

УДК: 614.253:616:159.9

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТОРИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ МОРАЛИ ВО ВРАЧЕБНОМ ПРАВЕ

Проф. А. В. Ипатов, И. С. Гула, Л. В. Кузьмина, Ю. И. Коробкин

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МОЗ Украины», г. Днепр

### **Резюме**

*В статье представлено проникновение в суть актуальных проблем историко-психологических аспектов врачебного права, что помогает лучше осмыслить настоящее и, используя опыт предыдущих поколений, обеспечить видение ориентиров обозримого будущего.*

*Показаны попытки построить общечеловеческую, надклассовую мораль, которые сталкиваются с действительностью, существующей в классово антагонистических обществах, где сформулированные нормы морали в конечном счете подчиняются господствующему в данном общественном строе порядку.*

*Особую актуальность имеет тема публикации в правовых и этических аспектах и проблемах реаниматологии, эвтаназии и трансплантации; надлежащему ведению медицинской документации; сохранения врачебной тайны; врачебной этики и деонтологии.*

*Представлены психосоциальные параметры профессионального пространства медицины.*

**Ключевые слова:** история морали, врачебное право.

### **Summary**

*The article presents an insight into the urgent problems of the historical and psychological aspects of medical law, which helps to better comprehend the present and, using the experience of previous generations, provide a vision of the orientations of the foreseeable future.*

*Attempts to build a universal, supra-class morality, who are confronted with the reality existing in class antagonistic societies, where the formulated norms of morality ultimately obey the order prevailing in the given social order.*

*Of particular relevance is the topic of publication in the legal and ethical aspects and problems of resuscitation, euthanasia and transplantation; the proper management of medical records; preservation of medical secrecy; medical ethics and deontology.*

*The psychosocial parameters of the professional space of medicine are presented.*

**Key words:** history of morals, medical law.

Врачебное право – крайне малоисследованная область общественных наук, в которой психологические проблемы морали являются неизменным слепком развития и смены общественно-экономических формаций, общей культуры народов.

Их характер и уровень определяются материальными условиями жизни общества, уровнем развития производительных сил и производственных отношений.

Каждое общество может находиться в здоровом и больном состоянии и к нему можно и нужно применять как гигиену, так и терапию.

Каждая область прикладной психологии реализует систему и положения общей психологии в приложении к конкретным видам человеческой деятельности.

Предметом конкретной области психологии является психика человека, занимающегося определенным видом деятельности.

В области общественных отношений, отношений между людьми, регулируемых нормами права, психическая закономерность приобретает своеобразные черты.

Являясь активным составляющим общества, человек всегда совершает поступки, действия которых подчиняются определенным правилам. Нормы поведения устанавливаются самими людьми в интересах либо всего общества, либо отдельных его классов и групп.

Все нормы поведения можно подразделить на технические и социальные. Первые регулируют деятельность человека в использовании природных ресурсов; социальные – в сфере отношений между людьми: обычаи, моральные и правовые нормы. Все социальные нормы требуют либо воздержания от определенных поступков, либо совершения определенных активных действий, исходя из их оценки обществом.

Правосознание является одной из форм общественного сознания, содержание и развитие его детерминированы материальными условиями существования общества. Правосознание отражает общественные отношения, которые или регулируются, или должны регулироваться нормами права.

Экономические и иные потребности власти в государстве, пройдя через сознание, приобрета-

ют форму юридических мотивов и получают в итоге выражения в нормах права.

Таким образом, отношение между интересами и потребностями, с одной стороны, и правом – с другой, опосредуется правовым сознанием (правовой психологией и правовой идеологией).

Труд медработника и, прежде всего, врача весьма разнообразен и сложен и имеет в себе ряд черт, которые отличают его от труда большинства профессий:

1. Правоприменительная деятельность протекает в области идеологических отношений и реализует подход в решении профессиональных задач.

2. Труд отличается чрезвычайным разнообразием решаемых задач, программа решения которых может быть выражена лишь в самой общей форме, которая, как правило, выражается в правовой норме.

3. Правовое регулирование постепенно накладывает свой отпечаток на личность каждого.

4. Для медицинских профессий характерна высокая эмоциональность труда.

5. Труд предполагает наличие у субъекта особых властных полномочий, наличие права и обязанности применить их от имени Закона.

