

<https://doi.org/10.15407/socium2021.02.009>
УДК 614.4



Creative Commons Attribution 4.0 International

Петрашко Л.П., д-р екон. наук, проф., професор кафедри міжнародного менеджменту Київського національного економічного університету імени Вадима Гетьмана, просп. Перемоги, 54/1, Київ, 03057, Україна, email: ludmila.petrashko@kneu.edu.ua, ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5319-3155>,

Мартинюк О.В., канд. екон. наук, доц., доцент кафедри міжнародної економіки Київського національного економічного університету імени Вадима Гетьмана, просп. Перемоги, 54/1, Київ, 03057, Україна, email: olena.martyniuk@kneu.edu.ua, ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9938-4811>

ЕТИЧНИЙ КОМПАС МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19

Актуалізовано та структуровано акцентні проблеми медичної сфери, що виникають в умовах пандемії COVID-19, в розрізі векторів відносин: глобальний світ – держава – людина, держава – клініка – суспільство, клініка – лікар (медперсонал), клініка – пацієнт, лікар (медперсонал) – пацієнт. Представлено еволюційний контекст процесу нормування медичних ресурсів і акцентовано ієрархічну схему процесу регламентації нормування дефіцитних ресурсів системи охорони здоров'я в кризових умовах пандемії. Обґрунтовано підходи до прийняття медичних рішень "сортування" та застосування ряду його форм залежно від різноманітних регіональних, національних, релігійних і локальних моделей формування системи етичних цінностей. Акценти зроблено на американській та європейській моделях біоетики. Розглянуто утилітарний підхід до підготовки медичних рішень "клінічного сортування" з метою нівелювання етичних катастроф під час пандемії, що ґрунтується на католицькій етиці. Досліджено питання регламентованого нормування дефіцитних медичних ресурсів і "клінічного сортування" пацієнтів під час пандемії COVID-19 в Україні. Окреслено головну біоетичну дилему пандемії COVID-19. Актуалізовано критерії та моделі етичних медичних рішень справедливого розподілу дефіцитних медичних ресурсів в умовах пандемії COVID-19, що визначені в Етичних рекомендаціях щодо реагування на COVID-19 Комітету біоетики Ради Європи, Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США; в нормативних документах сфери етики медичних рішень у період пандемії COVID-19 Національних медичних асоціацій, палат, центрів біоетики Італії, Угорщини, США, Великої Британії; в керівництвах національних, релігійних і локальних інституцій підготовки медичних рішень для нівелювання етичних катастроф під час пандемії та в дослідженнях міжнародних експертів з біоетики. Визначено необхідність процесу формалізації справедливого розподілу дефіцитних ресурсів у період пандемії COVID-19 в Україні. Обґрунтовано рекомендації щодо імплементації етичних цінностей і пріоритетів їх застосування в критичних умовах дефіциту медичних ресурсів і персоналу під час пандемії COVID-19 у системі охорони здоров'я України.

Ключові слова: етика медичних рішень, пандемія COVID-19, клінічне сортування, критерії справедливого розподілу, дефіцитні ресурси.

Petrashko L.P., Dr Habil (Economics), Professor, Professor of the Department of International Management, Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman, 54/1, Peremohy Avenue, Kyiv, 03057, Ukraine, email: ludmila.petrashko@kneu.edu.ua, ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5319-3155>,

Martyniuk O.V., PhD. (Economics), Associate Professor, Associate Professor of Department of International Economics, Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman, 54/1, Peremohy Avenue, Kyiv, 03057, Ukraine, email: olena.martyniuk@kneu.edu.ua, ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9938-4811>

ETHICAL COMPASS FOR MEDICAL SOLUTIONS IN THE COVID-19 PANDEMIC

The article actualizes and structures significant problems of the medical sphere that arise in the context of the COVID-19 pandemic, in terms of the relations vectors: global world – state – person, state – clinic – society, clinic – doctor (medical staff), clinic – patient, doctor (medical staff) – the patient. The authors presented the evolutionary context of the norming process of medical resources and emphasized the hierarchical scheme of the regulation process of scarce resources norming in the health care system under the pandemic crisis conditions. The paper substantiates approaches to making medical decisions on "sorting" and applying a number of its forms depending on various regional, national, religious, and local models of the ethical values system formation. Emphasis is placed on American and European models of bioethics. The authors consider the utilitarian approach to preparing medical solutions of "clinical sorting" to level ethical catastrophes in a pandemic based on Catholic ethics. The issues of regulated norming of scarce medical resources and the "clinical triage" of patients during the COVID-19 pandemic in Ukraine have been investigated. The main bioethical dilemma of the COVID-19 pandemic is outlined. The authors actualize criteria and models of ethical medical solutions for equitable allocation of scarce medical resources in the context of the COVID-19 pandemic. These criteria and models are defined in the Ethical Guidelines for Responding to COVID-19 of the Bioethics Committee at the Council of Europe, the US Department of Health and Human Services; in normative documents in the field of ethics of medical decisions during the COVID-19 pandemic of the National Medical Associations, chambers, centres of bioethics of Italy, Hungary, USA, Great Britain; in the guidelines of national, religious and local institutions for the preparation of medical decisions for the levelling ethical catastrophes during the pandemic and the studies of international bioethics experts. The paper identified the need to formalize the fair distribution of scarce resources during the COVID-19 pandemic in Ukraine. The authors suggested recommendations for the implementation of ethical values and priorities for their application in critical conditions of shortage of medical resources and personnel in the COVID-19 pandemic in the health care system of Ukraine.

Keywords: *ethics of medical decisions, COVID-19 pandemic, clinical triage, criteria for equitable distribution, scarce resources.*

Ми живемо в умовах, коли з глобального порядку денного максимально витіснено всі події, крім COVID-19, а ступінь новинного медіахайпа (гучні заголовки, вражаюча статистика, “лідери думок”, репости шок-контенту) без експертної думки стосовно ситуацій і рекомендацій щодо розумної поведінки в період пандемії COVID-19 тільки підсилює тривожність у суспільстві.

Реальний і потенційний карантини з їх жорсткими обмеженнями занурюють світ у фрустрацію. У ситуації невизначеності щодо завершення та впливу COVID-19 вимоги й запити до систем охорони здоров'я, які постійно виникають, породжують багато проблем, головною з яких є потреба в нормуванні ресурсів для надання допомоги постраждалим.

