми, корпоративні норми тощо.

Суспільні відносини в охороні здоров'я – відносини, які виникають між суб'єктами медичних правовідносин і регулюються нормами права та іншими суспільними нормами.

Ґрунтуючись на викладеному вище, робимо висновок, що *суспільні відносини в галузі охорони здоров'я* – це врегульована нормами права та суспільної моралі взаємодія між лікувально-профілактичними закладами різних форм власності, медичними працівниками та населенням з приводу особистих немайнових благ людини – життя й здоров'я. При цьому ми повністю поділяємо думку С.Г. Стеценка про те, що відносини медичного працівника та хворого (пацієнта) є різновидом правових відносин, за яких обидва є носіями суб'єктивних прав і юридичних обов'язків.

Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я – це систематичний організуючий вплив з боку держави, що спрямований на забезпечення медичної діяльності з метою реалізації державної політики України у галузі охорони здоров'я.

Єдиний медичний простір України – це система загальнонаціональної мережі лікувально-профілактичних закладів України різних форм власності, місією якої є реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я [12].

Важливе місце в системі державного регулювання медичної діяльності належить з'ясуванню питання: а що є критерієм правильності чи не правильності дій лікаря?

На сьогодні одним із таких критеріїв є стандартні моделі (протоколи) лікування окремих нозологій, що затверджені наказами МОЗ України.

Протокол ведення хворого – це нормативний документ системи стандартизації в охороні здоров'я, що забезпечує вимоги до надання медичної допомоги хворому при певних захворюваннях, з певним синдромом або при певній клінічній ситуації.

Як відомо, існують певні обмеження в стандартизації лікувально-діагностичного процесу. По-перше, стандарти (протоколи) лікування хворих людей встановлені щодо незначної кількості захворювань. По-друге, чинні стандарти постійно зазнають критики з боку різних наукових шкіл, що практикують інші лікувально-діагностичні підходи. По-третє, ще не вирішено питання про те, як трактувати дії лікаря, виконані в повній відповідності зі стандартом, але які призвели до негативних наслідків для хворого. Нарешті, слід врахувати, що можуть бути патологічні стани (дуже рідкі та комбіновані захворювання, атипичний перебіг хвороби, нестандартні реакції організму), для яких розробка стандартних моделей лікування неможлива в принципі.

Крім того, як переконливо свідчить і власний досвід, стандартизацію лікування не можна вважати абсолютно досконалою і в юридичному аспекті. Реєстрація відхилень у діях лікаря від стандартної моделі може бути лише констатацією порушень технологій лікувального процесу, які можуть мати різні наслідки – від найнегативніших та абсолютно позитивних. Водночас навіть при дотриманні стандарту лікувально-діагностичних заходів питання якості медичної допомоги, наявності недоліків медичної послуги та відповідальності медичного персоналу залишаються відкритими.

Ґрунтуючись на особливостях лікарської діяльності, необхідно підкреслити, що будь-який стандарт, яким би якісним він не був, не може гарантовано та беззастережно точно рекомендувати лікарю, як вчинити в тій чи іншій ситуації. Лікар, виходячи з фактичних проявів хвороби, особливостей хворого, а також свого досвіду, повинен приймати самостійне рішення. Суворі стандарти лікувально-діагностичних заходів можливі лише щодо незначної кількості ургентних патологій, оскільки затримки в прийнятті рішень у цих випадках самі собою можуть бути згубними для хворого.

Відомий російський дослідник у галузі медичного права професор Ю.Д. Сергєєв вважає, що вживання терміна “лікарська помилка” в експертній оцінці та практиці недоцільне й невиправдане. Але вказаний автор все-таки пропонує викласти досліджуване поняття в такій

редакції: *лікарська помилка* – це невинне спричинення шкоди здоров'ю або життю особи у зв'язку з проведенням діагностичних, лікувальних, профілактичних заходів особою (особами), покликаними надавати таку допомогу відповідно до закону, угоди, спеціального правила або практики, що склалася [14].

Інший сучасний російський дослідник – професор А.П. Зільбер – автор відомого багатотомного видання “Етюди критичної медицини”, серед серії книг якого за глибиною наукового аналізу слід виділити монографію “Етика і закон у медицині критичних станів”, стверджує, що, враховуючи рівень правосвідомості суспільства та поки що не дуже високу правову культуру медичних працівників, не слід відмовлятися від поняття “лікарська помилка” як альтернативи кримінального дійства. При цьому, на переконання вищезитованого автора, під *лікарською помилкою* слід розуміти щирий заблуд лікаря без елементів халатності, необережності та злочинного професійного невігластва [14].

