



НАЦІОНАЛЬНА АСОЦІАЦІЯ
АДВОКАТІВ УКРАЇНИ



ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

Комітет медичного і фармацевтичного права та біоетики
Національної асоціації адвокатів України

Кафедра медичного права Львівського національного медичного університету
імені Данила Галицького

Львівський торговельно-економічний університет

Науково-дослідний інститут державного будівництва і місцевого самоврядування
(Львівська лабораторія прав людини та громадянина)

Громадська організація «Фундація медичного права та біоетики України»

ЗБІРНИК СТАТЕЙ

НАУКОВИХ ЧИТАНЬ НА ТЕМУ
«МЕДИЧНЕ ПРАВО УКРАЇНИ: ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ,
НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»,
ПРИСВЯЧЕНИХ ПАМ'ЯТІ ГЛАДУНА ЗІНОВІЯ СТЕПАНОВИЧА

2022

УДК 34:61 (091) (082)

М 42

**Рекомендовано до видання Вченою радою Львівського національного
медичного університету імені Данила Галицького
протокол №4-ВР від 28.09.2022**

Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку. Збірник статей наукових читань, присвячених пам'яті Гладуна Зіновія Степановича. Упоряд. д.ю.н., проф. І.Я. Сенюта, к.ю.н., доц. Х.Я. Терешко. Львів. Видавництво ЛОБФ «Медицина і право». 2022. 88 с.

Усі статті подано в авторській редакції.

ISBN 978-966-2019-42-1

Висвітлено спомини про Зіновія Степановича Гладуна (12.04.1950 – 11.07.2021) як батька, науковця і практика, що є відлунням пам'яті членів родини, друзів і колег. Розкрито спектр актуальних питань медичного права, пов'язаних з реформуванням системи охорони здоров'я і формуванням державної політики в цій царині, а також з COVID-19, трансплантацією, еутаназією, протестом сумління. З'ясовано актуальні питання умов воєнного часу, зокрема колабораційна діяльність і медична практика. Приділено увагу новельній практиці Європейського суду з прав людини та правовим позиціям Верховного Суду у провадженнях за ст. 140 Кримінального кодексу України.

Для наукових та науково-педагогічних працівників, студентів юридичних і медичних закладів вищої освіти, широкого кола практикуючих юристів та працівників системи охорони здоров'я, а також інших фахівців, сферою професійного інтересу яких є медичне право й охорона здоров'я.

УДК 34:61 (091) (082)

ISBN 978-966-2019-42-1

©Колектив авторів, 2022



ЗИНОВІЙ ГЛАДУН
(12.04.1950 – 11.07.2021)