Наряду с этим правом развивается профессиональное чувство повышенной ответственности за последствия своих действий.

6. Характерно преодоление сопротивления их деятельности со стороны отдельных лиц.

7. Характерен творческий аспект труда, который следует из всех перечисленных выше характеристик. Среди криминологических проблем одной из наиболее сложных, спорных и наименее разработанных является проблема личности медработника (врача) – как правонарушителя.

Значение этой проблемы очевидно. Объяснить такое поведение, раскрыть его причины, найти эффективные пути и средства предупреждения преступлений можно только при глубоком анализе всего, что характеризует социального индивида как личность, сознание которого, а вместе с ним и содержание определяются совокупностью всех общественных отношений – экономических, политических, идеологических, правовых и т. п., под воздействием которых формируется конкретная личность.

В силу географического положения наша история тяготеет к европеизации ее осмысления.

Высоки ставки истории. Не построишь будущее страны, не представляя себе, как следует, ее прошлого и не зная ничего о том, как видят свою историю другие общества.

Пришло время отказываться от евроцентристского понимания истории. Нужно понимать смысл науки истории, о том, как наука соотносится с историей, «отпускаемой» всем и каждому, задуматься и о том, какова ее роль в формировании взаимоотношений между людьми, группами людей, между народами.

С расширением границ мира, со стремлением к его экономической унификации при сохранении

политической обособленности прошлое различных обществ становится более чем, когда бы то ни было одной из ставок в столкновениях государств, наций, культур и этнических групп. Зная прошлое, легче овладеть настоящим, придать законные основания власти, претензиям. Ведь именно господствующие структуры: государство, церковь, политические партии и группы, связанные частными интересами, – владеют средствами массовой информации и книгоизданием, финансируют их – от выпуска школьных учебников или комиксов до кино или телевидения. Прошлое, которое они отпускают всем и каждому, становится все более и более единообразным. Отсюда глухой протест со стороны тех, чья История оказывается «под запретом».

Впрочем, какая нация, какая группа людей способна еще полностью воссоздать свою собственную историю?

Даже у древних народов, имевших объединения и государства в незапамятные времена (вроде волжских хазар или королевства Арелат), их групповая самобытность оказывается растворенной в безымянном прошлом. На Востоке, от Праги до Улан-Батора, все этнические и национальные конфликты до последнего времени объяснялись согласно одной и той же модели, принадлежащей якобы Марксу, но в московской интерпретации. А все общества Юга как бы деколонизируют свою историю, и часто теми же средствами, какими пользовались колонизаторы, т. е. конструируют историю, противоположную той, что им навязывали прежде.

Сегодня у каждой, или почти у каждой, нации есть несколько историй, накладывающихся одна на другую и сопоставляющихся одна с другой.

Мы обнаруживаем здесь столкновение коллективной памяти с официальной историографией, и в этом, наверное, проблемы исторической науки проявляются гораздо четче, чем в трудах историков.

История в том виде, как ее рассказывают детям, да и взрослым, позволяет одновременно узнать и то, что общество думает о себе, и то, как изменяется его положение с течением времени. Нужно только не ограничиваться изучением школьных учебников, комиксов, а попытаться сопоставить их с постулатами современной науки. Например, история армянского народа та, что преподают в Армении, та, что учат дети диаспоры (и многие дети в Армении, но дома, в домашнем кругу), и та, которую представляют общераспространенные толкования всемирной истории, – это три разных версии истории. Причем нельзя утверждать, что последняя более реалистична или более законна, чем другая.

В самом деле, истории, независимо от ее тяги к научному знанию, присущи две функции: врачевание и борьба.

Эти миссии осуществлялись в разные времена по-разному, но смысл их остается неизменным: наукообразие и методология служат не более чем «фигурным листком» идеологии. История в боль-

шей мере ставит проблемы своего времени, чем той эпохи, которую, как предполагается, она изучает. Однако, существует своего рода матрица истории каждой страны: это доминанта, запечатленная в коллективной истории общества. И очень важно знать суть этой матрицы.

Все попытки построить общечеловеческую, надклассовую мораль сталкиваются с действительностью, существующей в классово антагонистических обществах, и сформулированные нормы морали, в конечном счете, подчиняются господствующему в данном общественном строе порядку.

Они выражают взаимоотношения, вызванные господствующими производственными отношениями.