На думку ще одного російського дослідника В.І. Акіпова, *лікарські помилки* – це прорахунки лікарів, які реально погіршили стан пацієнта – або через неправильні дії, або через відсутність таких дій. Але лікарську помилку не варто кваліфікувати як показник неспроможності лікаря. Більшість лікарських помилок, що відображені в офіційній статистиці, є наслідком підвищеної відповідальності та зацікавленості лікаря: яка помилка – такий і лікар [3]. А вже, як стверджував колишній міністр охорони здоров'я СРСР академік Є.І. Чазов, медицина – це така наука й така професія, в якій, на відміну від інших, не можна сліпо працювати за інструкціями. У техніці простіше – там розробляються технологічні схеми, регламенти, й інженер, точно використовуючи розробки, працюючи за чіткою схемою, отримує відмінні результати. У медицині це неможливо, оскільки основним її принципом є такий: немає хвороби, є хвора людина. А розробити точну схему лікування однієї хвороби в сотнях, тисячах варіантів просто неможливо. Викладене вище пояснюється тим, що, за словами видатного російського психіатра В.П. Сербського (1858–1917), лікар стикається у своїй практиці не з хворобами, а з хворими, кожний із яких хворіє по-своєму. Слід пам'ятати й про те, що медична професія та совість медичного працівника – невіддільні. Лікар просто не має морального права бути поганим. Відомий український фізіолог, організатор Харківського жіночого медичного інституту (1910 р.) академік В.Я. Данилевський (1852–1939) із цього приводу говорив так: “Якщо художник пише погані картини, їх не куплять, погану книгу просто не будуть читати, а ось від помилок лікаря залежить здоров'я і життя його пацієнтів”.

Укладач практичного посібника “Медичне право” О.В. Тихомиров, аналізуючи напрацю-

вання російських юристів І.Г. Вермеля та Ф.Ю. Бердичівського, стверджує, що численні спроби медиків дати визначення лікарської помилки безуспішні. А вже поняття “відсутність проступку” – несамостійне, оскільки існує лише тому, що є поняття “проступок”. Саме тому, на думку О.В. Тихомирова, для того, щоб виокремити “лікарську помилку”, яка не тягне за собою кримінальної відповідальності, від такої, що може стати її причиною, необхідно, передусім, визначити основи кримінально-правової відповідальності медичного персоналу. Ґрунтуючись на дослідженнях І.Г. Вермеля, О.В. Тихомиров називає три умови, за наявності яких повинна наставати кримінальна відповідальність медичних працівників за неналежне лікування [18]:

- дії цього медичного працівника, що розглядаються в конкретному випадку, були об'єктивно неправильними та суперечили загальноновизнаним і загальноприйнятим правилам медицини;
- медичний працівник завдяки здобутій ним освіті та займаній посаді повинен був усвідомлювати, що дії його є неправильними і можуть завдати шкоду хворому;
- ці об'єктивно неправильні дії сприяли (прямо чи опосередковано) настанню несприятливих наслідків – смерті хворого або суттєвої шкоди його здоров'ю.

На думку О.В. Тихомирова, відповідальність на основі закону за спричинення шкоди життю або здоров'ю, що стала наслідком “лікарської помилки” – через неналежне виконання професійних обов'язків при необхідності усунення загрози життєвим інтересам особи або у випадку ненадання допомоги хворому на підставі наявної загрози цим інтересам, настає незалежно від того, добросовісним чи недобросовісним був заблуд медичного працівника [18].

Авторка навчального посібника для ВНЗ “Медичне право” М.Ю. Федорова, посилаючись на М.Р. Рокицького, наводить таке визначення поняття *лікарська помилка*: це – добросовісний заблуд лікаря, який став причиною певної шкоди здоров'ю хворого. Слід розглядати два аспекти поняття, що аналізується. По-перше, мова йде тільки про добросовісні заблуди лікаря, а не про халатність; дії, що скоєні в стані алкогольного сп'яніння або зловмисно, належать до лікарських проступків, які підлягають судовому розгляду. По-друге, лікарська помилка не обов'язково призводить до будь-яких ускладнень [19].

М.Ю. Федорова рекомендує класифікувати лікарські помилки за різними причинами. На її переконання, передусім слід розподіляти лікарські помилки залежно від того, в якій сфері або на якому етапі надання медичної допомоги вони були допущені. До вказаної групи належать такі лікарські помилки [19]:

- діагностичні помилки – помилки в розпізнаванні захворювань та їх ускладнень, недо-

гляд чи помилковий діагноз захворювання або ускладнення. Ця група помилок найчисленніша;

- лікувально-тактичні помилки, які, як правило, є наслідком діагностичних помилок, хоча така залежність не є абсолютною;
- технічні помилки (прорахунки під час проведення діагностичних та лікувальних маніпуляцій, процедур, методик, операцій);
- організаційні помилки – недоліки в організації тих чи інших видів медичної допомоги, відсутність належних умов функціонування тієї або іншої служби;
- деонтологічні помилки – це помилки в поведінці лікаря, його спілкуванні з хворими та їх родичами, середнім і молодшим медичним персоналом;
- помилки заповнення медичної документації (малозрозумілі, нечіткі записи операцій, неправильне ведення щоденника післяопераційного періоду, помилки при оформленні виписок при направленні хворого до іншого лікувально-профілактичного закладу).