ЗМІСТ

Передмова.....	5
Вітальне слово.....	6
СПОГАДИ ПРО ЗІНОВІЯ ГЛАДУНА.....	7
Олександр Гладун Спогади про батька.....	7
Орест Гладун Людина і юрист з великої літери: життєвий і творчий шлях Зіновія Гладуна.....	9
Ігор Гущук Спогади про викладача Львівського медичного інституту Зіновія Гладуна.....	11
Ольга Литвинова Перше знайомство з Зіновієм.....	12
Ігор Лозинський Зіновій Гладун – людина багатьох людських чеснот.....	13
Петро Рабінович Випускник Франкового університету доцент Зіновій Степанович Гладун – співучасник формування Львівської школи медичного права (спогади вчителя).....	15
Семен Стеценко Спогади про Зіновія Гладуна – основоположника науки медичного права України.....	16
Марія Телішевська Спогади про колегу Зеника.....	17
НАУКОВІ СТАТТІ.....	20
Бабич Я. С. Вплив COVID-19 на державну політику у сфері захисту населення від інфекційних хвороб: зарубіжний досвід.....	20
Богомазова І. О. До проблеми правового регулювання васкуляризованої композитної алотрансплантації.....	22
Булеца С. Б., Менджул М. В. Аналіз перспективи впровадження евтаназії в Україні з врахуванням досвіду окремих Європейських держав.....	25
Валах В. В. Колабораційна діяльність медичних працівників на окупованих територіях: українські реалії.....	28
Гуторова Н. О. Правові засоби запобігання корупції у сфері надання медичної допомоги.....	30
Дюжев Д. В. Проблема забезпечення прав громадян у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану.....	33
Загиней-Заболотенко З. А. Правові позиції Верховного Суду у кримінальних провадженнях за статтею 140 «Неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником професійних обов'язків» Кримінального кодексу України.....	36
Квіт Н. М. Реформування та розвиток сфери трансплантації: успіхи та недоліки.....	38
Князевич Н. В. Професійне самоврядування медичних працівників: актуальність у період відбудови.....	41
Коваль Ю. В. Заперечення з міркувань совісті: чи варто перейняти європейський досвід?.....	44
Кокоско М. В. Зародження державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні.....	46
Литвин Н. А., Артеменко О. В. Окремі проблемні питання реформування сфери охорони здоров'я в Україні.....	48
Литвинова О. Н., Грищук М. О. Системний підхід до аналізу реформування системи охорони здоров'я в Україні: нормативні гарантії та проблеми.....	51
Мацелюх І. А. Становлення медичного права за доби Української держави Гетьмана Павла Скоропадського.....	60
Мельник А. А. Якість законодавства України у сфері охорони здоров'я: проблеми і шляхи вдосконалення.....	62
Миронова Г. А. Методологічні засади медичного права: роздуми над науковою спадщиною З. С. Гладуна.....	64
Мусієнко А. В., Мусієнко М. А. Постмортальна репродукція: проблеми закріплення у законодавстві.....	66
Пашков В. М. Правова характеристика аптечної діяльності під час війни: проблеми реформування.....	69
Проневич О. С. Трансформація локального компонента системи охорони здоров'я України: легальний та організаційний аспекти.....	72
Сенюта І. Я. Актуальні питання прав людини у сфері надання медичної допомоги крізь призму новельної практики Європейського суду з прав людини.....	74
Стеценко С. Г. Принципи державного управління у сфері охорони здоров'я.....	77
Терешко Х. Я. E-health в Україні: досягнення та недоліки.....	79

ПЕРЕДМОВА

11 липня 2022 р. відбулись наукові читання на тему «Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку», присвячені пам'яті Гладуна Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021).

Осердям наукових читань був спомин життєвого і творчого шляху Зіновія Гладуна, а також приділено час обговоренню історичних аспектів медичного права, розкриттю спектру приватноправових і публічно-правових відносин у сфері надання медичної допомоги.

Організаторами заходу виступили Комітет медичного і фармацевтичного права та біоетики Національної асоціації адвокатів України, кафедра медичного права ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького спільно з Львівським торговельно-економічним університетом та Науково-дослідним інститутом державного будівництва і місцевого самоврядування (Львівська лабораторія прав людини та громадянина) за підтримки ГО «Фундація медичного права та біоетики України».

Задум організаторів полягав у тому, аби «жила» пам'ять, був увіковічений професійний життєпис Зіновія Гладуна і його роль у формуванні національного медичного права. Крім того, був науковий привід зібрати професійну спільноту пасіонаріїв медичного права, які жваво обговорювали складні питання царини медичного права, забарвлені як ковідними, так і воєнними умовами сьогодення.

Медичне право України стрімко розвивається, історичний зріз свідчить, що від окремих згадок про систему законодавства про охорону здоров'я воно зросло і підкорило правовий Олімп, ставши комплексною галуззю права. Кожна праця минулого створює міцний фундамент для сучасного розвитку та нових векторів для майбутнього медичного права України.

Зіновій Гладун зробив неоціненний внесок у розвиток науки медичного права, його ім'я назавжди залишиться у золотій скарбниці національного медичного права як одного з його основоположників, адже він був розробником понад 30 законопроектів, серед основних: Основи законодавства України про охорону здоров'я, Про забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ та ін. Окрім того, залишив вагомий науковий доробок, що налічує близько 300 праць.

За результатами наукових читань Ви можете ознайомитись зі Збірником статей, тематика яких спектральна: від реформування системи охорони здоров'я, державної політики в цій сфері до проблем евтаназії, протесту сумління, трансплантології.

Не залишить байдужим читача і роздуми над науковою спадщиною Зіновія Степановича, а також актуальна тема воєнного часу – колабораційна діяльність і медична практика. Вашій увазі також будуть представлені дослідження новельної практики Європейського суду з прав людини та правових позицій Верховного Суду у провадженнях за ст. 140 Кримінального кодексу України.

