

УДК 614.253(091)(47+57)(477.54-25)  
DOI <https://doi.org/10.24919/2308-4863.1/31.213433>

**Вадим ІЛЬІН,**  
*orcid.org/0000-0003-1486-7679*  
кандидат історичних наук,  
старший викладач кафедри суспільних наук  
Харківського національного медичного університету  
(Харків, Україна) [ilin\\_vadim@ukr.net](mailto:ilin_vadim@ukr.net)

## ВІДНОСИНИ «ЛІКАР-ПАЦІЄНТ» У ПІСЛЯВОЄННОМУ СРСР

У статті досліджується специфіка відносин «лікар-пацієнт» у післявоєнному СРСР (1945–1991 рр.). Тема має потенціал для розкриття сутності радянської системи. Здійснена у статті критика західних концепцій і досліджень вказує на їхні схематизм та ідеологізованість. Зокрема, розкрито ідеалістичність й позаісторичний характер типології відносин «лікар-пацієнт» Р. Вітча. Автор простежив зв'язок окремих моделей типології з висновками наукових досліджень з історії радянської охорони здоров'я. У результаті порівняння їхнього змісту з документами особового походження можна сформулювати такі висновки. Західні автори розглядали відносини «лікар-пацієнт» як історично-сталі й виключали можливість реалізації принципів радянської охорони здоров'я в майбутньому, покладаючи провину за це на хибну радянську систему. Тези західних авторів про деперсоналізацію відносин «лікар-пацієнт» в СРСР, залежність лікаря від держави, медичну корупцію й акцент на репресивній ролі радянського лікаря є вірогідними лише для конкретного історичного часу й ситуації перебільшеннями, що зумовлено неповнотою чи упередженістю джерел. Наприклад, надання лікарняного листа хворому у 1970–1980-ті рр. вже не мало тієї гостроти, як у 1940–1950-ті рр. внаслідок змін в політиці, економіці, соціальній сфері. Так само згадане невдоволення лікарськими послугами з боку промислових робітників втратило підґрунтя з розбудовою мережі медико-санітарних частин. Навіть за централізованої організації охорони здоров'я в СРСР існували різні форми відносин «лікар-пацієнт», які зазнавали змін, як і свідомість та становище лікарської спільноти. Водночас спроба соціолога М. Філда дослідити відносини «лікар-пацієнт» з класових позицій досі є актуальною, враховуючи нерозв'язаність питання про класову сутність радянського суспільства.

**Ключові слова:** СРСР, Харків, історія, лікар, пацієнт, медична деонтологія.

**Vadym ILIN,**  
*orcid.org/0000-0003-1486-7679*  
Candidate of Historical Sciences,  
Senior Lecturer at the Department of Social Sciences  
Kharkiv National Medical University  
(Kharkiv, Ukraine) [ilin\\_vadim@ukr.net](mailto:ilin_vadim@ukr.net)

## RELATIONSHIP “DOCTOR-PATIENT” IN THE POST-WAR USSR

The specificity of the relationship “doctor-patient” in the post-war USSR (1945–1991) is studied in the article. The topic has a potential for a discovery of the Soviet system essence. The criticism of the Western conceptions and studies that was carried out in the article indicates their schematism and ideological biasness. For example, idealistic and non-historical nature of the typology “doctor-patient” relationship by Robert Veatch was revealed. The author traced the connection between certain elements of the typology and the scientific studies' conclusions on the history of the Soviet healthcare. As a result of comparison of their content with personal documents following conclusions can be made. The Western authors considered relationship “doctor-patient” as the historically stable and excluded the possibility for the Soviet health care to realize its principles in the future blaming the harmful Soviet system. The thesis of the Western authors regarding the depersonalization of the relationship “doctor-patient” in the USSR, dependence of the physician on the state, medical corruption and emphasis on the Soviet physician's repressive role are exaggerations credible only for a specific historical time and situation, that were conditioned by the sources' incompleteness or biasness. For example, giving a sick-leave to a patient in the 1970–1980s was not so acute as in the 1940–1950s due to changes in politics, economics, and the social sphere. Similarly, dissatisfaction with medical services on the part of industrial workers lost the reason with the development of the medical-sanitary units' network. Even under the centralized organization of healthcare in the USSR, there were different forms of the doctor-patient relations that underwent changes, the same as the consciousness and position of the medical community. At the same time, the attempt of sociologist M. Field to investigate the “doctor-patient” relationship from a class standpoint is still relevant, taking into account the unresolved issue of the class essence of Soviet society.