Залежно від причини лікарські помилки можна поділити на такі, що стали результатом об'єктивних і суб'єктивних причин. Об'єктивні причини, на переконання М.Ю. Федорової, як правило, створюють фон, а реалізується помилка зазвичай у зв'язку із суб'єктивними причинами, що відкриває реальні можливості для скорочення лікарських помилок [19].

Відомий фахівець у галузі медичного права професор С.Г. Стеценко вважає, а ми поділяємо його думку, що з позицій медичного права ситуація, у якій відбувається неоднозначне трактування категорії “лікарська помилка”, недопустима. Сказане, передусім, зумовлено необхідністю існування єдиного методологічного підходу та єдиних принципів правової оцінки помилок у галузі охорони здоров'я. На його переконання, *лікарська помилка* – це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, які характеризуються добросовісним заблудом за відсутності ознак зловмисного чи необережного проступку [15].

Дуже слушною, на наш погляд, є думка С.Г. Стеценка про те, що на сьогодні є всі підстави говорити про доцільність використання поняття “медична помилка”, оскільки професійні помилки нерідко зустрічаються в практичній роботі й середнього медичного персоналу.

Цікавим, на думку авторів, є новий погляд і методологічний медико-юридичний підхід до трактування поняття “медична помилка” та юридичної оцінки правових наслідків останньої при оцінюванні якості лікувально-профілактичних заходів російських учених І.В. Тимофєєва та О.В. Леонтьєва. Ґрунтуючись на гуманістичних принципах: “лікування не повинно бути важчим, ніж захворювання”, з одного боку, та “без вини немає підсудного” – з іншого, вказані

вище науковці стверджують, що поняття “медична помилка” за юридичним змістом близька до поняття “дефект у проведенні лікувально-профілактичних заходів”. А при вирішенні правових питань, на їх думку, використання терміна “медична помилка” є необхідним у зв'язку з тим, що останній вживається в основних юридичних документах у сутнісному значенні “професійна помилка”. З метою стандартизації змісту зазначених вище понять вони пропонують використовувати такі дефініції:

- *медична помилка* – погіршність при виконанні медичних дій. Залежно від ступеня суспільної небезпеки, наявності необережної форми вини медичного працівника та шкоди, що заподіяна здоров'ю пацієнта, медична помилка виключає або призводить до виникнення різних видів юридичної відповідальності;
- *дефект* – помилкова дія (бездіяльність) медичного персоналу, що виразилася в неправильному наданні (ненаданні) допомоги, діагностиці захворювань і лікуванні хворих (потерпілих).

З огляду на те, що при розгляді медико-організаційних та правових засад медичної помилки завжди доводиться оперувати словосполученням “шкода здоров'ю”, наведемо нижче дефініцію й цього поняття, скориставшись при цьому розумінням В.І. Акоповим змісту понять “шкода” та “шкода здоров'ю” [3]:

- *шкода* – збитки, зменшення або знищення особистого майнового блага, у тому числі життя людини, нанесення їй тілесного пошкодження;
- *шкода здоров'ю* – тілесне пошкодження, захворювання або патологічний стан, що виникли під впливом різних факторів зовнішнього середовища: фізичних, хімічних, рідше біологічних чи психічних.

За даними низки досліджень, майже половина справ щодо позовів до суду через помилки лікарів зумовлена помилками при встановленні причини болювого синдрому в грудній клітці, а головна претензія за ними – неправильна діагностика інфаркту міокарда. При аналізі подібних випадків з'ясовано, що в понад 30% з них діагноз “стенокардія” був відомий і чітко зафіксований в амбулаторній картці хворого. Однак лікарі або були неуважні при ознайомленні з нею, або ж не виявили належної наполегливості для того, щоб отримати вказану картку для ознайомлення.

Виходячи з викладеного вище, розглянемо практичне значення виявлення лікарських помилок і дефектів медичної допомоги з точки зору права і професійної медичної діяльності. Перш за все, необхідно наголосити на тому, що найбільшу роль ці поняття відіграють при дослідженні випадків спричинення шкоди пацієнтові в процесі надання медичної допомоги. Так, якщо спричинена шкода є наслідком діяльності лікаря й наявність його вини встановлена, то

дії (бездіяльність) лікаря передбачають ту чи іншу відповідальність (в основному цивільно-правову або кримінальну). У випадку, коли виникає завдання встановлення вини лікаря, то перед судом постає питання: чи була невинна дія (лікарська помилка), чи неякісне надання медичної допомоги з вини лікаря (дефект надання медичної допомоги).