Читачам також запропоновано світлини та найбільш знакові праці Зіновія Гладуна, аби гортаючи їх можна було зануритись у професійний і життєвий шлях Людини, Ученого та Правника.

Кожна нова праця є добірним зерном, яким засіваються «лани» медичного права, які проростатимуть гідними врожайми як на національному рівні, полонячи правову і медичну науку та практику, так і на міжнародному, адже вже сьогодні медичне право є гідною впізнаваною візитівкою нашої Держави.

Незважаючи на терни воєнного часу медичне право майстерно крокує у своєму розвитку, стаючи складовою перемоги України, підвалиною її відновлення.

Миру та перемоги Україні!

З повагою,

доктор юридичних наук, професор, голова оргкомітету наукових читань, завідувач кафедри медичного права ЛНМУ імені Данила Галицького, голова Комітету медичного і фармацевтичного права та біоетики НААУ

Ірина Сенюта

Вітальне слово Голови Верховної Ради України на відкритті наукових читань на тему «Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку», присвячені пам'яті Гладуна Зіновія Степановича

Шановні учасники наукових читань!

Мені надзвичайно приємно привітати сьогодні вас від себе особисто та від імені парламенту із проведенням цього заходу.

На жаль, війна росії проти України внесла свої корективи у звичні для нас стандарти і формати роботи. Ми майже втратили можливість зустрічатися лицем один до одного і ділитися живим спілкуванням, натомість частіше користуємося онлайн платформами для обміну думками. Тому я щиро вдячний, організаторам цього наукового зібрання, які спромоглися об'єднати фахівців, теоретиків і практиків у сфері правового забезпечення охорони здоров'я для обговорення вкрай важливих проблем цієї галузі.

Не секрет, що питання медичного права були та залишаються предметом і моєї наукової уваги. Я був народжений у сім'ї медиків і батьки довгий час плекали надію на те, що я піду їхнім професійним шляхом. Проте, я обрав інший фах, – юриста. При цьому найбільший інтерес у мене викликають саме особисті немайнаві права фізичних осіб, зокрема, право на здоров'я.

Прийшовши до парламенту, ми разом із колегами ініціювали різні реформи. Однією з них є і реформа охорони здоров'я. У Плані законопроектної роботи Верховної Ради України на 2022 рік окремий розділ присвячено темі «Здорова та соціально захищена нація». Звичайно, нам ще багато чого потрібно зробити для забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я, надання якісної медичної допомоги населенню. Маємо також і більш амбітні плани, пов'язані із розробкою Медичного кодексу України – такого довгоочікуваного професійною спільнотою документу. На часі залишається і виконання Україною міжнародно-правових зобов'язань в цій сфері, зокрема, ратифікація Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини, що була підписана від імені України ще в 2002 році.

Окремо хотів би подякувати за те, що цей захід присвячується пам'яті Зіновія Гладуна, з яким я особисто товаришував. Знаю, який неоціненний вклад він зробив у розвиток науки медичного права, скільки слухних ідей ним було висловлено і як він долучався до розробки нормативно-правових актів у цій сфері. Вважаю, що ця людина була гідним представником своєї професії та української нації. Це може підтвердити ціла плеяда вихованих ним учнів і колег, багато з яких сьогодні тут присутні.

Наостанок хочу побажати всім натхнення у справах, нових звершень у професійній діяльності, злагоди у сім'ях та якнайшвидшої перемоги Україною держави агресора – російської федерації.

Слава Україні!

Руслан СТЕФАНЧУК,

Голова Верховної Ради України, доктор юридичних наук,
професор, заслужений діяч науки і техніки України,
академік НАПрН України

СПОГАДИ ПРО ЗІНОВІЯ ГЛАДУНА СПОМИНИ ПРО БАТЬКА

Ідея щодо проведення цих наукових читань цілком належить Ірині Сенюті, яка добре зналася із моїм батьком – Зіновієм Гладуном. Для мене це стало приємною несподіванкою і, водночас, нагодою поділитися своїми споминами про його життєвий і творчий шлях, за що я невимовно вдячний шановній Ірині Ярославівні.