Медики в усіх країнах не були готові до нестачі місць у відділеннях інтенсивної терапії, дефіциту засобів індивідуального захисту людини та професійного захисту

медичного персоналу, обмеженої кількості обладнання для кисневої терапії, нестачі чисельності медичного персоналу та часу для прийняття рішень у контексті розподілу допомоги постраждалим від COVID-19. До такої трагічної ситуації, коли пацієнтів необхідно класифікувати та визначати черговість надання медичної допомоги шляхом вибору: хто і де отримуватиме (або не отримуватиме) допомогу й лікування (які і де), ніхто не був готовий.

Пандемія COVID-19 поставила перед системою охорони здоров'я всіх країн світу найважливіше питання: як лікувати постраждалих від вірусу в безпечній, справедливій та ефективній формі. Насамперед, викликає значне занепокоєння неспроможність зупинити пандемію та допомогти людям, захистити осіб, які цю допомогу надають.

Мета статті – актуалізувати й обґрунтувати етичні критерії справедливого розподілу дефіцитних медичних ресурсів під час пандемії COVID-19, що визначені в Етичних рекомендаціях щодо реагування на COVID-19 Комітету біоетики Ради Європи, Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США; в нормативних документах сфери етики медичних рішень у період пандемії COVID-19 Національних медичних асоціацій, палат, центрів біоетики Італії, Угорщини, США, Великої Британії; в керівництвах національних, релігійних і локальних інституцій підготовки медичних рішень для нівелювання етичних катастроф під час пандемії та дослідженнях міжнародних експертів з біоетики, надати рекомендації щодо імплементації етичних цінностей і пріоритетів їх застосування в критичних умовах дефіциту медичних ресурсів і персоналу під час пандемії COVID-19 в системі охорони здоров'я України.

Актуалізація та структурування головних проблем, що виникають в умовах пандемії Covid-19. Під час першої хвилі пандемії COVID-19 за три тижні італійська система охорони здоров'я була практично зруйнована. У лікарнях не було достатньої кількості місць для хворих, медичного персоналу, ліків і обладнання. У “Рекомендаціях з клінічної етики при розподілі процедур інтенсивного догляду за виняткових обставин з обмеженими ресурсами” італійської Асоціації анестезії, анальгезії, реанімації та інтенсивної терапії (SIAARTI) було запропоновано спрямувати важливі ресурси (зокрема, ліжка інтенсивної терапії та апарати ШВЛ) пацієнтам з більшою імовірністю виживання [1–3]. Проте ще на початку пандемії медична допомога надавалася відповідно до черговості надходження постраждалих [4].

На межі колапсу були системи охорони здоров'я Франції, Іспанії, Бразилії та інших країн. У Південній Кореї через дефіцит лікарняних ліжок у відділеннях інтенсивної терапії пацієнти чекали своєї черги вдома, що призвело до численних смертей [5].

Урядом Угорщини (7 квітня 2020 р.) було озвучено вимогу до лікарень: залишити не менше ніж 60% з приблизно 70 000 лікарняних ліжок у країні для пацієнтів, інфікованих COVID-19 [6]. Відбулася масова евакуація пацієнтів з іншими захворюваннями. Водночас, згідно з “Етичними вимогами щодо розподілу медичних ресурсів під час пандемії COVID-19” (14.04.2020 р.) Угорської медичної палати, основні зусилля були зосереджені на збереженні максимальної кількості життів і пріоритеті пацієнтів з великою імовірністю виживання [7].

У середині березня 2020 р. Центр Гастінгса і Рада з біоетики Наффілда (Hasting Centre and Nuffield Council on Bioethics) опублікували “Етичні рекомендації щодо реагування на COVID-19”. Згідно з цими рекомендаціями, заходи у сфері охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на фактичних даних і бути пропорційними, зводити до мінімуму примус і вторгнення в життя людей, а також необхідно ставитися до людей як до рівних з моральної точки зору. Більше того, мета втручань і наукові знання, цінності та судження, на яких вони засновані, мають бути доведені до громадськості [8].

В європейських новинних стрічках (NBC News) того періоду повідомлялося про необхідність резервування апаратів ШВЛ для молодих пацієнтів.

У США в період першої хвилі епідемії медичні працівники відчули брак масок з високим ступенем захисту. І це призвело до виключних рекомендацій повторного використання одноразових масок у кризових ситуаціях. У деяких лікарнях Нью-Йорка використовували одні й ті самі апарати ШВЛ для двох пацієнтів з ризиком їх інфікування [9].

Етичні проблеми прийняття медичних рішень під час пандемії коронавірусу не обмежувалися сферою нормування ресурсів і допомоги постраждалим.

У Данії, Швеції, Великій Британії вимоги до використання захисних засобів серед населення були знижені, що викликало неоднозначну реакцію медичних працівників, а особливо сусідських країн з більш жорсткими вимогами до індивідуального захисту людини. І тільки окремі держави (зокрема, Ізраїль) ультимативно вводили радикальні заходи для перестраховки в контексті досягнення критичної точки пандемії. Глобальне співтовариство спостерігало провал космополітизму – коли кожна держава думала тільки про своє благо в своїх територіальних межах і національних ресурсах.

Єдиними державами, які мали план дій у період глобальної кризи в сфері охорони здоров'я, були маленькі азіатські країни: Сінгапур, Тайвань, Гонконг. Швидкість їх медичних рішень дозволила запобігти значним економічним спадам у своїх країнах.

Поведінка більшості урядів у період пандемії COVID-19 навряд чи була обґрунтованою та раціональною: приховування й ігнорування інформації, несвоєчасне інформування, недооцінка небезпеки вірусу COVID-19, дефіцит ресурсів допомоги, невідповідність медичної інфраструктури, політичний безлад, націоналістичні настрої, політизація медичних рішень, слабкість глобального лідерства тощо.

У таблиці 1 показано акцентні проблеми в контексті векторів відносин: глобальний світ – держава – людина, держава – клініка – суспільство, клініка – лікар (медперсонал), клініка – пацієнт, лікар (медперсонал) – пацієнти.

В умовах пандемії COVID-19 виникає багато складних проблем, які потрібно вирішувати. І кожна з них має етичний акцент.

Одна з найважливіших проблем пандемії COVID-19, до якої світ не був готовий, – це вирішення етичних питань справедливого нормування медичних ресурсів і допомоги постраждалим від COVID-19 та інших захворювань при дефіциті ресурсів, коли немає можливості допомогти кожному. У таких умовах етична парадигма стає складнішою і лікарі повинні робити непростий вибір щодо розподілу ресурсів і сортування пацієнтів з наслідками для життя та смерті.