При невинному спричиненні шкоди (казусі) дія (бездіяльність) лікаря не передбачає кримінальної відповідальності. Цей випадок може бути розглянутим під час клініко-анатомічної конференції з метою підвищення теоретичних знань лікарського персоналу лікувально-профілактичних закладів.

Якщо негативний розвиток патологічного процесу не пов'язаний з діями медичного персоналу, а є наслідком важкого стану хворого чи об'єктивних особливостей перебігу хвороби, немає сенсу говорити про спричинення шкоди взагалі.

Відмінністю невинного спричинення шкоди від погіршення стану здоров'я або смерті з об'єктивних причин є наявність причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного персоналу і станом хворого.

Необхідно підкреслити, що у випадку спричинення шкоди пацієнтові дії лікаря в обов'язковому порядку підлягають оцінюванню колеґ-спеціалістів (експертів, судово-медичних експертів, патологоанатомів). Адже тільки спеціалісти на основі ретельного аналізу ситуації й зваженої колеґіальної думки можуть зробити висновок про те, чи була лікарська помилка, чи причина нанесення шкоди пацієнтові прихована в іншій дії (дефект медичної допомоги, вина хворого, важкість його стану чи форс-мажор).

На основі викладеного вище можна сформулювати основні ознаки лікарської помилки:

1. Може бути допущена лікарем (лікарським персоналом, який має вищу медичну освіту) у процесі надання медичної допомоги пацієнтові.

2. Може бути виявлена в результаті дії (бездіяльності) лікаря. Неправильне трактування теоретичних питань у медицині розцінюється як заблуд лікаря.

3. Реально виявляється у випадку спричинення шкоди пацієнтові. Помилкові дії лікаря, які не мають негативних наслідків, можна розцінювати як порушення методики лікування. Водночас правильність методик лікування визначається на основі думки більшості або впливу тієї чи іншої медичної школи.

4. Є наслідком недостатнього розвитку клінічного мислення молодого лікаря, нетипового перебігу хвороби, нетипової реакції організму та інших важко прогнозованих умов. Лікарською помилкою не можна назвати дії лікаря у випадку його недостатніх знань і практичних навичок, якщо він зобов'язаний був їх мати відповідно до своєї кваліфікації.

5. Діагностичною лікарською помилкою слід вважати випадки, коли лікар добросовісно в

повному обсязі проводить обстеження хворого, однак ставить неправильний діагноз унаслідок атипичного перебігу хвороби.

6. Лікувальною терапевтичною лікарською помилкою слід вважати випадки, коли лікар здійснював адекватне лікування захворювання, діагностованого, у свою чергу, з лікарською помилкою.

7. Лікувальною хірургічною лікарською помилкою слід вважати випадки, коли в процесі операції лікар приймає рішення щодо проведення хірургічної маніпуляції за наявності не-обхідних показань, однак наштовхується на непередбачену реакцію тканин, профузну кровотечу або розсікає артерію при її нетиповому розміщенні.

Автори повністю поділяють думку відомого фахівця в галузі медичного права професора С.Г. Стеценка [15] про те, що особливості медичної діяльності зумовлюють труднощі медико-юридичного оцінювання несприятливих результатів лікування у справах про притягнення до відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення. З метою встановлення правильності надання медичної допомоги у випадках притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення обов'язково призначається проведення комісійної судово-медичної експертизи.

Результатом експертного дослідження з приводу дефекту надання медичної допомоги є висновок. Найбільш важливою й відповідальною частиною експертного висновку¹ щодо оцінки дефектів надання медичної допомоги є підсумки. Тут повинні міститися мотивовані відповіді на питання, поставлені уповноваженим органом. Очевидно, що ключовим має бути питання про правильність дій медичного працівника. Чітка й зрозуміла правова кваліфікація дефектів надання медичної допомоги, визначення прав і обов'язків усіх сторін розгляду несприятливих результатів медичних втручань дадуть змогу таким правовим нормам виконувати й запобіжну роль у справі дефектної роботи лікарів [15, с. 463–464].