Багато чим, що маю натепер у своєму житті, я завдячую батькові. Йдеться, насамперед, про закладення тих цеглинок, що формують базис особистості – принципи, погляди, орієнтири та людські цінності. Зараз, коли пройшов уже певний час з того моменту, як він відійшов у інший світ, усвідомлення цього ще більшою мірою викристалізувалося в моїй свідомості. Неправдою буде сказати, що Зіновій Гладун усім подобався, мав бездоганний характер чи з ним завжди легко було мати справу. Проте, він володів рисами, якими точно можна захоплюватися. І це було складно не помітити, адже щоденно проявлялося в його вчинках, ставленні до друзів і, що особливо, – до роботи.

Батько з молодості гартував себе фізично та інтелектуально. Він поставив собі чітку мету – вступити на юридичний факультет Львівського університету. В той радянський період це було нелегко, адже перевагу під час вступу до вишів надавали тим, хто вже відслужив у війську або мав трудовий стаж не менше двох років. Батько ж прийняв таке рішення одразу після закінчення середньої школи. Тож мусив докласти неабияких зусиль. Пригадую, як йому, готуючись до вступних іспитів, прийшла в голову ідея повиносити зі своєї кімнати усі меблі та речі, що могли хоч якось відволікати від підготовки. Спати ж він вирішив на газетах, якими щільно обклав усю підлогу. Навіть через довгі роки, що минули з часу тих вступних випробувань, батько розповідав, як було складно опанувати своє хвилювання на іспиті з історії та вимовити повну назву мирної угоди 1774 року, якою було завершено російсько-турецьку війну – Кючук-Кайнарджійський мирний договір. Не певен, що кожен впрається із таким завданням.

Ще під час навчання в університеті, батько відчув потяг до наукової роботи. Він брав участь у конкурсах студентських наукових робіт, конференціях, тричі обирався старостою наукового студентського гуртка при кафедрі державного та адміністративного права факультету.

Мені достеменно не відомо, яким чином у батька виник гострий науковий інтерес до правового регулювання відносин у сфері медицини. Але, здається, серед вирішальних факторів була дружба його батьків із родиною відомих львівських медиків Дмитра та Любомири Луциків. Вони багато часу проводили разом. Цікаво, що кожен із трьох синів у цій родині в подальшому став доктором наук.

Але найбільше мій батько заприятелював із їх наймолодшим сином – Олександром, до якого він неодноразово звертався за порадами та підтримкою, підтримував тісні дружні зв'язки протягом усього життя.

Ваговим чинником стала також його викладацька робота на кафедрі соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Львівського державного медичного інституту. Спочатку за сумісництвом, а потім старшим викладачем упродовж чотирнадцяти років. У цей період він захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук на тему «Адміністративно-правові питання державного санітарного нагляду» (10 жовтня 1986 року, Московський державний університет ім. М.В. Ломоносова).

На початку 90-х, після проголошення незалежності України, батько активно долучився до розробки та систематизації нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, зокрема, став співавтором Основ законодавства України про охорону здоров'я. Він також був одним із перших, хто висловив ідею про необхідність розробки та прийняття Медичного кодексу України – окремого кодифікованого правового акту в цій сфері. Зокрема, про це йдеться в його статті під назвою «Законодавство України про охорону здоров'я (проект концепції)», що була опублікована в журналі «Право України» №11 за 1992 рік.

Докторська дисертація, над якою батько працював понад 20 років, була присвячена адміністративно-правовому регулюванню охорони здоров'я населення в Україні. У 2007 році у видавництві «Юрінком Інтер» вийшла друком його монографія з однойменною назвою.

Захист дисертації було заплановано на початок 2016 року в Національній академії прокуратури України. На той момент я вже проживав у Києві і добре пам'ятаю, як він приїхав до мене, сповнений рішучості та сподівань на успішне завершення тривалого шляху становлення в науці. Проте, тієї зими, пересуваючись вулицями міста, зустрічаючись із друзями та колегами, він підхопив двостороннє запалення легень. Після чого потрапив у стаціонар міської лікарні. Звичайно, за таких обставин годі було й думати про прилюдний захист дисертації. Але ж і перенести засідання спецради можливості немає, автореферат вже був розісланий. Тому він зрештою зібрав усі свої сили і приступив до захисту. На жаль я став свідком того, як у ході тривалої дискусії та виступів, стан його здоров'я різко погіршився, температура суттєво зросла, почався кашель, що перешкодило захисту і змусило його заявити про зняття дисертації з розгляду на тому засіданні. Після цього він довго не міг оговтатися та повернутися до звичного ритму життя, внутрішньо сильно переживав, зневірився в собі. Ця невдача неабияк підірвала його здоров'я.