Платность медпомощи порождает глубокое противоречие между гуманной по своей сущности профессией врача и возможностями охватить ею все слои населения.

Врач борется против заболеваний, но живет за счет оказания услуг своим пациентам.

Не умаляя больших исторических и философско-этических заслуг медицины в ее стремлении придать всеобщность ее отношений к человеку, надо все же признать, что результаты невелики.

Деятельность врача не должна ограничиваться только стремлением лечить больного: врач должен раскрывать причины заболеваний в стране, так, как только при этом может развиваться и расширяться его врачебный опыт. Врач в течение всей жизни должен учиться и искать причины заболеваний в среде и указывать на них обществу; он всегда должен быть лидером общей социальной гигиены и профилактики индивидуальной гигиены.

Многие врачи отдали свою жизнь за расширение возможностей лечения и профилактики. Другие, не имея достаточно сил для улучшения общественных порядков, пытаются ослабить действие социального неравенства путем благотворительности, бесплатно помогая бедным.

По самой сущности своей профессии многие врачи выходят за пределы только медицинской деятельности и пытаются раскрывать закономерности общества, указать пути его переустройства.

История медицины наличествует примерами, когда врачи переносят методы естествознания в политическую экономию и подходят к обществу как к живому организму.

Деятельность медиков подчиняется общим закономерностям, присущим буржуазному общественному строю.

Несмотря на провозглашение гуманности своей деятельности по оказанию помощи больным, в основе их работы остается стимул материального самообеспечения.

Взгляды врачей на моральные нормы, которым они стремятся подчинить свое поведение, дифференцируются, поэтому оценка их также должна быть дифференцированной.

Вот почему ценны и поучительны стиль и мораль тех врачей, которые сумели проникнуть в сущность общественного бытия.

Жизнь и деятельность таких врачей является основой, на которой строится врачебная этика всех медиков, посвятивших свои силы здравоохранению.

Для познания взаимодействия социального и биологического в человеке определяющее значение имеет исторический метод.

Животные предки человека имеют биологическую сущность. Биологическое в человеке имеет огромное значение в его жизнедеятельности. Для человека как общественного существа биологическое выступает в качестве необходимой предпосылки развития его надбиологических свойств.

Мысль о существовании социальной формы передачи исторического наследия человечества высказывалась неоднократно.

Формально динамическая сторона психических процессов – при очевидной генотипической обусловленности ее элементов в условиях нормального генотипа не представляет собой жесткого, генетически детерминированного «каркаса» при развитии личности.

Парадокс необычайного социального развития человека при стационарности его общевидавого генотипа актуален.

Чтобы пройти путь от первого предка человека до вида *Homo Sapiens*, понадобилось более 20 000 000 лет. Чтобы подняться от оказания медпомощи в пещерах до возможностей современной медицины – 40 000 лет.

Это объясняется опорой прогресса человечества не на биологические изменения людей, а на законы общественного развития.

Утверждение о генетическом происхождении правонарушений остается умозрительным. Изучение динамики преступности за многие десятилетия в различных странах свидетельствует о том, что ее движение подчиняется совершенно иным закономерностям, по сравнению с теми, которые свойственны генетике популяций.

Что же касается территориальных различий в преступности, то они, напротив, весьма значительны, что связано с разницей в социальных, экономических и культурных условиях жизни населения; реальных факторах, влияющих на общественные процессы, позитивные или негативные, к числу которых относится и преступность.

Проблема связи преступности с душевными заболеваниями, с психическими заболеваниями не нова.

Общество возникает не стихийно, а сознательно.

Важное место в решении этой задачи принадлежит праву.

Профилактика – главное направление борьбы с правонарушениями.

Предупреждение преступности – одно из важных направлений деятельности общества и государства по совершенствованию общественных отношений и воспитанию человека.

Современная общая и медицинская генетика человека видит свою задачу в том, чтобы оберегать драгоценную биологическую природу человека. Подобно тому, как медицина борется за здоровье существующего человека, так и генетика должна охранять его наследственность, не допускать ее нарушения. И если человек получил нормальную наследственность, то становление и развитие его личности определяется средой, воспитанием и им самим.

Для осуществления медицинской деятельности необходима не только общая, но и специальная трудовая правоспособность, под которой понимается наличие подготовки, звания и диплома.