**Key words:** USSR, Kharkiv, history, doctor, patient, medical deontology.

**Постановка проблеми.** Критика державної моделі охорони здоров'я, що склалася за СРСР, впровадження інституту сімейного лікаря, заклики до побудови пацієнто-орієнтованого лікування актуалізують проблему верифікації існуючих в Україні відносин «лікар-пацієнт». Зокрема, спостерігається невідповідність задекларованих принципів реформи реальності: сімейні лікарі досягли консенсусу щодо «рівномірного» розподілу пацієнтів; позбавлені фінансових можливостей, сімейні лікарі неспроможні забезпечити якісну профілактику; відсутність механізму зворотного зв'язку між пацієнтом і НСЗУ щодо дій лікаря нівелює принцип «гроші ходять за пацієнтом». Для коректного визначення типу відносин «лікар-пацієнт», які б задовольняли потребам громадян, доцільно поглянути, яким чином суспільні відносини й система охорони здоров'я впливають на них. Збереження принципів радянської моделі охорони здоров'я, що передбачає поточна реформа, спонукає здійснити історичну реконструкцію відносин «лікар-пацієнт» за радянських часів.

**Аналіз досліджень.** Джерельну базу статті становлять спогади працівників Харківського національного медичного університету (Історія в історіях, 2015). Історіографія статті складається з праць західних дослідників радянської охорони здоров'я, російськомовних публікацій, що містять аналіз і критику західного доробку.

Надрукована наприкінці 1950-х рр. праця американського соціолога Марка Філда «Доктор і пацієнт у Радянській Росії» стала одним з перших досліджень радянської охорони здоров'я за допомогою сучасного наукового інструментарію (Field, 1957). Спираючись на опитування радянських емігрантів, М. Філд виокремив чинники, що визначали характер відносин «лікар-пацієнт» – соціальне становище пацієнта і статус радянського лікаря.

Праця М. Райана «Лікарі і держава в Радянському Союзі» підсумувала дослідження радянських медичних кадрів, але все ще містила спірні узагальнення щодо окремих явищ радянської дійсності й оцінку радянської медицини з позицій західної концепції професіоналізму (Ryan, 1990).

Загалом, як зазначає С. Прозоров, західна історіографія або ігнорує тему радянської біополітики, що здатна розкрити суперечності радянського проекту, або зводить її під рубрику тоталітаризму (Prozorov, 2014: 1–2).

Розвідка лікаря В. Власова аналізує розгляд радянської деонтології закордонними виданнями протягом 1960–1980-х рр. (Власов, 1998).

Стаття П. Ратманова містить огляд літератури з історії лікарської професії в СРСР. Звертаючи увагу на умовність західної концепції професіоналізму для дослідження медичних кадрів в СРСР, автор вказує на перспективи аналізу таких специфічних для радянської медицини елементів професіоналізації, як автономія лікарського середовища, відданість суспільному обов'язку (Ратманов, 2015: 105). Одним з таких елементів є відносини «лікар-пацієнт».

**Метою статті** є дослідження специфіки та верифікація критики відносин «лікар-пацієнт», що існували у післявоєнному СРСР.

**Виклад основного матеріалу.** У 1970-ті рр. американський біоетик Роберт Вітч запропонував характерні для сучасної культури моделі відносин «лікар-пацієнт»: інженерну, пастирську (патерналістську), колегіальну і контрактну. Моделі є нерівноцінними за своїм моральним значенням й утворюють ієрархію, в якій найбільш морально обґрунтованою є контрактна (Врач и пациент...). Увагу дослідника радянської охорони здоров'я привертають, насамперед, інженерна і патерналістська моделі.