Дослідження ціннісно-змістових аспектів медичного права дають авторам підстави стверджувати, що активне використання впродовж останніх років нових технологій починає вмішуватись в основні структури природи людини та її соціальних відносин, впливати на історично вибудовані системи репродукції, харчування, сімейно-шлюбних та інших соціаль-

¹ Кожен експертний висновок щодо оцінки дефектів надання медичної допомоги містить такі розділи: вступна частина, яка включає титульний аркуш і питання, поставлені на вирішення експертизи; протокольна частина, яка включає в себе обставини справи, необхідні відомості з матеріалів справи і попередньої медичної документації, дані попередніх експертиз, а також (за наявності) дані розтину ексгумованого трупа, лабораторних досліджень речових доказів, стаціонарних (амбулаторних) обстежень потепілого тощо; підсумки [15, с. 462–463].

них відносин. Бездумний розвиток і поширення нових біологічних та біомедичних технологій, пошук шляхів до їх ще ширшого використання (генна інженерія, штучне запліднення, “сурогатне” материнство, евтаназія тощо) створюють реальну загрозу для подальшого існування Людини. Однак парадоксальність ситуації, на переконання професора В.Л. Кулініченка, полягає в тому, що попри всю глибину усвідомлення людством небезпеки безконтрольного прогресу у сфері новітніх технологій (особливо за останні 20–30 років) люди не можуть і, що найгірше, не бажають поступитися жодним технічним досягненням чи ідеєю, жодною новинкою споживання [8, с. 4].

Ґрунтуючись на викладеному вище, автор робить висновок про те, що надзвичайно актуальним на сьогодні є осмислення феномену ціннісно-змістових основ медичного права, що зумовлено як практичними проблемами трансформації посттоталітарного суспільства, так і теоретичними та практичними проблемами, що пов’язані зі світоглядно-методологічним забезпеченням діяльності системи охорони здоров’я України у сфері управління наданням усіх видів медичної допомоги.

Відомо, що ще І. Кант у “Лекціях з етики” (1780–1782 рр.) робив наголос на тому, що вищим серед обов’язків людини є глибока повага права інших людей. А сенс людського життя, на його думку, полягає в тому, щоб глибоко поважати право інших і як святиню цінувати його; бо в усьому світі немає нічого святішого, ніж право інших людей; воно недоторканне й непорушне. Кожна людина, на переконання І. Канта, повинна відстоювати своє право. Людина не повинна відмовлятися від своєї переваги “мати право”, вона зобов’язана так довго захищати його, як тільки може, адже, відмовляючись від свого права, вона відмовляється й від права називатися людиною [7, с. 306].

Саме тому, на думку авторів, надзвичайно важливою проблемою в системі професійної освіти фахівців галузі охорони здоров’я є чітке розуміння ними відмінностей та сфери застосування таких звичних, на перший погляд, понять, як “етика”, “мораль”, “деонтологія” та “біоетика”.

Автори переконані в тому, що ознайомлення, передусім, студентської молоді з тими моральними та етичними аспектами, якими наповнена робота лікаря, буде сприяти кращому розумінню майбутніми працівниками сфери охорони здоров’я медицини загалом та допоможе їм швидше розібратися в непростих проблемах медичних працівників зокрема.

Як відомо, термін *етика*, запроваджений Арістотелем, походить від грецького слова *ethos* (спосіб поводитися; звичай). Поданий у формі жіночого роду він включає значення “наука”. Отже, етика визначається як *наука про звичай та людську поведінку*, рефлексія якої критично розглядає людську поведінку з метою

визначити її цінність та автентичність, виокремити її позитивні характеристики, сприяючи її еволюції.

Прикметник “етичний” вживають також у повсякденній мові, оцінюючи поведінку або судження за критерієм етичне/неетичне.

Термін *мораль* є латинським еквівалентом слова “етика” й також містить значення терміна “наука”: латинська вокабула *mos* (у родовому відмінку *moris*) справді означає *звичай, звичка*. Відомо також, що нерідко *мораль* трактується як наука, яка розглядає судження про цінність. У певних випадках обидва терміни (*етика* та *мораль*) зазвичай вживаються як синоніми, і тоді говорять про “етичну/неетичну поведінку” та про “моральну/аморальну поведінку”, не вбачаючи відмінностей у значеннях цих двох слів [6].

Як підкреслюють автори підручника для медичних вищих навчальних закладів “Біоетика”, очевидно, що в полі зору етики перебуває людина, наділена раціональним мисленням та свободою. Вона не підпорядковується біологічним стимулам і не реагує на подразники навколишнього середовища так, як це роблять тварини, а здійснює свій вільний і відповідальний вибір. Духовно вільна, свідомо й відповідальна за себе людина зберігає спроможність реагувати як на біологічні умови свого існування (наприклад, материнський інстинкт), так і на умови середовища (наприклад, культура певного часу), хоча реакція на ці умови може бути різною [6].