Особую актуальность имеет тема публикации в правовых и этических аспектах и проблемах реаниматологии, эвтаназии и трансплантации; надлежащему ведению медицинской документации; сохранения врачебной тайны; врачебной этики и деонтологии.

Всегда сложными и злободневными остаются вопросы уголовной ответственности медицинского персонала за профессиональные и должностные преступления, в том числе судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных нарушениях медработников.

Многочисленные социальные, психологические и иные причины преступности, свойственные обществу, сводятся к трем основным группам явлений:

- а) социальная структура общества;
- б) характерные для него духовные и социальные ценности;
- в) законодательная, полицейская и судебная практика.

Сама классовая и социальная структура общества с неизбежностью порождает преступность и иные формы отклоняющегося от нормы поведения. Люди, находящиеся на разных ступенях социальной лестницы, испытывают неодинаковое влияние криминогенных факторов, имеют разные возможности для совершения преступлений.

Ни одному обществу никогда не удавалось полностью избавиться от ценностных последствий. Главной заботой должно стать отыскание связей между существующими условиями и моделями поведения, с одной стороны, и проводимыми социальными изменениями – с другой.

Проникновение в суть актуальных проблем историко-психологических аспектов врачебного права поможет лучше осмыслить настоящее и, используя опыт предыдущих поколений, обеспечить видение ориентиров обозримого будущего.

Медицина неотделима от общего исторического развития общества, являясь его непреходящим явлением. Независимо от формаций общества и их состояния неизменны прочные двусторонние связи медицины и общества.

Единая медицинская деятельность в разные эпохи приобретает разное содержание и соответственно меняет форму. Такая реализация имеет предметно-практический и духовно-теоретический аспекты.

Системы здравоохранения целесообразно рассматривать в сопоставлении с социально-экономическим и политическим строем соответствующих государств. Например, зачатки врачевания у восточных славян отмечались еще в первобытнообщинный период.

Генезис Киевского государства следует начинать с андских князей, с походов славянских племен на Византию в VI веке. К VII – VIII вв. относятся сведения о народе и государстве Рось – Русь, расположенном в Среднем Приднепровье. В IX веке восточные славяне объединились в могучее феодальное государство – Киевскую Русь, имевшее выдающееся значения в политической и культурной жизни Европы того времени.

В XIV – XVI вв. в образовавшемся после объединения славянских племен обширном Киевском государстве наряду с культурой продолжает развиваться медицина. Древняя Русь знала несколько форм медицинской помощи: ремесленно-медицинская практика частного характера, медицинское попечительство и больничная помощь.

Стремления земских врачей организовать медицинскую помощь на селе в большей своей части не были осуществлены. При всем к чести энтузиастов земской медицины нужно отнести тот значительный факт, что за полувековой период существования этой самобытной организации ей удалось создать относительно крупные земские губернские больницы, укомплектовать их квалифицированными врачами и другими медицинскими работниками, организовать сельские земские врачебные участки с больницей и амбулаторией, добиться некоторых успехов в налаживании в ряде губерний санитарно-эпидемиологической работы, в оказании психиатрической помощи. Екатеринославская земская медицинская организация заслуженно принадлежала к числу лучших.

Существовавшая до 1917 года в Украине, как и во всей империи, система организации медицинской помощи населению городов и сел не могла обеспечить элементарной медицинской помощи и вынуждала массы обращаться к частнопрактикующим врачам или знахарям. Госаппарат не ставил перед собой задачу обеспечивать широкие слои медицинской помощью, рассматривал эту деятельность как «повинность необязательную».

В условиях Первой мировой войны полную несостоятельность проявила организация военно-санитарного дела. В обслуживании раненых и больных воинов принимали участие общественные организации – Общество Красного Креста и Всероссийский земский городской союз. Сеть лечебных учреждений Украины, очень слабая и в организационном отношении, и по своей мощности, и по обеспеченности медицинскими кадрами, пришла в упадок.

Совокупность перечисленных условий определила своеобразие и сложность той обстановки, в которой создавались по опыту Наркомздрава РСФСР организационные формы управления государственной системой здравоохранения в Украине.

С 02.1918 г. началась ликвидация старых форм управления медицинскими учреждениями, национализация ведомственных и частновладельческих больниц, амбулаторий, аптек, аптечных складов, создание медико-санитарных отделов.