У межах першої лікар ставиться до пацієнта як до «безособового механізму», «несправність» якого має полагодити. Науковий погляд на природу людських захворювань є підґрунтям монополії лікаря на об'єктивне знання. Благо пацієнта визначається відповідно до наукових показань, тому його думка не враховується. Негативною рисою інженерної моделі є деперсоналізація відносин «лікар-пацієнт».

Прикладом інженерної моделі є використання хворого з навчальною метою, про що лікарі Харківського медичного інституту різних поколінь залишили цікаві спогади.

І.С. Сміян (вступив до ХМІ 1951 р.): «Не було лекції В.О. Белоусова без демонстрації хворої дитини, зі всебічним клінічним розглядом. Професор на цьому не економив часу. І коли сьогодні задають питання, чого доброго з минулих часів ми не використовуємо, то я відповім: замінити хворого слайдами, дисками, таблицями, фільмами... неможливо!» (Історія в історіях, 2015: 273).

Б.А. Рогожин (вступив до ХМІ 1973 р.): «... мы столкнулись и с таким феноменом медицинского образования, как демонстрация больных на лекциях. Как правило, это вызывало у нас, студентов, достаточно большой интерес... Однако после просмотра учебного кинофильма, созданного сотрудниками кафедры общей хирургии, который был посвящен клиническому случаю, зародилось сомнение, стоит ли в XX пользоваться

учебними технологіями епохи Возрождения. Во всяком случае, воспоминания о демонстрации на одной из лекций больного с объемным процессом в брюшной полости, оставило непреходящее ощущение неловкости и даже чувства вины перед этим несчастным» (там само: 394).

Примітною є не тільки різниця оцінок педагогічної користі показу хворих, але й поява етичного акценту у спогадах молодшого сучасника.

У межах патерналістської моделі відносини «лікар-пацієнт» нагадують стосунки між батьком і дитиною. І хоча Р. Вітч вважав цю модель прогресивнішою за інженерну, тому що вона вже не є безособовою, а дії лікаря скеровані бажанням допомогти, патерналізм обмежує права пацієнта як особистості, яка самостійно приймає рішення.

Інженерній, патерналістській і добрій, але нереалістичній колегіальній моделям Р. Вітч протиставляє контрактну модель, що забезпечує свободу лікаря і пацієнта, рівноправні відносини між ними, а також якість медичної допомоги завдяки ринку медичних послуг. Втім, важко погодитися з можливістю плюралізму відносин «лікар-пацієнт» за ринкових відносин, враховуючи західне розуміння професіоналізму як того, що «цілеспрямовано веде до панування над ринком однієї професійної групи», до встановлення її контролю над іншими групами (Ратманов, 2015: 103). Автономія лікарської спільноти таким чином обертається на диктат щодо пацієнта.

Запропоновані Р. Вітчем моделі є ідеальними й не зустрічаються в чистому вигляді. Наприклад, стиль роботи видатного харківського педіатра В.О. Белоусова поєднував риси інженерної й патерналістської моделей: він використовував діагностування для дослідницької роботи, досягаючи цього шляхом уважного й вмілого спілкування з дитиною (Історія в історіях, 2015: 337). Схематизм інженерної моделі й тези про деперсоналізацію відносин лікар-пацієнт в СРСР можна побачити, якщо розглянути роботу сільського й дитячого лікаря. Завідувач кафедри рентгенології ХМІ М.І. Пилипенко згадував початок своєї роботи лікарем на селі: «У тій лікарні багато разів я мав змогу відчути, що для успіху лікування лікар має перелити із себе хворому щось таємниче. Особливо на це відгукувалися діти. Інколи антибіотики були неефективні без цієї таємничої сили. Потім у Карла Юнга я прочитав: «Лікування дає ефект лише тоді, коли сам лікар відчуває себе захопленим... Якщо лікар – «людина в футлярі», він безсилий» (там само: 258). Важливість налагодження вербальної комунікації між лікарем і пацієнтом згадує й інший харківський лікар:

«Пациент – это каждый раз новый прецедент. Диагноз бывает один, но организм по-разному реагирует на вмешательство извне, и необходимо обязательно проследить за пациентом до его окончательного выздоровления. Ведь мы для пациента – последняя его надежда. Только слову врача больной верит» (там само: 300).