Таблиця 1

Акцентні проблеми, що виникають в умовах пандемії COVID-19

Сегмент: глобальний світ – держава – людина	
Відсутність консолідованої політики	
Відсутність своєчасного й адекватного обміну інформацією	
Ксенофобія	
Сегмент: держава – клініка – суспільство	
Відсутність і неоднозначність нормативних документів	
Відсутність забезпечення обладнанням і лікарськими препаратами	
Відсутність раціонального розподілу фінансових і матеріальних ресурсів	
Сегмент: клініка – лікар (медперсонал)	
Відсутність і неоднозначність рекомендацій для роботи персоналу	
Відсутність гідної винагороди праці медиків	
Дефіцит засобів захисту медичного персоналу	
Сегмент: клініка – пацієнт	
Дефіцит ліжок інтенсивної терапії, обладнання та препаратів	
Нестача і низька кваліфікація медичного персоналу	
Дефіцит засобів індивідуального захисту пацієнтів	
Сегмент: лікар (медперсонал) – пацієнти	
Неякісні медичні послуги	
Попрагнення справедливого та рівного ставлення до всіх пацієнтів	
Неповне забезпечення лікарськими препаратами	

Джерело: складено авторами.

Методологічну та теоретичну основу дослідження становлять рекомендації щодо біоетичних норм надання медичної допомоги відповідної якості в період пандемій Комітету біоетики Ради Європи та Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США; нормативні документи сфери етики медичних рішень у період пандемії COVID-19 національних медичних асоціацій, палат, центрів біоетики Італії, Угорщини, США, Великої Британії. У процесі вирішення завдання дослідження були використані: методи аналізу та синтезу для дослідження еволюційного контексту процесу нормування медичних ресурсів у кризових умовах їх дефіциту; методи порівняльного аналізу для оцінки регіональних і національних підходів виокремлення етичних критеріїв прийняття медичних рішень в умовах дефіциту ресурсів під час пандемії COVID-19; метод системного узагальнення для обґрунтування рекомендації щодо імплементації етичних цінностей і пріоритетів їх застосування в критичних умовах дефіциту медичних ресурсів і персоналу під час пандемії COVID-19 у системі охорони здоров'я України.

І. Еволюційний контекст процесу нормування медичних ресурсів у кризових умовах. COVID-19 – це не перша пандемія. В історії людства відомі епідемії чуми, малярії, ВІЛ, туберкульозу, лихоманки Ебола, атипової пневмонії, свинячого грипу. У 2019 р. почалася пандемія коронавірусу, масштаби та наслідки якої поки що складно оцінити.

Поняття “сортування пацієнтів” є відомим і не новим для медичної сфери. Воно має 200-літню історію. Одним з перших, хто застосував сортування пацієнтів на практиці, був головний хірург імперської гвардії Наполеона Д.Ж. Ларрей. Такі медичні

практики застосовувались і в період світових воєн. Видатний хірург М.І. Пирогов ще у 1865 р. акцентував необхідність “сортування”, яке має лежати в основі оптимальної організації надання медичної допомоги пораненим. Щодо сутнісної реалізації, таке “сортування” постраждалих не є тим самим, що “клінічне сортування”.

Як же справедливо розподіляти дефіцитні медичні ресурси під час пандемії COVID-19? В умовах значного зростання випадків гострої дихальної недостатності серед захворілих на COVID-19, які вимагають госпіталізації у відділення інтенсивної терапії, виникає дисбаланс між можливостями медичних установ і потребою пацієнтів в ефективному доступі до ресурсів надання допомоги. У цьому зв'язку, є необхідність моделювання сценаріїв доступу до інтенсивної терапії, які охоплюють не тільки сувору клінічну доцільність і відповідність догляду, але й справедливість і належний розподіл обмежених ресурсів охорони здоров'я. Подібні сценарії розроблялись у сфері медицини катастроф. У цих випадках клінічні та етичні міркування з часом спричинили появу безлічі конкретних правил для медичного персоналу, які в таких ситуаціях змушені робити важкий вибір медичних рішень “сортування”.

Є багато літератури та документів з біоетики, де обґрунтовуються підходи до медичних рішень “сортування” та застосування різних його форм. Відомі також різноманітні національні, релігійні та локальні моделі підготовки медичних рішень для нівелювання етичних катастроф в умовах пандемії. Католицькі біоетики (Католицька асоціація охорони здоров'я США, Католицька медична асоціація, Національний католицький центр біоетики в США) визначають медичні рішення “клінічного сортування” тільки частиною більш широких етичних проблем профілактичних стратегій: лікарняний лист, допомога в тестуванні та лікуванні, правдива інформація тощо [10]. Католицька етика дозволяє приймати утилітарні рішення: максимізація блага для більшої кількості людей. Водночас католики застерігають від утилітарних підходів в етиці, до яких не належить повага до гідності людини.

В ЄС єдиним юридично обов'язковим документом про права людини в біомедицині є Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування досягнень біології та медицини (1997 р.). Еволюційного розвитку набір біоетичних норм отримав у Конвенції про права людини та біомедицину (Договір № 164, 1999 р.) [11] додатковим протоколом, який стосується біомедичних досліджень (Договір № 195, 2007 р.) [12], у Стратегічному плані дій з прав людини та технологій у біомедицині на 2020–2025 роки (2019 р.) [13]. У цих документах Комітету біоетики Ради Європи визначено найбільш вичерпний і юридично обов'язковий набір біоетичних норм: інтереси людини превалюють над інтересами суспільства та науки; рівний доступ до медичної допомоги відповідної якості; захист людської гідності, прав людини та індивідуальних свобод щодо використання технологій та еволюції біомедичних практик; захист прав осіб, які проходять дослідження та перебувають у надзвичайних клінічних ситуаціях, спрямованих на розробку відповідних терапевтичних і профілактичних заходів. Проте і в цих документах немає чітких правил нормування дефіцитних ресурсів і “клінічного сортування” пацієнтів в умовах пандемії (табл. 2).

У 2005 р. Міністерство охорони здоров'я і соціальних служб США розробило План боротьби з пандемією грипу, в якому змодельовано потенційний вплив на охо-

рону здоров'я помірних і важких пандемій грипу. План був оновлений після спалаху грипу А (H1N1) у 2009 р. і 2017 р. [14]. Він передбачає, що помірною пандемією заразяться близько 64 млн американців, з яких близько 800 000 (1,25%) потребуватимуть госпіталізації і для 160 000 (0,25%) будуть потрібні ліжка у відділенні інтенсивної терапії. Серйозна пандемія різко підвищить ці потреби.