З нормативною етикою професій споріднена професійна *деонтологія*, яку можна визначити як систематизований аналіз обов’язків, які покладаються на певні суспільні прошарки; обов’язків, що окреслені нормами кодифікованих актів і використовуються під наглядом представницьких органів. Тобто розглядається певна категорія осіб, які зайняті в тій або іншій професії й репрезентують один суспільний прошарок. Представницькі органи формулюють норми поведінки, виходячи з їхніх обов’язків щодо людей, котрі потребують їхньої опіки й догляду, та щодо колег [6].

Термін “деонтологія”¹ (від грецького *deon* – обов’язок, борг; род. відмінок *deontos* – належний та *logos* – вчення) вперше ввів англійський філософ, соціолог і юрист І. Бентам (1748–1832) в 30-х рр. XIX ст. для виокремлення теорії моралі в книзі “Деонтологія, або наука про мораль”.

Етика, як і деонтологія, розглядає цінності, норми поведінки, обов’язки, які слід поважати, але значно ширше, не обмежуючись, напри-

¹ **Деонтологія:** 1) розділ етики, який розглядає проблеми обов’язку та належного; 2) вчення про юридичні, професійні та моральні обов’язки, а також правила поведінки медичних працівників, головним чином відносно хворого [Советский энциклопедический словарь / гл. ред А.М. Прохоров. – 2-е изд. – М.: Сов. энциклопедия, 1983. – С. 375].

клад, професійним середовищем, що регулюється якимось одним кодексом. Етика цікавиться також внутрішньою поведінкою, цінностями, пережитими та умисними вчинками, завжди, проте, посилаючись на етичні норми. Етика має на меті раціонально обґрунтувати норми, принципи й цінності, попри те, що вони кодифіковані та загальноновизнані, іноді вона також прагне модифікувати норми, закріплені в законах або в кодексах, тоді як деонтологія посилається лише на письмові кодекси, прагнучи зберегти порядок і репутацію категорії.

Об'єктом деонтології є "норми професійної поведінки, притаманні працівникам системи охорони здоров'я". Кінцевою метою медичної деонтології є істотне поглиблення та вдосконалення норм і правил поведінки медичних працівників. Для цього використовують такі методи [6]:

- вивчення моральних норм та їх сучасного трактування в тісному зв'язку з висновками, якими постачає нас біоетика;
- узгодження деонтологічних норм у властивому значенні цього слова з вимогами сьогодення, з національними й міжнародними деонтологічними кодексами;
- дослідження юридичних норм деонтологічного характеру з точки зору права, що діє в кожній окремій країні, їх відповідності деонтологічним цінностям.

Медична деонтологія є частиною загальної деонтології, яку, за твердженням К. Пуччині (С. Руссіні), можна визначити як вивчення якоїсь конкретної сукупності обов'язків, що стоять перед певною суспільною або професійною категорією й мають на меті дисциплінувати поведінку людей, які належать до цієї категорії, поведінку, якої вони повинні дотримуватися у своїй професійній діяльності або діяльності іншого характеру, що пов'язана з інтересами певної групи осіб, об'єднаних у певну асоціацію. Медична деонтологія розглядає обов'язки працівників системи охорони здоров'я й диктує норми поведінки, внутрішньо притаманні саме діяльності в межах цієї професії: йдеться про відносини з хворими, колегами та суспільством. Тобто ми маємо справу з медичною сферою діяльності, яка вимагає відповідної технічної підготовки та дотримання норм поведінки, від яких не може ухилитися жоден фахівець [6, с. 221].

Укладачі підручника "Біоетика" В.М. Запорожан і М.Л. Аряєв предметом біоетики вважають сукупність етичних питань, що можуть ідентифікуватися в процесі медичної практики, під час виконання біомедичних досліджень і експериментів або в разі комбінації цих видів професійної діяльності. Під терміном "біоетика" вказані автори розуміють систематичний аналіз дій людини в біології й медицині у світлі моральних цінностей і принципів. Посилаючись на авторитет академіка Ю.І. Кундієва, вони визначають біоетику як органічне поєднання сучас-

них досягнень науки і медицини з духовністю. Становлення біоетики в 70-х рр. ХХ ст. стало природним розвитком медичної етики й відбулося на стику медицини, біології, філософії, соціології, психології, професіології, релігієзнавства, педагогіки, менеджменту, юриспруденції. Сам термін "біоетика" запропонував В.Р. Портер у статті "Біоетика, наука виживання" (1970) і в книзі "Біоетика – міст у майбутнє" (1971). Біоетика є підрозділом більш загальної науки – етики, а останню як розділ філософії можна визначити як "філософське вивчення моралі". Часто поряд з терміном "біоетика" вживають термін "біомедична етика". Хоча обидва ці терміни міцно ввійшли в сучасний словниковий запас і можуть використовуватися як взаємозамінні, між ними є деякі відмінності. Так, термін "біомедична етика" робить більший акцент на обговоренні проблем, пов'язаних з практичною медициною. У такому контексті термін "біоетика" включає більш широке коло спірних питань: соціальну медицину, біоправо, етику проведення біомедичних досліджень та експериментів тощо. Кінцева мета біоетики полягає в раціональному аналізі моральних проблем, пов'язаних із біомедициною, та їхнього зв'язку зі сферами права та наук про людину. Методи вивчення біоетики утворюються зі специфічної інтердисциплінарної методології, що ставить собі за мету сучасними способами глибоко дослідити природу біомедичних явищ, сформулювати етичні "рішення" та обґрунтувати раціональний порядок, який підтримує такі рішення [6, с. 11–12].