Моральний критерій побудови й дихотомічний характер типології Р. Вітча, за якою прозоро проглядаються радянська та американська моделі охорони здоров'я, спонукають розглядати її радше як зразок ідеологічного протистояння часів «холодної війни», ніж наукову концепцію (Ратманов, 2015: 103). Попри це, завдяки їй в науковому дискурсі поширилися характеристики радянської моделі охорони здоров'я як «інженерної» або «патерналістської».

Розглянемо, як узагальнення Р. Вітча корелюються з висновками дослідників радянської охорони здоров'я. Закордонні публікації 1960–1980-х рр. визначають відносини «лікар-пацієнт» як «гіпократичний патерналізм»: «У советских врачей основное внимание уделяется «этике добродетели» с ее основными мотивами: милосердие, гуманность, эмпатия, сострадание» (Власов, 1998). На думку критиків радянської охорони здоров'я, патерналізм проявлявся в обов'язковому приховуванні діагнозу й оптимістичному інформуванні пацієнтів, які через неосвіченість були нездатні зрозуміти проблему й відповідно не допускалися до визначення характеру лікування (там само).

Справді, навіть радянський підручник з медичної деонтології часів «перебудови» застерігає майбутніх лікарів обговорювати призначення з хворим (Грандо, 1988: 123). Там-таки подано слова міністра охорони здоров'я СРСР Є.І. Чазова про те, що «не следует очень активно вовлекать больного в процесс врачебного мышления. Медицина для него должна оставаться в известной мере таинством» (там само: 124). Підручник містить настанову щодо врахування культурного рівня, ступеню інтелектуального розвитку, фаху пацієнта й інших обставин (там само: 129). Спогади про згаданого педіатра В.О. Белоусова підтверджують використання тієї настанови: «Объяснение необходимости лечебных мероприятий он проводил, учитывая *особенности и культурный уровень родителей*» (Історія в історіях, 2015: 337).

Однак «врахування культурного рівня» свідчить не тільки на користь приховування діагнозу, який, до слова, обов'язково повідомлявся родичам хворого. Цілком доречно розглядати це як індивідуальний підхід до пацієнта, саме за відсутності якого



західні автори критикують радянську медицину. Втім, приховування навіть складних діагнозів відбувалося не завжди. Це ілюструє випадок з практики харківського лікаря 1960-х рр.: різні лікарі не тільки повідомили матері складний діагноз її доньки, але й пояснили варіанти й ризики лікування, надавши у такий спосіб можливість вибору медичного закладу й фахівця (там само: 292–293).

На відміну від Р. Вітча, соціолог М. Філд проаналізував існуючі в СРСР відносини «лікар-пацієнт» з класової точки зору (Field, 1957: 183–188, 190, 192, 198–199). Зважаючи на те, що «неможливо казати про радянського пацієнта, тому що існує кілька типів радянських пацієнтів», М. Філд дійшов висновку щодо різниці сприйняття дій лікаря залежно від соціального становища пацієнта (там само: 183–184, 190). При цьому він не обмежився розглядом номенклатурної медицини (там само: 185–188). М. Філд звернув увагу на те, що представники інтелігенції й службовці були поблажливіші до дій лікарів, ніж працівники ручної праці, внаслідок належності до споріднених соціальних груп, через подібність рівня освіти (там само: 199, 211). Якщо 80% представників інтелігенції вказали на уважність лікарів і відсутність залежності між платою за послуги й збільшенням уваги, то службовці, робітники й колгоспники надали відповідно 70, 60 і 50% аналогічних відповідей (там само: 217).