Таблиця 2

Біоетичні норми в ЄС

Назва документа	Головні акценти	Дата
Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування досягнень біології та медицини	Єдиний юридично обов'язковий документ про права людини в біомедицині	1997 р.
Конвенція про права людини та біомедицину (Договір № 164) [11]	Найбільш вичерпний і юридично обов'язковий набір біоетичних норм: – інтереси людини превалюють над інтересами суспільства і науки; – акценти на клонування та генетичне лікування; – рівний доступ до медичної допомоги відповідної якості	01.12.1999 р.
Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину, який стосується біомедичних досліджень (Договір № 195) [12]	Захист прав осіб, які проходять дослідження та перебувають у надзвичайних клінічних ситуаціях; розробка відповідних терапевтичних і профілактичних заходів	01.09.2007 р.
Стратегічний план дій з прав людини та технологій у біомедицині на 2020–2025 роки [13]	Захист людської гідності, прав людини та індивідуальних свобод щодо використання технологій і еволюції біомедичних практик	21.11.2019 р.

Джерело: складено авторами за: [11–13].

У США (Нью-Йорку, 2015 р.) робоча група з етики створила Рекомендації щодо розподілу апаратів ШВЛ під час пандемії грипу (272 с.). Цей документ став основою для політики розподілу ШВЛ у лікарнях Нью-Йорка. На наш погляд, навряд чи такий великий документ є корисним для медичного персоналу інтенсивної терапії. Фахівці Центру біоетики Монтефіоре та Ейнштейна пішли далі – структурували ці Рекомендації за головними напрямками та поширили скорочену версію. Крім того, розроблено План для етапів збільшення кризової загрози.

Диференціація основних принципів розподілу дефіцитних ресурсів в умовах пандемії COVID-19 в нормативних документах ряду країн показана в табл. 3.

Зростаючий дисбаланс між попитом і пропозицією на медичні ресурси під час пандемії в багатьох країнах ставить на порядок денний принципове питання: як можна справедливо розподіляти медичні ресурси під час пандемії COVID-19? Хто повинен приймати рішення про нормування: лікар, керівник, медична рада клініки, міністерства чи законодавці? Як на практиці здійснюються процеси нормування та сортування в кризових умовах дисбалансу медичних ресурсів?

Таблиця 3

**Нормативні документи сфери етики медичних рішень
“клінічного сортування” в період пандемії COVID-19**

Країна	Організація	Назва документа	Головний принцип розподілу при дефіциті ресурсів	Дата прийняття
<i>Для пацієнтів з COVID-19</i>				
Італія	Асоціація анестезії, аналгезії, реанімації та інтенсивної терапії	Рекомендації з клінічної етики при розподілі процедур інтенсивного догляду за виняткових обставин з обмеженими ресурсами [1; 2]	За черговістю надходження постраждалих; надання паліативної допомоги	16.03.2020 р.
Угорщина	Угорська медична палата	Етичні міркування при розподілі медичних ресурсів під час пандемії COVID-19 [7]	Збереження найбільшої кількості життів і надання пріоритету пацієнтам з великою імовірністю виживання	14.04.2020 р.
США	Центр Гастінгса та Рада з біоетики Наффілда	Етичні норми для медичних установ і керівні принципи для інституціональних служб етики у відповідь на пандемію коронавірусу [8]	Акценти на фактичних і пропорційних даних, мінімізація примусу та вторгнення в життя людей. Рівне ставлення до всіх	16.03.2020 р.
Європа	Комітет біоетики Ради Європи	Заява щодо COVID-19: принципи прав людини повинні визначати рішення в сфері охорони здоров'я [15]	Рівний доступ до медичної допомоги, визначається за медичними критеріями	14.04.2020 р.
<i>Для пацієнтів без COVID-19</i>				
Угорщина	Уряд	Наказ [6]	Звільнити 60% від 70 000 ліжок для пацієнтів, які інфіковані COVID-19	7.04.2020 р.

Джерело: складено авторами за: [1–2; 6–8; 15].

Уявімо (без детального екскурсу в філософсько-етичні міркування про моральну оцінку поведінки або вчинків людини) “ідеальну” ситуацію, тобто “ідеальне” кризове становище одночасного надходження великої чисельності важких пацієнтів у медичні клініки, яке виникає під час катастроф, воєн, пандемій.

Переважно в розвинутих країнах процеси “клінічного сортування” формалізовані в інституційних і організаційних політиках систем охорони здоров'я в контексті кризових стандартів допомоги при катастрофах і пандеміях. Вони розроблені, формалізовані в нормативних документах і впроваджені по всій вертикалі системи охорони здоров'я. Для конкретної кризової ситуації необхідним є тільки коригування цих документів у контексті специфіки моменту. Ієрархічну схему процесу регламентації

нормування дефіцитних ресурсів системи охорони здоров'я в кризових умовах пандемії показано на рис. 1.

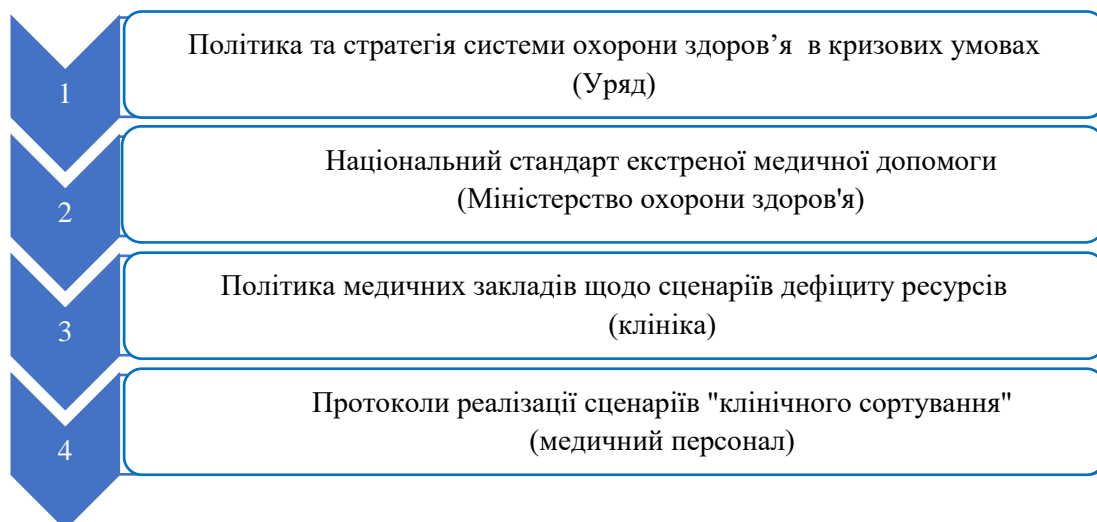


Рис. 1. Ієрархічна схема процесу регламентації нормування дефіцитних ресурсів системи охорони здоров'я в кризових умовах пандемії

Джерело: складено авторами за: [16].