Фінансові ресурси – це централізовані й децентралізовані грошові фонди цільового призначення, які формуються в процесі розподілу та перерозподілу національного багатства, сукупного суспільного продукту і національного доходу та призначаються для використання відповідно із завданнями соціально-економічного розвитку суспільства й окремих підприємств.

Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я – це метод фінансового механізму, що поєднує принципи, джерела й форми фінансування суб'єктів господарювання, діяльність яких спрямована на охорону, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян.

На сьогодні не існує усталеної дефініції наукової категорії "державна політика України в галузі охорони здоров'я", а дослідження проблеми державного регулювання трансформаційних процесів у галузі охорони здоров'я в єдиному медичному просторі держави визначає необхідність розкриття її змісту. У зв'язку із чим нами було здійснено семантичний аналіз відомих визначень поняття "державна політика", враховано методологічні підходи до трактування словосполучення "державна політика в галузі охорони здоров'я", що запропоновані професором Н.Р. Нижник [10] і доцентом З.С. Гладуном [4], використано досвід доктора наук з державного управління О.Г. Осауленка

[11] щодо з'ясування змісту окремих соціальних явищ та взято до уваги напрацювання науковців кафедри управління охороною суспільного здоров'я НАДУ щодо самого визначення цього поняття і критеріїв оцінювання ефективності державної політики [5]. Усе це дає змогу запропонувати таке визначення цього терміна: *державна політика України в галузі охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного й психічного здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних і медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому.*

Показниками ефективності державної політики в галузі охорони здоров'я є стан здоров'я людей у суспільстві, ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання й рівень задоволення потреб окремої людини та суспільства загалом в охороні здоров'я й медичній допомозі.

Таким чином, системний аналіз нормативно-правових документів та літературних джерел дає підстави стверджувати, що національна політика в галузі охорони здоров'я народу України базується на визнанні державою права кожного громадянина на охорону здоров'я, забезпеченні його захисту й гарантуванні всім громадянам держави реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я [1; 9].

IV. Висновки

1. Визначено, що обґрунтування та формування дефініції того чи іншого поняття, явища або процесу – одна з найскладніших процедур наукового дослідження. Поширена навіть думка про те, що правильне тлумачення наукових понять вирішує майже половину наукового завдання.

2. Системний аналіз понятійного апарату проблеми державного регулювання трансформаційних процесів у галузі охорони здоров'я переконливо свідчить, що потребують уточнення та розкриття сутності такі категорії: *реформа, державне регулювання медичної діяльності, міжнародне право, принципи міжнародного права, міжнародне гуманітарне право, суспільні відносини в галузі охорони здоров'я, державне регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я, єдиний медичний простір України, медична помилка, державна політика України в галузі охорони здоров'я.*

3. Доведено, що під державним регулюванням медичної діяльності слід розуміти систематичний організуючий вплив з боку держави,

що спрямований на забезпечення й захист права на охорону здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства, який полягає у створенні необхідної нормативно-правової бази, формуванні та ефективному використанні кадрових, фінансово-економічних і матеріальних ресурсів у єдиному медичному просторі держави.

4. *Єдиний медичний простір України* – це система загальнонаціональної мережі лікувально-профілактичних закладів України різних форм власності, місією якої є реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я.

5. *Державне регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я* – це систематичний організуючий вплив з боку держави, що спрямований на забезпечення медичної діяльності з метою реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я.

6. Доведено, що *лікарська помилка* – це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, які характеризуються добросовісним заблудом за відсутності ознак зловмисного чи необережного проступку.

Визнано доцільним вживання поняття “медична помилка”, оскільки професійні помилки нерідко зустрічаються в практичній роботі й середнього медичного персоналу.

7. Установлено, що *фінансові ресурси* – це централізовані й децентралізовані грошові фонди цільового призначення, які формуються в процесі розподілу та перерозподілу національного багатства, сукупного суспільного продукту й національного доходу та призначаються для використання відповідно до завдань соціально-економічного розвитку суспільства й окремих підприємств.