Пояснюючи, чому саме представники ручної праці найкритичніше ставилися до лікарів, М. Філд наголосив на «поліційній» функції радянського лікаря, а саме – на владі виписувати лікарняні листи: «саме серед працівників фізичної праці «поліційні» функції лікаря (видача довідок про хворобу та боротьба з симулянтами) постають в найгостріших формах... Це... робить його в очах пацієнта скоріше поліцейським, ніж цілителем» (там само: 199, 218).

Тут постає другий чинник, що визначав відносини «лікар-пацієнт» в СРСР – професійне становище лікаря (там само: 54, 57, 222). На думку автора, через перетворення лікарів на залежних від держави найманих працівників в СРСР відбулася депрофесіоналізація лікарської спільноти в західному розумінні – втрата нею самоврядності (там само: 54–55, 58, 219, 221–222).

Внаслідок соціалізації охорони здоров'я у відносинах «лікар-пацієнт» з'явився третій гравець – держава, покликана розподіляти кошти всередині галузі (там само: 219). Як наслідок, лікар ніс відповідальність перед пацієнтом і державою, поєднуючи функції медика й адміністратора (там само: 218, 220). М. Філд вказує на подвійну роль лікаря у «легітимації хвороби»: з одного боку, це забез-

печення інтересів виробництва, з іншого – послаблення суспільної напруги (там само: 210–211, 222). Обидві функції задовольняють інтереси держави. Так, за словами одного з респондентів, лікарняний лист надавали лише запланованому відсотку хворих промислових робітників (там само: 211).

Утім, свідчення пацієнтів про період 1970–1980-х рр. вказують, що ситуація з наданням листка непрацездатності не мала описаної гостроти, а сам дільничний лікар мав владу й *знання про окремого хворого*, щоб подовжити лікарняний: «Знаючи мої тодішні часті бронхіти, прекрасно розуміючи, що це за два з половиною дні не минеться, вона виписувала мої перші три дні лікування й одразу дописувала в листок ще три дні, ніби я вже в неї побувала на прийомі... Чому так мало лікарів не хотіли хоча б трохи подумати про пацієнтів *та й про себе*, для мене досі загадка. Хоча чому загадка? Не хотіли. Для цього треба було бути, як Чайка [прізвище дільничної], сміливою, шляхетною, з головою, серцем та справжньою відданістю професії» (Діденко, 2020).

До слова, торкаючись гендерного аспекту, М. Філд писав, що більшість пацієнтів в СРСР до 1950-х рр. віддавали перевагу лікарям-чоловікам (Field, 1957: 193–194). Радянській владі і самим медпрацівникам вдалося переломити ставлення населення на користь жінок-лікарів (там само: 194).

Для М. Філда подвійна відповідальність лікаря була шкідливою, оскільки залежний від держави, він неминуче надавав перевагу державним інтересам всупереч інтересам пацієнта (там само: 215, 218, 220). Бюрократизація професії провокувала неухважність і грубість лікарів (там само: 214; Слінін, 1989). І якщо на Заході договірні відносини передбачали судову відповідальність лікаря перед пацієнтом, то в СРСР дієвим важелем впливу пацієнта на лікаря були скарги керівництву або в газети (Власов, 1998). Справді, публікації з критикою діяльності лікарів на шпальтах радянської періодики були непоодинокими (Солдатенко, 1987; Слінін, 1989; Едель, Моїсеєв, 1991).

На додачу, державна медицина демотивувала лікаря й погіршувала якість роботи, оскільки винагорода не залежала прямо від задоволення потреб його пацієнтів (Field, 1957: 214–215).

Водночас, М. Філд визнавав, що позитивною рисою системи є те, що лікарю не треба перейматися гонитвою за прибутком, нав'язуючи пацієнту додаткові послуги (там само: 216). Саме відсутність комерційної складової, а також гуманізм і навички медперсоналу, респонденти М. Філда найчастіше згадували як позитивні риси радянської медичної системи (там само: 208–209).