Кожна клініка повинна мати коротке керівництво (рекомендації) з описом сценаріїв дефіциту ресурсів у кризових умовах (дисбалансу між можливостями медичного закладу та потребою пацієнтів в ефективному доступі до ресурсів надання допомоги) і протоколи їх реалізації.

Такі документи дозволяють не відповідати на запитання: “Хто повинен приймати рішення про нормування ресурсів і “клінічне сортування” пацієнтів у кризових ситуаціях, коли час – це головний ресурс для важких пацієнтів?”. Відповіді вже відображені в протоколах реалізації сценаріїв дефіциту ресурсів. До кваліфікаційної підготовки медичного персоналу належить навчання таким навичкам, які набуваються в рамках спеціальних тренінгів, майстер-класів, курсів підвищення кваліфікації тощо.

II. Питання нормування дефіцитних медичних ресурсів і “клінічного сортування” пацієнтів під час пандемії COVID-19 в Україні. У відповідь на пандемію COVID-19 Міністерством охорони здоров'я України прийнято низку документів: Закон України “Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)”¹; накази Міністерства охорони здоров'я України “Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу

¹ Закон України “Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)” від 30.03.2020 р. № 539-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-20#Text>

(COVID-19)”²; “Про внесення змін до протоколу “Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)”³; “Про внесення змін до протоколу “Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)”⁴; “Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги “Коронавірусна хвороба COVID-19”⁵; “Про затвердження Зміни до Стандартів медичної допомоги “Коронавірусна хвороба (COVID-19)”⁶.

У жодному із зазначених документів і стандартів не розглядаються питання нормування дефіцитних ресурсів і “клінічного сортування” пацієнтів у таких кризових умовах. Відповідно до змісту цих нормативних документів, питання нормування дефіцитних ресурсів і “клінічного сортування” пацієнтів у кризових умовах пандемії COVID-19 в Україні не порушувалися.

III. Головна біоетична дилема пандемії COVID-19. Під час пандемії системи охорони здоров'я відчувають обмеження, а зростання кількості тяжких випадків викликає серйозні етичні проблеми, які професіонали та компетентні органи повинні вирішувати при наданні медичної допомоги пацієнтам. Складні рішення повинні прийматися на колективному та індивідуальному рівнях у контексті невизначеності й обмежених ресурсів, що може спричинити серйозні наслідки для окремих пацієнтів.

Немає більш фундаментальної етичної напруженості, ніж розподіл дефіциту ресурсів і допомоги постраждалим під час пандемії. Крім виснажливого робочого графіка, вичерпання запасів лікарських препаратів, ресурсів обладнання та строку придатності захисного спорядження медицини стикаються з важким вибором між пацієнтами при розподілі дефіцитних ресурсів. Це дуже складно й емоційно болісно. Кожен лікар енергійно захищає своїх пацієнтів, але з точки зору утилітарної етики всі пацієнти заслуговують на те, щоб про них дбали.

² Наказ Міністерства охорони здоров'я України “Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)” від 28.03.2020 р. № 722. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-28032020--722-organizacija-nadannja-medichnoi-dopomogi-hvorim-na-koronavirusnu-hvorobu-covid-19>

³ Наказ Міністерства охорони здоров'я України “Про внесення змін до протоколу “Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)” від 17.09.2020 р. № 2116. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-17092020--2116pro-vnesennja-zmin-do-protokolu--nadannja-medichnoi-dopomogi-dlja-likuvannja--koronavirusnoi-hvorobi-covid-19>

⁴ Наказ Міністерства охорони здоров'я України “Про внесення змін до протоколу “Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)” від 20.11.2020 р. № 2693. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-20112020--2693-pro-vnesennja-zmin-do-protokolu--nadannja-medichnoi-dopomogi-dlja-likuvannja--koronavirusnoi-hvorobi-covid-19>

⁵ Наказ Міністерства охорони здоров'я України “Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги “Коронавірусна хвороба COVID-19” від 27.10.2020 р. № 2438. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-27102020--2438-pro-vnesennja-zmin-do-standativ-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>

⁶ Наказ Міністерства охорони здоров'я України “Про затвердження Зміни до Стандартів медичної допомоги “Коронавірусна хвороба (COVID-19)” від 10.12.2020 р. № 2869. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-10122020--2869-pro-zatverdzhennja-zmini-do-standativ-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>

Філософсько-етичні погляди на моральну оцінку поведінки або вчинки людини, які посилаються на праці Арістотеля, Е. Канта, І. Бентама і Дж.С. Мілля, виокремлюють два підходи до такої оцінки: утилітаризм з точки зору наслідків цих дій і категоричний імператив з акцентом на безумовних принципах, незалежно від наслідків. Утилітаризм – напрям в етичній теорії, згідно з яким моральна цінність поведінки або вчинку визначається його корисністю. Тут оцінюється не вчинок, а його результат. Бути утилітарним – значить бути соціально справедливим, приносити найбільшу користь більшості людей. Проте судження моралі можуть мати і безумовний, категоричний характер, вимагати відповідності певним абсолютним уявленням, замислюватися про внутрішню суть вчинку. Це теорія консеквенціалізму, згідно з якою етичність вчинку залежить від його наслідків, її категоричний імператив – етичність визначається абсолютними (безумовними) принципами незалежно від наслідків.

Розглядаючи філософські дилеми моралі й етики, де на конкретних прикладах пропонується обговорення актуальних питань суспільства з точки зору уявлень про справедливість в еволюційному контексті, зазначимо, що немає жорсткого набору правил, який дає “правильні” відповіді в цих обставинах. Проте експертне співтовариство біоетики стверджує, що в такій кризовій ситуації лікарням необхідна етична база для прийняття нормованих рішень медичного сортування та встановлення пріоритетів. Етичні рішення в умовах нестачі медичних послуг і обмеженої кількості необхідних ресурсів надання допомоги постраждалим є вкрай складними.

Підготовка та обґрунтування етичних медичних рішень нормування дефіцитних ресурсів і “клінічного сортування” пацієнтів базується на гуманістичних цінностях людства, трансляції їх надбання глобальними, регіональними та національними асоціаціями біоетики, релігійними інституціями й імплементації (впровадження) їх в нормативних документах систем охорони здоров'я в умовах пандемії.