18 декабря 1918 г. в масштабе республики был создан отдел здравоохранения при Временном рабоче-крестьянском правительстве УССР, который 26.01.1919 г. был реорганизован в Народный Комиссариат здравоохранения УССР.

В структуру Наркомздрава УССР, как и Наркомздрава РСФСР, в эти годы входили и отделы страховой медицины, медицины и санитарии путей сообщения с секциями железных дорог и водных путей.

Опираясь на многогранные формы помощи общественного актива, военно-санитарной службы, малочисленная санитарная организация гражданских органов здравоохранения сумела справиться с чрезвычайно трудными и ответственными задачами.

Особенно трудную задачу представляло укомплектование органов здравоохранения квалифицированными специалистами, имеющими опыт оргработы. Во главе многих уездных (позднее – региональных, окружных) отделов здравоохранения стояли фельдшеры, а кое-где и лица без медицинского образования.

Ко второй половине 1920 года аппарат Наркомздрава УССР уже был укомплектован квалифицированными специалистами.

После окончания гражданской войны Военно-санитарное ведомство начало передавать местным органам здравоохранения свои медико-санитарные учреждения и медицинский персонал. Это способствовало укреплению материально-технической базы здравоохранения, увеличению количества медицинских кадров.

Принимались срочные меры по созданию санитарной организации, что представляло огромные трудности в связи с острейшим дефицитом санитарных врачей. В качестве временной меры к санитарной деятельности привлекались врачи общей практики, фельдшеры, а нередко и лица без медицинского образования.

Развитие сети лечебно-профилактических учреждений охраны материнства и детства и других отраслей здравоохранения было крайне затруднено из-за острой нехватки врачей и других медицинских работников: одновременно с привилегиями старой медицинской интеллигенции началась подготовка новых кадров медицинских работников из среды рабочих и крестьян.

Перед высшей школой ставились совершенно новые задачи по изменению ее оргформ и методов преподавания. При решении задачи увеличения выпуска врачей предусматривалось и повышение качества их подготовки; был избран путь планомерной реорганизации системы медицинского образования.

Решая проблему медицинских кадров, Наркомздрав УССР, органы здравоохранения на местах с каждым годом располагали все боль-

шим количеством врачей и средних медицинских работников, что давало им возможность восстанавливать сеть медицинских учреждений, организуя и создавать новые типы медицинских учреждений, формы и методы медико-санитарной помощи.

Был развернут капремонт лечебно-профилактических учреждений в городах и селах. Одновременно с этим осуществлялось строительство крупных медучреждений. С 1928 года в Украине начала быстро развиваться сеть санитарно-эпидемиологических станций, с каждым годом их штаты все полнее укомплектовывались квалифицированными специалистами.

В 1933–1937 гг. выпуск специалистов с высшим и средним образованием увеличился более чем вдвое, по сравнению с первой пятилеткой.

В Украине были созданы 4 новых медицинских института – в Виннице, Луганске, Донецке, Симферополе. После воссоединения западноукраинских земель с УССР были открыты медицинские институты во Львове (на базе медицинского факультета Львовского университета), в Ивано-Франковске, Тернополе, Черновцах.

20 июня 1936 г. был образован Народный комиссариат здравоохранения СССР.

К началу 1941 г. в системе здравоохранения УССР насчитывалось около 29000 врачей и 91000 средних медработников. Они работали в ЛПУ, 16 мединститутах, 4 институтах усовершенствования врачей и фармацевтов и в 45 НИИ республики.

В послевоенные годы возрождение здравоохранения Украины проходило трудно: к началу 1945 г. в эвакуогоспиталях работало свыше 15 000 медицинских работников, кроме них было еще 12 000 врачей, что составляло 45,3 % от количества врачей на 01.01.1941 г. Но возобновили свою деятельность все НИИ, 12 высших медицинских учреждений, институты усовершенствования врачей и фармацевтов, 77 средних медицинских учебных заведений.

15 марта 1946 г. Советы Народных комиссаров были преобразованы в Советы Министров, наркоматы – в министерства.

К концу 1950 г. в лечебно-профилактических учреждениях УССР работали 48600 врачей и 136400 средних медицинских работников.