Не виключено, що саме неоднозначне становище радянського лікаря, а може просто людський вимір питання, зумовили надання одночасно позитивних й негативних відгуків респондентів про медперсонал: «Для деяких радянський лікар перш за все це... втілення усталених традицій дореволюційної російської медицини і земських лікарів. Стереотип є прозорим й добре визначеним: це особа, повністю віддана гуманістичному поклику, самовідданій праці, щоб допомогти хворому, максимально нехтуючи власним комфортом і особистою вигодою. Для інших радянський лікар – це бездушний агент радянської системи, який чи то природньо, чи то внаслідок тиску став... поліцейським у білому халаті і запереченням усього гуманістичного в медицині» (там само: 208–210). Полярна оцінка лікарів простежується також у результатах анкетного опитування пацієнтів міських поліклінік СРСР, здійсненого в середині 1970-х рр., коли понад половина опитаних негативно оцінили ставлення дільничних до хворих (Грандо, 1988: 125). Дослідник М. Раян зазначав, що наприкінці існування СРСР визнана владою грубість і байдужість медперсоналу доповнювалася вимаганням хабарів й навіть стверджував, що прийняття хабаря лікарем сприймалося пацієнтом як ознака «доброго фахівця» (!) (Ryan, 1990: 26). Натомість, під час здійсненого автором цієї статті анкетування серед пацієнтів харківських лікарень за період 1945–1991 рр. наявність корупції зазначило 19 % опитаних, причому, один респондент згадав випадок, коли лікар сприйняв «подарунок» як образу. Професіоналізм та уважне ставлення з боку лікарів згадало 62 % опитаних, негативні характеристики медперсоналу дало 23 % (Робак, Гльїн, 2018: 95).

Зумовлені адміністративними обов'язками й перевантаженням грубоці з боку лікарів влада намагалася усунути за допомогою адміністративних таки, матеріальних і структурних заходів. Наприкінці 1980-х рр. завідувач міського відділу охорони здоров'я Харкова В.І. Реміняк поряд з можливістю пониження лікаря в посаді й зменшення зарплатні в разі порушення ним медичної етики, пропонував надати хворим право обирати лікаря, а адміністраціям поліклінік – матеріально заохочувати популярних лікарів (Солдатенко, 1987). Це ж планувалося здійснити під час останньої радянської реформи охорони здоров'я.

На думку М. Філда, лікар став заручником системи. З одного боку, адміністративна функція надання лікарняних робила його «захисником режиму» в очах частини пацієнтів (Field, 1957: 218, 224). З іншого, влада сформувала в населення

хибні очікування щодо безкоштовної охорони здоров'я, провину за неможливість реалізації яких «може бути покладено на окремих лікарів» (там само: 203–204). Спираючись на вузьку й упереджену джерельну базу, М. Філд зробив наголос на підпорядкуванні лікаря державним інтересам як *таким, що однозначно суперечать інтересам пацієнта*. Виходячи з цього, він дійшов висновку про шкідливість державної моделі охорони здоров'я, що є продуктом й частиною репресивної радянської системи.

Наприкінці 1980-х рр. М. Філд дещо скорегував свій висновок, однак, не на користь соціалізованої медицини. Він визнав, що лікарська корпорація в СРСР, залишаючись абсолютно безвладною з точки зору професіоналізму (відсутність автономії й потенціалу політичного лобювання), набула величезної бюрократичної влади (Ратманов, 2015: С. 104). Натомість, М. Раян, який теж вважав, що поява незалежної лікарської спільноти є необхідною умовою для поліпшення якості охорони здоров'я, тоді ж зробив висновок, що започатковані М. Горбачовим зміни в галузі вже почали приносити вигоди як лікарям, так і пацієнтам (Ryan, 1990: 149).

**Висновки.** Таким чином, аналіз досліджень, присвячених відносинам «лікар-пацієнт» в СРСР, демонструє, що це питання виходить за межі суто медичної проблематики й веде до розгляду сутності радянського ладу.