Головна біоетична дилема пандемії COVID-19 – це протистояння суспільної етики охорони здоров'я (справедливий розподіл обмежених ресурсів та орієнтація на громадську безпеку) та клінічної (орієнтація на конкретного пацієнта). У звичайних ситуаціях лікарі керуються “правилом порятунку” – надання допомоги кожному усіма доступними засобами. Кризові ситуації, що складаються в умовах пандемій, вимагають від медиків зміни цих звичних практик надання допомоги постраждалим. Прикладом такої ситуації є випадок в Італії. Компанія-виробник медичного обладнання не забезпечила постачання партії клапанів для апаратів ШВЛ та погрозувала судовими позовами (порушення її патентних прав) італійським волонтерам стартапу Isinnova за 3D-друк копій таких клапанів⁷. У нормальній ринковій і епідеміологічній ситуації була б правою. Проте ситуація виглядала повним абсурдом, враховуючи поточний стан з пандемією COVID-19 в Італії та критичний стан пацієнтів у той момент часу. Відповідно до етичних принципів, моральні агенти повинні діяти так, щоб запобігти заподі-

⁷ Post u Facebook pod zagolovkom “Biznes na krvi” URL: <https://www.facebook.com/Ing.Cristian.Fracassi/posts/10222339428782713>

янню шкоди, визнавати однакову цінність усіх членів суспільства та реалізовувати турботу про найуразливіших серед нас.

Поспіх впровадження медичних і соціальних протоколів продемонстрував реакцію урядів на загрозу пандемії COVID-19. Миттєво та без коливань було застосовано підходи утилітарної етики в медичних рішеннях – жорстке “сортування” у відділеннях інтенсивної терапії, відмова надання ряду інших необхідних медичних послуг пацієнтам, які не інфіковані коронавірусом. Такі підходи вступають у протиріччя з правами та свободами людини, що гарантовані глобальним співтовариством.

IV. Критерії справедливого розподілу дефіцитних ресурсів в умовах пандемії COVID-19. При переході до найважливішої частини зосередимо увагу на результатах масштабного дослідження “Справедливий розподіл медичних ресурсів під час COVID-19” [17] колективу авторів, які представляють Департамент медичної етики та політики в галузі охорони здоров'я Медичної школи Перельмана Університету Пенсильванії, Філадельфія (США); Юридичний коледж Університету Денвера, Денвер (США); Відділ клінічного громадського здоров'я, Школу громадського здоров'я Далла Лана, Онтаріо (Канада); Університет Торонто, Торонто (Канада); Школу медичних досліджень, Західний університет, Лондон (Велика Британія); кафедру профілактичної медицини, Федеральний університет Сан-Паулу, Сан-Паулу (Бразилія); Центр етики та гуманітарних наук, Оксфордський університет, Оксфорд (Велика Британія) і відділення екстреної медицини Університетської лікарні Джорджа Вашингтона, Вашингтон, округ Колумбія (США).

Головним результатом цього дослідження є обґрунтування формування вичерпного переліку етичних цінностей для прийняття медичних рішень нормування дефіцитних ресурсів і пріоритетів їх використання при наданні допомоги постраждалим в умовах пандемії COVID-19 (табл. 4).

Масштабність і академічне обґрунтування цього дослідження підтверджено значним списком цитувань (511 наукових статей і нормативних документів) і використаних джерел (39). З огляду на це, процитуємо головні висновки авторів дослідження, оскільки повністю підтримуємо їх і вважаємо важливими як рекомендації для застосування на практиці (табл. 5).

Саме такі етичні цінності та їх пріоритети повинні бути імplementовані в інституційних і організаційних політиках систем охорони здоров'я в контексті кризових стандартів допомоги під час пандемії COVID-19. Проте найважливішою складовою таких посібників повинні бути короткі політики медичних установ щодо застосування сценаріїв дефіциту ресурсів під час пандемії і протоколи їх реалізації. Медичні клініки повинні бути готові до таких процесів, тобто забезпечені керівництвами, де коротко та чітко описано процеси нормування дефіцитних медичних ресурсів і “клінічного сортування” пацієнтів у кризових умовах пандемій. В ідеалі кожна медична клініка і кожен медичний працівник потребує таких рекомендацій щодо прийняття етичних медичних рішень у кризових умовах нестачі будь-яких ресурсів і можливості проконсультуватися щодо таких питань, але часу на таку консультацію переважно немає.

Таблиця 4

Етичні цінності для медичних рішень нормування дефіцитних ресурсів і надання допомоги постраждалим в умовах пандемії COVID-19

Перелік етичних цінностей і керівних принципів	Пріоритети під час пандемії COVID-19
<i>Максимізація вигоди</i>	
Зберегти найбільшу чисельність життів	Найвищий пріоритет
Подовжити тривалість життя	Найвищий пріоритет
<i>Рівне ставлення до людей</i>	
Перший надійшов – перший отримав	Не варто використовувати
Випадковий вибір	Використовується для відбору пацієнтів зі схожими діагнозами
<i>Сприяння та винагорода інструментальної цінності (користь для інших)</i>	
Ретроспектива: пріоритет для осіб, які роблять відповідні внески	Пріоритет учасникам досліджень і медичним працівникам
Перспектива: пріоритет для осіб, які можуть зробити відповідні внески	Пріоритет медичним працівникам
<i>Надайте пріоритети найбільш нужденним</i>	
Спочатку хворий у найважчому стані	Використовується, коли він узгоджується з максимальними перевагами
Спочатку наймолодший	Використовується, коли він узгоджується з максимальними перевагами, такими як запобігання поширенню вірусу

Джерело: складено авторами за: [17].