Согласно реализации мероприятий по осуществлению плана 17-20.03.1971 г., к концу девятой пятилетки в медучреждениях Украины работали 157100 врачей, в т. ч. в системе МЗО – 127300. На каждые 300 жителей приходился 1 врач и 3 специалиста со средним медобразованием. Такой уровень обеспеченности населения медицинской помощью ранее в мире не существовал.

Постановлением Кабинета Министров Украины от 08.02.97 № 167 введено в действие «Положение о едином порядке подготовки, переподготовки и повышению квалификации руководителей государственных предприятий, учреждений, организаций».

Осуществляя руководство, организуя и направляя созидательную деятельность масс, государство уделяет первостепенное внимание кадровой политике как одному из важнейших инструментов, посредством которого оно активно воздействует на все процессы, происходящие в обществе, обеспечивает осуществление задач совершенствования государства.

Особое внимание государство уделяет строгому соблюдению принципа подбора кадров по деловым, политическим и нравственным качествам. Политически зрелые кадры определяются их идейной убежденностью, преданностью государственным интересам, теоретической подготовкой, политической закалкой.

С деловой стороны людей принято оценивать прежде всего по их образованию и профессиональной подготовке, накопленному опыту, склонностью к пополнению и совершенствованию знаний. Знание дела не могут заменить никакая добросовестность, никакая авторитетность. Нужно быть компетентным, нужно полностью до точности знать все условия работы, ее технику на ее современной высоте, иметь известное научное образование. Наши кадры должны сочетать высокую политическую сознательность с хорошей профессиональной подготовкой, быть способными со знанием дела решать самые сложные вопросы.

Большое значение придается подбору руководящих кадров, обладающих хорошими организаторскими способностями.

Чтобы не ошибиться в работнике, нужно знать также его нравственные качества. Звания руководителя заслуживает лишь тот, кого отличает безупречный моральный облик, дисциплинированность, честность, скромность и простота. Работник, которому доверено руководить людьми, обязан быть принципиальным, требовательным, но вместе с тем внимательным и отзывчивым, не должен злоупотреблять властью.

Политические, деловые и моральные качества с разных сторон характеризуют человека, и только рассмотрение этих качеств в единстве и взаимосвязи дает правильное и наиболее полное представление о нем.

Отстаивая государственный принцип подбора работников по деловым и политическим качествам, государство внимательно следило за тем, чтобы на решение кадровых вопросов не влияли случайные обстоятельства. При этом самым решительным образом пресекались попытки подбора руководителей по протекции, личной преданности, родственным, земляческим или групповым связям, приятельским отношениям.

Значительное внимание уделяется сочетанию опытных и молодых кадров. Постоянное внимание государство уделяет вопросам выдвижения на руководящую работу женщин.

Прочно утвердилось бережное, заботливое отношение к кадрам, сочетающее доверие и уважение к ним с принципиальной требовательностью. Недопустимы неоправданные перестановки и частая сменяемость работников. Последователь-

но проводится курс на то, чтобы производить перемещение кадров лишь тогда, когда это вызывается интересами дела, необходимостью укрепления тех или иных участков работы.

Практика убедительно подтверждает, что подбор и расстановка работников, совершенствование их подготовки осуществляются с большей эффективностью, когда имеется соответствующий резерв, систематически, глубоко и всесторонне изучают людей, которых можно выдвигать на руководящие должности.

Испытанным средством воспитания кадров, повышения деловитости в их работе, необходимым условием четкой организации руководства являются контроль и проверка исполнения указанных правомочных учреждений и должностных лиц. В основе контроля лежит принцип персональной ответственности за порученное дело.

Ставится задача более решительно и бескомпромиссно вести борьбу против ведомственных и бюрократических барьеров на пути решения разноплановых проблем. Проблема руководства медучреждением в системе государственно-правового управления занимает важное место. Владение политическими, экономическими и правовыми знаниями - необходимые элементы современного руководителя и специалиста. Это объясняется специфической организацией, характером выполняемых задач.

Медучреждения - особая организация в государстве, которая специфически приспособлена к решению самостоятельных задач в экстремальных условиях. В них идеально проявляются, сохраняются и развиваются профессиональные традиции, с ними связана гордость медработников.