Західна історіографія зробила ґрунтовний внесок в дослідження відносин «лікар-пацієнт» в СРСР. Разом з тим, дослідження, що здійснювалися за часів «холодної війни», містили спрощені, схематичні й ідеологізовані висновки. Фактично вони пропонували ліберальний погляд на ситуацію в СРСР, що подавався як об'єктивний. Наприклад, зауваження М. Філда щодо повної залежності лікаря від держави перегукувалися з пропагандою часів «холодної війни» проти соціалізації охорони здоров'я в самих США, тобто, створювали дискурс, зручний для лобювання інтересів приватних лікарів (Moser, 2012). Яскравим ідейним прийомом в цьому контексті слугує висновок М. Філда про робітників як найбільш невдоволену лікарями групу. Висновок мав продемонструвати критичність до режиму з боку класу, що традиційно вважався опорою радянської влади.

Акцентуючи увагу на репресивній ролі радянського лікаря, західні автори вдавалися до перебільшення (Ратманов, 2015: 103). Розглядаючи відносини «лікар-пацієнт» як незмінні, вони не враховували конкретні історичні умови, що обмеж-

ували реалізацію принципів соціалізованої медицини й виключали можливість їхньої реалізації в майбутньому, покладаючи провину за це на хибну радянську систему. Так згадані критично налаштовані робітники вже протягом 1960–1980-х рр. отримали найкраще в СРСР медобслуговування завдяки розбудові медико-санітарних частин. Критикуючи залежність лікарів від держави й централізацію, що заважала гнучкості в діагностиці делікатних захворювань, західні дослід-

ники забували про можливості, що надавала така система лікарям як науковцям і те, що зворотним боком централізації була обов'язкова диспансеризація населення.

Введення в науковий обіг спогадів лікарів і пацієнтів дозволяє зробити висновок про розвиток медичної етики та самоусвідомлення радянських лікарів, скорегувати висновки про сутність відносин «лікар-пацієнт» в СРСР, зокрема, спростувати тезу про їхню деперсоналізацію.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Історія в історіях: Харків. вища мед. шк. у спогадах, документах і фотографіях. Харків : ХНМУ, 2015. 552 с.
2. Field Mark G. Doctor and Patient in Soviet Russia. Cambridge : Harvard University Press, 1957. 266 p.
3. Ryan M. Doctors and the State in the Soviet Union. Basingstoke : Palgrave Macmillan UK, 1990. 205 p.
4. Prozorov Sergei. Foucault and Soviet biopolitics. *History of the Human Sciences*, 2014, vol. 27, issue 5. URL : [https://www.academia.edu/8251902/Foucault\\_and\\_Soviet\\_Biopolitics](https://www.academia.edu/8251902/Foucault_and_Soviet_Biopolitics).
5. Власов В. В. Этические проблемы советской медицины на страницах зарубежной медицинской печати. *Биоэтика: принципы, правила, проблемы*. Москва, 1998. URL : <https://www.booksite.ru/localtxt/bio/eti/ka/bioetika/9.htm#7>.
6. Ратманов П. Э. Концепция профессионализма и история здравоохранения СССР. *Дальневосточный медицинский журнал*, 2015, № 3, С. 102–107.
7. Врач и пациент: типы и формы взаимоотношений. URL : <http://window.edu.ru/resource/442/42442/files/gl5.pdf>.
8. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Київ : Выща шк., 1988. 192 с.
9. Діденко Н. Тролейбус номер 15. Вулиця Німанська. Дуже ділова зупинка. *Історична правда*, 17 червня 2020. URL : <https://www.istpravda.com.ua/columns/2020/06/17/157678/>.
10. Слінін С. Звітувати – не лікувати. *Соціалістична Харківщина*, 1989, 22 серпня.
11. Солдатенко А. Проблеми нові і старі. *Вечірній Харків*. 1987. 2 червня.
12. Едель Ю., Моїсєєв В. Лікар як фактор ризику. *Березиль*. 1991. № 11. С. 134–142.
13. Робак І. Ю., Ільїн В. Г. Харківська охорона здоров'я в післявоєнний радянський період (1945–1991 рр.). Харків : Колегіум, 2018. 344 с.
14. Whet Moser. How the AMA Scared Us Away From 'Socialized Medicine' and Prepared Us For Obamacare. *Chicago Magazine*, Oct. 19 2012. URL : [shorturl.at/tGLM1](http://shorturl.at/tGLM1).