Таблиця 5

Рекомендації для етичних медичних рішень нормування дефіцитних ресурсів в умовах пандемії COVID-19

Рекомендація 1. Пріоритет для обмежених ресурсів повинен бути спрямований як на збереження більшості життів, так і на максимізацію поліпшення тривалості життя людей після лікування. Збереження більшої кількості життів і тривалості життя – це консенсусна цінність у звітах експертів. Все узгоджується як з утилітарними етичними перспективами, так і з неутилітарними поглядами, які підкреслюють найвищу цінність кожного людського життя. Є багато розумних способів збалансувати порятунок більшої чисельності життів проти порятунку більшої тривалості життя; який би баланс між ними не був обраний, цей вибір повинен застосовуватися послідовно
Рекомендація 2. Найвищий пріоритет у критичних ситуаціях з COVID-19 повинен надаватися, насамперед, медичним працівникам, особам, які доглядають за хворими пацієнтами, та працівникам, які підтримують функціонування критичної інфраструктури, особливо тим, які стикаються з високим ризиком зараження та навчання яких ускладнює їх заміну
Рекомендація 3. Розподіл ресурсів серед пацієнтів з однаковими прогнозами слід забезпечувати шляхом випадкового вибору. З огляду на брак часу й обмежену інформацію, випадковий вибір також краще, ніж спроби зробити більш точні прогностичні судження в групі приблизно подібних пацієнтів
Рекомендація 4. Максимізація вигоди вимагає врахування прогнозу – скільки часу пацієнт зможе прожити, якщо його лікувати, що може означати надання пріоритету молодим пацієнтам і пацієнтам з меншою кількістю супутніх захворювань
Рекомендація 5. Люди, які беруть участь у дослідженнях, щоб довести безпечність та ефективність вакцин і терапевтичних засобів, повинні отримувати певний пріоритет при нормуванні ресурсів при COVID-19
Рекомендація 6. Не повинно бути різниці в розподілі дефіцитних ресурсів між пацієнтами з COVID-19 і тими, які мають інші захворювання

Джерело: складено авторами за: [17].

Результатом процедур справедливого розподілу дефіцитних медичних ресурсів у період пандемій, заснованих на викладених етичних цінностях і рекомендаціях, має стати розробка керівних принципів визначення пріоритетів, які гарантують, що окремі лікарі не зіткнуться з жахливим завданням імпровізувати рішення про те, кого лікувати або які приймати рішення. Покладання такого тягара на окремих лікарів може спричинити важкі емоційні наслідки на все життя. Проте навіть добре розроблені керівні принципи можуть створити серйозні проблеми при прийнятті та реалізації рішень у режимі реального часу. Щоб допомогти клініцистам вирішити ці проблеми, установи можуть: наймати фахівців із сортування; лікарів, які виконують функції, що виходять за межі безпосереднього догляду за пацієнтами; залучати комітети досвідчених лікарів і фахівців з етики, які допомагають застосовувати керівні принципи, допомагають у прийнятті рішень щодо нормування або безпосередньо приймають і реалізують вибір, полегшують такі практики для клініцистів, які стикаються з цим тягарем, перебуваючи на передовій лінії боротьби з пандемією. До цих керівництв також можуть належати процеси апеляції. Проте для уникнення стурбованості щодо процедурних помилок, апеляції повинні бути регламентовані керівництвами, враховуючи обмеженість часу та ресурсів.

Висновки. Уряди та політики повинні зробити все можливе, щоб запобігти браку медичних ресурсів у періоди пандемій у цілому та в умовах пандемії COVID-19 зокрема. Незважаючи на розроблену Урядом України систему заходів і стандартів надання медичної допомоги в період пандемії COVID-19, є необхідність формалізації політики щодо “клінічного сортування” в умовах дефіциту ресурсів при COVID-19. Якщо ресурси дійсно стають дефіцитними в кризових ситуаціях пандемії COVID-19, необхідно використовувати шість підходів визначення пріоритетів для розробки керівних принципів етичних рекомендацій, які слід послідовно застосовувати в різних випадках: 1) збереження більшої чисельності життів пацієнтів і тривалості їх життя; 2) найвищий пріоритет у критичних ситуаціях повинен надаватися, насамперед, медичним працівникам, допоміжному медичному персоналу та працівникам, які підтримують функціонування критичної інфраструктури інтенсивної терапії; 3) випадковий вибір пацієнтів з однаковими прогнозами при розподілі дефіцитних ресурсів; 4) пріоритет молодим пацієнтам і пацієнтам з меншою кількістю супутніх захворювань; 5) пріоритет особам, які беруть участь у медичних дослідженнях; 6) відсутність різниці в розподілі дефіцитних ресурсів між пацієнтами з COVID-19 і тими, хто має інші захворювання. Такі керівні принципи можуть гарантувати, що окремим лікарям ніколи не доведеться самостійно вирішувати, які пацієнти отримують життєво важливу допомогу, а які ні.

Освіта, культура та професійний досвід більшості медиків не забезпечили навички визначення й оцінки критеріїв і практики максимального екстреного “клінічного сортування”. Саме тому у винятковій ситуації пандемії COVID-19 керівні принципи прийняття етичних медичних рішень повинні бути надані на більш високому рівні, щоб полегшити тягар лікарям і забезпечити надання медичної допомоги пацієнтам у кризових умовах дефіциту медичних ресурсів у період пандемії.

У стандартних умовах надання медичної допомоги пацієнтам доступність ресурсів зазвичай не впливає на процес прийняття рішень і не вимагає сортування хворих.

У виняткових випадках, коли необхідні медичні ресурси стануть настільки обмеженими, що не дозволять лікувати всіх пацієнтів, потрібні інші практики розподілу ресурсів. Мається на увазі, що застосування критеріїв нормування виправдано тільки після того, як виникає дефіцит медичних ресурсів для надання допомоги постраждалим, зокрема, коли вжито всі можливі заходи, щоб збільшити доступність наявних ресурсів (особливо ліжок інтенсивної терапії), і реалізовано всі можливості переведення пацієнтів до центрів з більшою доступністю ресурсів. Вкрай важливо, щоб будь-які зміни, які стосуються політик доступу до медичних ресурсів, за можливості поширювалися серед причетних і зацікавлених сторін. Пацієнти та їхні сім'ї, що зацікавлені в застосуванні критеріїв справедливого розподілу дефіцитних ресурсів, повинні бути поінформовані. Надзвичайний характер заходів, що будуть реалізовані, вимагає прозорості та відкритого доступу до інформації для забезпечення підтримки довіри до системи охорони здоров'я.

Основними цілями таких рекомендацій є:

а) звільнення лікарів від частини відповідальності в процесі прийняття рішень, які можуть бути емоційно обтяжливими;

б) визначення критеріїв справедливого розподілу дефіцитних ресурсів охорони здоров'я в кризових умовах пандемій у цілому та пандемії COVID-19 зокрема.

Ці рекомендації можуть бути основою для розробки відповідних національних керівних принципів, за допомогою яких необхідно формувати політики та протоколи медичних установ для вирішення таких питань.

Громадянське суспільство проходить випробування кризою пандемії COVID-19. Відбувається формування та вбудовування в життя нових звичок (соціальної дистанції, базових правил індивідуальної гігієни та захисту, заходів профілактики захворювань, турботи про індивідуальну та колективну безпеку), трансформуються системи цінностей і способи життя.