Истории, независимо от ее тяги к научному познанию, присущи две функции: врачевание и борьба. Существующая система здравоохранения в Украине требует адаптации в современных условиях государства и финансирования ее отдельных программ с целью улучшения здоровья населения,

Объективно существует проблема безработицы, в первую очередь врачебного персонала. Причем ряд работающих заняты неполный рабочий день и выполняют малый объем работы; недостаточно оплачивается высококвалифицированный труд. Предполагается, что данная проблема может быть решена посредством более совершенного планирования развития служб здравоохранения и подготовки кадров.

Оказываемая медицинская помощь осложнена экономическими барьерами, отношениями между населением, нуждающимся в лечении, и медперсоналом.

Проблема правового регулирования медицинской деятельности, защита прав и законных интересов граждан Украины в отрасли здравоохранения стала одной из наиболее актуальных и имеет не только профессиональное, но и социальное значение. В современных условиях правовая компетентность медработников приобретает

особое значение, становится критерием их профессиональной деятельности.

Есть все основания выделить следующие основные периоды становления и развития правового регулирования медицинской деятельности в истории Украины:

1) регламентация врачебной деятельности в Киевской Руси и гетманском украинском государстве (X в. – первая половина XVIII в.);

2) правовое обеспечение медицинской деятельности во времена пребывания Украины в составе Российской и Австро-Венгерской империй и Польши (вторая половина XVII в. – 1917 г.);

3) юридическая регламентация здравоохранения Украины в советский период (1917–1991 гг.). В этом периоде регламентации медицинской деятельности целесообразно выделить четыре этапа: первый – 1917–1920 гг. – формирование системы правового регулирования медицинской деятельности в соответствии с возможностями периода возрождения украинской государственности, второй – 1921–1941 гг. – формирование в Украине общесоветской административно-командной системы управления вообще и аналогичной системы государственного управления медицинской деятельностью, третий – 1941–1945 гг. – подчинение деятельности органов государственной власти и всего населения Украины законом военного времени, четвертый – 1946–1991 гг. – укрепление, застой и упадок командно-административной формы управления. В это время управление вообще и государственное регулирование медицинской деятельности в частности были подчинены административно-командной системе как антипода государственного управления. Даже определение понятия «государственное управление» исчезло со страниц фундаментальных научных изданий и стало рассматриваться как особая отрасль в составе социального управления;

4) правовое регулирование общественных отношений в области охраны здоровья Украины (1991 г. – и по настоящее время). В пределах этого периода развития системы государственного регулирования медицинской деятельности также целесообразно выделить четыре этапа: первый – 1991–1994 гг. – этап формирования национальной нормативно-правовой базы по регулированию медицинской деятельности. Именно во время этого этапа был принят Закон Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении» (19.11.1992 г.), второй – 1995–1998 гг. – этап стабилизации, третий – 1991–2001 гг. – этап устойчивого развития; четвертый – 2002 – по настоящее время – этап системного кризиса в области здра-

вохранения, о чем свидетельствуют следующие факты. В мировом индексе человеческого развития Украина опустилась на три пункта, заняв, по итогам прошлого года, 84-е место из 188-и стран. По качеству жизни Украина занимает 98-е место среди 111 стран, а по уровню смертности – первое место в Европе. Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Украине составляет около 66 лет. По этому показателю Украина отстает от Германии на 11 лет, Франции – на 12, Швеции – на 13, а также от ближайших европейских соседей – Польши, Венгрии, Болгарии, Словакии. Прогнозы экспертов ООН указывают на то, что население Украины и в дальнейшем будет иметь тенденцию к сокращению, а демографические характеристики – к ухудшению.

#### Литература

1. Женевская декларация всемирной медицинской ассоциации, принятая второй Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948 года, дополнена 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 г. и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.

2. Международный кодекс медицинской этики, принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949, дополнен 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983.

3. Декларация о независимости и профессиональной свободе врача, принятая 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1986.

4. Плющ В. Из истории украинской медицины XVIII в. //Хроника 2000. – 2000. – № 35–36. – С. 139–168.

5. Отдать Я. Роль и место украинских врачей прошлого в государственном и формировании государственного подхода к медицинскому обеспечению (исторический аспект) //Вестник Украинской Академии государственного управления при Президенте Украины. – 2001. – № 2, ч. 2. – С. 177–186.

6. Этический кодекс врача Украины – Утвержден решением Украинского Медицинского Совета, протокол № 18 от 27 января 2006 г.

7. Андриянова Е. А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: дисс... д-ра социол. наук. – Волгоград, 2006. – 369 с.