8. Виявлено, що *фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я* – це метод фінансового механізму, що поєднує принципи, джерела й форми фінансування суб'єктів господарювання, діяльність яких спрямована на охорону, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян.

9. Обґрунтовано, що *державна політика України в галузі охорони здоров'я* – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного й психічного здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього й майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому.

Показниками ефективності державної політики України в галузі охорони здоров'я є стан здоров'я людей у суспільстві, ступінь захисту

громадян від фінансового ризику на випадок захворювання й рівень задоволення потреб окремої людини та суспільства загалом в охороні здоров'я й медичній допомозі.

Список використаної літератури

1. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К. : Юрінком, 1996.
2. Ажажа М.А. Категорійно-понятійний апарат механізму державного регулювання інвестицій у людський капітал / М.А. Ажажа // Держава та регіони. – 2001. – № 1. – С. 4–9.
3. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов / В.И. Акопов. – Москва : ИКЦ “МарТ” ; Ростов н/Д : Издательский центр “МарТ”, 2004. – 368 с.
4. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З.С. Гладун. – Т. : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
5. Державна політика: аналіз та впровадження в Україні : конспект лекцій до навч. модуля / уклад. В.А. Ребкало, В.В. Тертичка. – К. : Вид-во УАДУ, 2002. – 80 с.
6. Запорожан В.М. Біоетика : підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. – К. : Здоров'я, 2005. – 288 с.
7. Кант И. Из “Лекций по этике” (1780–1782 гг.) / И. Кант // Этическая мысль : науч.-публицистич. чтения. – М., 1988.
8. Кулиниченко В.Л. Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики: (Филос.-методол. анализ) / В.Л. Кулиниченко. – К. : Центр практичної філософії, 2001. – 240 с.
9. Нагорна А.М. Проблема якості в охороні здоров'я : монографія / А.М. Нагорна, А.В. Степаненко, А.М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка–НОВА, 2002. – 384 с.
10. Нижник Н. Проблеми управління охороною здоров'я України / Н. Нижник // Укр. мед. вісті. – 1997. – Липень – грудень. – № 2–3 (57–58). – С. 40–41.
11. Осауленко О.Г. Моделювання та управління сталим соціально-економічним розвитком : автореф. д-ра наук з держ. упр. : спец. 25.00.05 / О.Г. Осауленко ; Укр. Акад. держ. упр. при Президентіві України. – К., 2002. – 36 с.
12. Радиш Я. Категорійно-понятійний апарат про державне управління системою охорони здоров'я України (огляд літератури та уточнення окремих дефініцій) / Я. Радиш // Вісник УАДУ. – 2001. – № 1. – С. 195–202.
13. Салтман Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : пер. с англ. / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
14. Сергеев Ю.Д. Основы медицинского права России : учеб. пособ. / Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов ; под ред. чл.-кор. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. – М. : ООО “Медицинское информационное агентство”, 2007. – 360 с.
15. Стеценко С.Г. Медицинское право : учебник / С.Г. Стеценко. – СПб. : Пресс, 2004. – 572 с.
16. Стеценко С.Г. Медичне право України : підручник / С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта ; за заг. ред. д. ю. н., проф. С.Г. Стеценка. – К. : Всеукраїнська асоціація видавців “Правова єдність”, 2008. – 507 с.
17. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я / упорядники: М.П. Бойчак, Я.Ф. Радиш ; передмова та загальна редакція: В.Я. Білий, Б.П. Криштопа. – К. : Преса України, 2001. – 240 с.
18. Тихомиров А.В. Медицинское право : практическое пособие / А.В. Тихомиров. – М. : Статут, 1998. – 418 с.
19. Федорова М.Ю. Медицинское право : учеб. пособие для вузов / М.Ю. Федорова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 320 с.
20. Ярменчук А.Д. Менеджеру здравоохранения. Теория искусства управления : в 2 ч. / А.Д. Ярменчук. – К., 1991. – Ч. 2. Частные проблемы. – 300 с.

Стаття надійшла до редакції 11.10.2012.

Радиш Я.Ф., Кирова М.О., Поживилова О.В., Сорока О.Я. Категорійно-понятійний апарат государственного регулирования трансформационных процессов в области охраны здоровья
В статтє раскрыт категорійно-понятійний апарат государственного регулирования трансформационных процессов в области охраны здоровья.

Ключевые слова: государственное регулирование, охрана здоровья, трансформационные процессы.

Radish Ya., Kirova M., Pozhivilova O., Soroka O. Category and concept mechanism of state regulation of transformation processes in the healthcare system

The category and concept mechanism of state regulation of transformation processes in the healthcare system is described in the article.

Key words: state regulation, health care, transformation processes.