Список використаних джерел

1. Vergano M., Bertolini G., Giannini A., Gristina G.R., Livigni S., Mistraretti G., Riccioni L., Petrini F. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020. Vol. 24. No. 165. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w>

2. Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "Documento condiviso" (2016). Per una pianificazione delle scelte di cura. Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI). URL: <https://www.camera.it/temiap/2016/04/11/OCD177-1939.pdf>

3. SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for limitation of treatment in intensive care. Gruppo di Studio ad Hoc della Commissione di Bioetica della SIAARTI. *Minerva Anesthesiol*. 2003. March. Vol. 69 (3). P. 101–111, 111–118. PubMed PMID: 12792579. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12792579/>

4. Mounk Y. The extraordinary decisions facing Italian doctors. *Atlantic*. 2020. March 11. URL: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>

5. Kuhn A. How a South Korean city is changing tactics to tamp down its COVID-19 surge. *NPR*. 2020. March 10. URL: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/03/10/812865169/how-a-south-korean-city-is-changing-tactics-to-tamp-down-its-Covid-19-surge>
6. Hungary PM Defends Mass Evacuation Of Hospital Beds. 2020. April 17. URL: <https://www.barrons.com/news/hungary-pm-defends-mass-evacuation-of-hospital-beds-01587126005>
7. Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához. COVID-19-pandémia idején Magyarországon. 2020. április 14. URL: https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%20C3%84DRUS/MOK_Etikai%20megfontola%20CC%81sok_Covid19_final.pdf
8. Berlinger N., Wynia M., Powell T., Hester D.M., Milliken A., Fabi R., Cohn F., Guidry-Grimes L.K., Watson J.C., Bruce L., Chuang E.J., Oei G., Abbott J., Jenks N.P. Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic. The Hastings Centre. 2020. March 16. URL: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>
9. Strategies for optimizing the supply of N95 respirators. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2019. April 9. URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>
10. Bishop Chairmen Issue Statement on Rationing Protocols by Health Care Professionals in Response to COVID-19. By Public Affairs office. 2020. April 3. URL: <https://www.usccb.org/news/2020/bishop-chairmen-issue-statement-rationing-protocols-health-care-professionals-response>
11. Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. ETS No. 164, 01/12/1999. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>
12. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research. CETS No. 195. 01.09.2007. URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/195>
13. Strategic Action Plan on Human Rights and Technologies in Biomedicine (2020-2025). 2019. 19–21 November. URL: <https://rm.coe.int/strategic-action-plan-final-e/16809c3af1>
14. Pandemic influenza plan. 2017 update. Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2017. URL: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pdf/pan-flu-report-2017v2.pdf>
15. COVID-19: Human rights principles must guide health decisions. The Council of Europe Committee on Bioethics. 2020. 14 April. URL: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/Covid-19-human-rights-principles-must-guide-health-decisio-1>
16. Петрашко Л.П. Складні рішення: Про етику і практику медичних рішень під час пандемії COVID-19. *Дзеркало тижня*. 4 листопада 2020 р. URL: <https://zn.ua/ukr/HEALTH/skladni-rishennja.html>
17. Emanuel E.J., Persad G., Upshur R., Thome B., Parker M., Glickman A., Zhang C., Boyle C., Smith M., Phillips J.P. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382. P. 2049–2055. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>

Отримано 29.01.21 та оновлено 11.03.21

References

1. Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Gristina, G.R., Livigni, S., Mistraretti, G., Riccioni, L., Petrini, F. (2020). Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*, 24, 165. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w>
2. Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "Documento condiviso" (2016). Per una pianificazione delle scelte di cura. Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI). URL: <https://www.camera.it/temiap/2016/04/11/OCD177-1939.pdf> [in Italian]

3. SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for limitation of treatment in intensive care. Gruppo di Studio ad Hoc della Commissione di Bioetica della SIAARTI. (2003, March). *Minerva Anestesiol*, 69 (3), 101-111, 111-118. PubMed PMID: 12792579. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12792579/>
4. Mounk, Y. (2020, March 11). The extraordinary decisions facing Italian doctors. *Atlantic*. URL: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/>
5. Kuhn, A. (2020, March 10). How a South Korean city is changing tactics to tamp down its COVID-19 surge. *NPR*. URL: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/03/10/812865169/how-a-south-korean-city-is-changing-tactics-to-tamp-down-its-Covid-19-surge>
6. Hungary PM Defends Mass Evacuation Of Hospital Beds. (2020, April 17). URL: <https://www.barrons.com/news/hungary-pm-defends-mass-evacuation-of-hospital-beds-01587126005>
7. Ethical considerations in the allocation of medical resources. During the COVID-19 pandemic in Hungary. (2020, April 14). URL: https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%20C3%84DRUS/MOK_Etikai%20megfontola%20CC%81sok_Covid19_final.pdf [in Hungarian]
8. Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, D.M., Milliken, A., Fabi, R., Cohn, F., Guidry-Grimes, L.K., Watson, J.C., Bruce, L., Chuang, E.J., Oei, G., Abbott, J., Jenks, N.P. (2020, March 16). Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic. The Hasting Centre. URL: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>
9. Strategies for optimizing the supply of N95 respirators. (2019, April 9). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>
10. Bishop Chairmen Issue Statement on Rationing Protocols by Health Care Professionals in Response to COVID-19. (2020, April 3). By Public Affairs office. URL: <https://www.usccb.org/news/2020/bishop-chairmen-issue-statement-rationing-protocols-health-care-professionals-response>
11. Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. ETS No. 164. (1999, December 1). URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>
12. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research. CETS No. 195. (2007, September 1). URL: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/195>
13. Strategic Action Plan on Human Rights and Technologies in Biomedicine (2020–2025). (2019, November 19–21). URL: <https://rm.coe.int/strategic-action-plan-final-e/16809c3af1>
14. Pandemic influenza plan. (2017). Washington, DC: Department of Health and Human Services. URL: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pdf/pan-flu-report-2017v2.pdf>
15. COVID-19: Human rights principles must guide health decisions. (2020, April 14). The Council of Europe Committee on Bioethics. URL: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/Covid-19-human-rights-principles-must-guide-health-decisio-1>
16. Petrashko, L.P. (2020, November 4). Difficult decisions: On the ethics and practice of medical decisions during the COVID-19 pandemic. *ZN, UA*. URL: <https://zn.ua/ukr/HEALTH/skladni-rishennja.html> [in Ukrainian]
17. Emanuel, E.J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M., Phillips, J.P. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. (2020). *The New England Journal of Medicine*, 382, 2049-2055. <https://doi.org/10.1056/NEJMsb2005114>

Received on 29.01.21 and updated on 11.03.21