СПОГАДИ ПРО ЗІНОВІЯ ГЛАДУНА СПОМИНИ ПРО БАТЬКА

Попри зазначене, медичне право залишалося улюбленою справою всього його життя. Так, уже працюючи в Львівській комерційній академії (з 2016 року – Львівський торговельно-економічний університет), він ініціював запровадження навчальної дисципліни «Медичне право України» для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти та із задоволенням викладав цей курс. Постійно запрошував на лекції видатних особистостей та відомих практиків, щоб вони ділилися своїм досвідом із майбутніми правниками.

Батько до останнього цікавився і вболівав за розвиток науки медичного права. 2010 року у Львові було перевидано бібліографічний покажчик його наукових праць. На сьогодні мені відомо про близько 300 публікацій за його авторства (співавторства), серед яких монографії, підручники та навчальні посібники, бібліографічні огляди, журнальні та газетні статті, тези доповідей, рецензії, брошури та навчально-методичні матеріали. Лєвова частка з них присвячена правовим питанням охорони здоров'я. Остання робота – підрозділ у колективній монографії «Єдиний медичний простір України: правовий вимір» вийшла вже у цьому році, завдячуючи зусиллям і невтомній праці батькового близького товариша та наукового консультанта Семена Стеценка.

Зрештою, його науковий світогляд і допитливість спонукали мене розпочати власні наукові дослідження ще будучи студентом. Його допомога в організації захисту моєї дисертації теж була дуже цінною. Знаю, що він би підтримав мене і зараз.

На завершення хочу висловити сподівання, що ті, кому випала доля пізнати Зіновія Гладуна, збережуть світлу пам'ять про нього як юриста, науковця, педагога чи товариша, а його праці слугуватимуть надійним фундаментом для подальшої розбудови вчення про медичне право.

Щиро дякую усім, хто долучився до цього заходу, а особливо його організаторам – представникам Комітету медичного та фармацевтичного права та біоетики НААУ, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Львівського торговельно-економічного університету та громадської організації «Фундація медичного права та біоетики України».

Олександр Гладун

син Зіновія Гладуна, кандидат юридичних наук, старший науковий співробітник, апарат Верховної Ради України

ЛЮДИНА І ЮРИСТ З ВЕЛИКОЇ ЛІТЕРИ: життєвий і творчий шлях Зіновія Гладуна

9

Як молодший брат, я знав Зіновія від свого народження і до його переходу у кращі світи. Ми народились в сім'ї художника і з самого дитинства спостерігали, як малював наш батько. В Зеника був хист до малювання, він гарно малював, а в школі оформляв стінгазети до різних свят і видатних дат. В школі він вчився добре, любив музику, до 15 років грав на фортепіано. В цьому віці він зрозумів, що музикантом він не хоче бути, а хоче вирости сильною і сміливою людиною. Він переконав батьків і залишив заняття музикою, пішов займатись фехтуванням і на вільну боротьбу. А згодом зайнявся боксом. Спорт розвинув у нього такі якості, як силу, мужність, відповідальність. Він починав замислюватися над своїм майбутнім – ким бути? Яку професію обрати? Зіновій, як і кожна людина в такому віці стояв на порозі вибору життєвого шляху. І він вирішив, що стане юристом та наполегливо почав готуватися до вступу в університет. Він мріяв, щоб в його оточенні були вірні друзі, щоб його поважали, щоб батьки ним пишалися. Він вважав, що це і є життя гідної людини.

Зеник вступив на навчання у Львівський державний університет імені Івана Франка на юридичний факультет. Він розумів, що від цього вибору залежить, чи буде він щасливим. Робота мала бути не тільки престижною, але ще й улюбленою. Професія мала стати справою всього його життя, повинна приносити радість і задоволення і щоб до цього лежала душа!