#### REFERENCES

1. Istoriiia v istoriiakh: Kharkiv. vyscha med. shk. u spohadakh, dokumentakh i fotohrafiiakh [History in histories: The Kharkiv higher medical school in the memoirs, documents and photos]. Kharkiv : KhNMU, 2015. 552 s. [in Ukrainian].
2. Field Mark G. Doctor and Patient in Soviet Russia. Cambridge: Harvard University Press, 1957. 266 p.
3. Ryan M. Doctors and the State in the Soviet Union. Basingstoke : Palgrave Macmillan UK, 1990. 205 p.
4. Prozorov Sergei. Foucault and Soviet biopolitics. *History of the Human Sciences*, 2014, vol. 27, issue 5. URL: [https://www.academia.edu/8251902/Foucault\\_and\\_Soviet\\_Biopolitics](https://www.academia.edu/8251902/Foucault_and_Soviet_Biopolitics).
5. Vlasov V. V. Etycheskiye problemy sovetskoj medytsyny na stranytsakh zarubezhnoj medytsynskoj pechaty. Byoetyka: pryntsypy, pravyla, problemy [Ethical problems of the Soviet medicine on the pages of foreign medical press. Bioethics: principles, rules, problems]. Moscow, 1998. URL: <https://www.booksite.ru/localtxt/bio/eti/ka/bioetika/9.htm#7> [in Russian].
6. Ratmanov P. E. Kontseptsiya professyonalizma y ystoriya zdravookhraneniya SSSR [The Concept of Professionalism and the History of Healthcare in the USSR]. *Far East Medical Journal*, 2015, № 3, S.102–107 [in Russian].
7. Vrach y patsyent: typy y formy vzaymootnosheniy [Doctor and patient: types and forms of the relationship]. URL: <http://window.edu.ru/resource/442/42442/files/gl5.pdf> [in Russian].
8. Hrando A.A. Vrachebnaia etyka y medytsynskaia deontolohiya [Doctor's ethics and medical deontology]. Kyiv : High School, 1988. 192 s. [in Russian].
9. Didenko N. Trolejbus nomer 15. Vulytsia Nimans'ka. Duzhe dilova zupynka [Trolleybus № 15. Nimanska street. Very business station]. *Istorychna Pravda*, 17 June 2020. URL: <https://www.istpravda.com.ua/columns/2020/06/17/157678/> [in Ukrainian].
10. Slinin S. Zvituvaty – ne likuvaty [Reporting does not mean healing]. *Sotsialistychna Kharkivschyna*, 1989, 22 August [in Russian].
11. Soldatenko A. Problemy novi i stari [The problems new and old]. *Vechirnij Kharkiv*, 1987, 2 June [in Russian].
12. Edel' Yu., Moiseiev V. Likar iak faktor ryzyku [Doctor as a risk factor]. *Berezil'*, 1991, № 11, S. 134–142 [in Ukrainian].
13. Robak I.Yu., Il'in V.H. Kharkivs'ka okhorona zdorov'ia v pisliavoiennyj radians'kyj period (1945–1991 rr.) [The Kharkiv healthcare in the post-war Soviet period (1945–1991)]. Kharkiv : Kolehium, 2018. 344 s. [in Ukrainian].
14. Moser W. How the AMA Scared Us Away From 'Socialized Medicine' and Prepared Us For Obamacare. *Chicago Magazine*, Oct. 19 2012. URL: [shorturl.at/tGLM1](http://shorturl.at/tGLM1).