Як студент, він наполегливо та сумлінно навчався і займався спортом, ходив в секцію боксу. Завдяки старанням, його наполегливості і працьовитості, вчився він на відмінно і зарекомендувати себе як студент, що подає великі надії. У молоді роки в нього вирувала енергія, і не було нічого, що могло б її зупинити. Йому потрібна була свобода для самоствердження і прояву своїх талантів. У нього сформувалася жага до навчання, інтерес до науки. Він розвивав у собі такі якості характеру як самостійність, самовдосконалення, формування власної моралі. Він віддався повністю обраній справі і науці. В студентські роки Зеник з друзями – студентами створив Студентське Наукове Товариство. Вони проводили семінари, конференції, співпрацювали зі студентами інших вузів. Зіновій вважав, що обрана людиною професія насамперед має давати задоволення їй самій та бути корисною для оточуючих. Улюблена, омріяна професія – це запорука успішного й щасливого життя.

Його шлях, як юриста почався після закінчення юридичного факультету. В 1973 році його направили на роботу у відділ юстиції виконавчого комітету Львівської обласної ради. Зіновій розумів, що для юриста важливо розвивати ораторський дар. Він у вільний від роботи час почав виступати з лекціями від Львівського обласного товариства «Знання», їздив по всіх містечках Львівської області.

Життя кожної людини є унікальним і неповторним. Але роблять нас унікальними не зовнішність, досягнення або рівень інтелектуального розвитку, а саме та позиція в суспільстві, яку ми вирішили зайняти. Видатний англійський письменник Оскар Уайльд говорив: «Ціль людського життя – самовираження. Проявити свою сутність у всій повноті – ось для чого ми живемо».

У 1976 році Львівський медичний інститут оголосив конкурс на посаду старшого викладача права. Зіновій подав документи і переміг у конкурсі. В цій роботі йому стали в нагоді лекторські здібності, які він не один рік відшліфовував у товаристві «Знання». Зіновій викладав право студентам і розумів, щоб мати право вчити інших, потрібно постійно вчитися самому. Саме тому він пішов навчатися заочно в аспірантуру Московського державного університету ім. М.В. Ломоносова та захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук.

Як педагог, він був у постійному творчому пошуку, ніколи не зупинявся на досягнутому, прагнув удосконалювати свою особистість і свою справу, завжди рухався вперед. Він постійно писав для студентів навчально-методичні і наукові праці і посібники. Розумів, що саме вчитель, педагог, викладач, закладає і створює основу творчої людської діяльності. У студентах він підтримував жагу до знань. Праця, оптимізм, постійне самовдосконалення – запорука його життєвого успіху. Він був шляхетний і чесний в помислах і вчинках. Він був одним з тих мрійників, що впевнені, що саме вони змінюють світ. Він скільки сердець зачепив своїм особливим баченням світу, своїми енциклопедичними знаннями й подвижницьким просвітницьким трудом, своєю ідеєю й працею плекання національної еліти, без якої ніяка нація не відбудеться...

Зіновія любили за його неймовірне сонцяєйне світло, за його мудрість, за безконечну щедрість і доброту. Він любив своїх студентів. Він вмів грати на струнах їхніх молодих гарячих бунтівливих сердець і умів, заохочувати їх до навчання, допомагав їм творити власну й незалежну, потужну пісню людського духу. І в цьому він вбачав свою велику місію. І студенти також любили його. Мені пригадалися рядки із вірша Олександра Олеся: «Як іскра ще в тобі горить і згаснути не вспіла, – Гори! Життя – єдина мить, Для смерті ж – вічність ціла!». І Зіновій горів. Він слідував своєму призначенню і жив на повну, він вправно використовував свої здібності. Займався дослідженням правових питань організації охорони здоров'я населення, медичної діяльності і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду. У цих працях вперше у вітчизняній адміністративно-правовій науці було досліджено правові аспекти надання медичної допомоги населенню, діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.

ЛЮДИНА І ЮРИСТ З ВЕЛИКОЇ ЛІТЕРИ: життєвий і творчий шлях Зіновія Гладуна

Наприкінці 80-х років він разом з іншими науковцями зі Львова, Києва, Москви та Мінська започаткував розробку вчення про комплексне правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення, чим поклав початок створенню нового наукового напрямку і відомої в Україні наукової школи. З його участю написано близько тридцяти законів України, вісім Державних програм. Підсумком цієї наукової діяльності стало видання в 2007 році монографії «Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні». Ряд наукових праць опубліковано у Росії, Польщі, Швейцарії.

У 1991 році він створив із своїми однодумцями – Львівський центр прав людини, де був обраний президентом. В 1994 р. Зіновій Гладун був обраний головою Львівської крайової організації Асоціації українських правників. За значний внесок у розбудову правової держави у 1993 р. Указом Президента Зіновію Гладуну було присвоєно звання – Заслужений юрист України.

В 1998 р. Зіновія призначили директором Юридичного інституту Тернопільської академії народного господарства. Пізніше його обрали головою Ради Тернопільської обласної організації Союзу юристів України, членом Ради з юридичної науки і освіти України, суддею Третейського суду при Союзі юристів України. Він був учасником понад 70 міжнародних, всеукраїнських, регіональних наукових конференцій, симпозіумів та семінарів. Зіновій Гладун все своє життя, як вчений-правознавець навчався і досліджував, вивчав та створював Українську юридичну науку та законопроекти.

Зіновій був патріотом і розумів, що саме від його праці, професіоналізму, від його інтелектуального внеску залежить успіх у розв'язанні надзвичайно важливого завдання – утвердження України як суверенної, демократичної, правової держави. Його цілеспрямованість, наполегливість, принциповість і вірність ідеалам правди та справедливості дозволяли займати гідне місце у формуванні правової культури, в ім'я процвітання нашого краю та всієї України.

Зіновій, як людина в першу чергу був патріотом, мав міцне коріння, яке не можна вирвати або зруйнувати; як не можна було зруйнувати його почуття власної гідності, честі, моралі та віру в самого себе. Всередині він міцно тримався за бажання жити без бруду і бути щасливим попри все. Він поєднував вміння залишатися самим собою і в той же час був лояльною людиною по відношенню до інших. По життю був оптимістом, він був комунікабельним і товариським, легко сходився з людьми. У нього було багато товаришів, знайомих і колег. Мене, як молодшого брата, він часто знайомив зі своїми друзями. Зіновій був сильною і харизматичною особистістю. А це не всім було до вподоби і деякі товариші його покидали. Сильних не люблять, вони не зручні. Ними не можна маніпулювати або керувати. Зіновій, як сильна людина, мав свій стержень, свій власний внутрішній голос совісті і добре знав чого вартий. Він завжди слідував за собою, красиво одягався, був елегантним і шляхетним.

Зіновій дуже радів з того, що його син Олександр також став юристом, захистив дисертацію і став професіоналом своєї справи. Він мріяв, що його внуки, коли виростуть і вивчатися, продовжать династію Гладунів – юристів.

Зіновій прожив справжнє життя, активно, мужньо і творчо. Він сам творив власну долю, зумів знайти свою дорогу і сам визначив свою мету і місце в житті. Жив чесно, завжди в діалозі з власною совістю, не вчив інших жити, а вважав за краще поглиблювати і розвивати самого себе. Він ніс свій хрест, не перекладаючи його на чужі плечі. Умів йти по життю, наповнюючи його морем емоцій, любові, повагою та добрими вчинками.

Закінчити цей спогад хочу цитатою Джерома Селінджера: «Через те, що людина померла, її не можна перестати любити, – особливо якщо вона була краща всіх живих...».

Орест Гладун

рідний брат Зіновія Гладуна

СПОГАДИ ПРО ВИКЛАДАЧА ЛЬВІВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ ЗІНОВІЯ ГЛАДУНА

Я познайомився із Зіновієм Степановичем Гладуном у 1986 році, коли закінчував спеціалізований санітарно-гігієнічний факультет Львівського медичного інституту. Він викладав у нас цивільне, цивільне процесуальне право, трудове законодавство, і особливо важливе для нашої професії – санітарне законодавство.

У нас були цікаві дискусії, він дуже любив студентів, які могли мислити неординарно. Хоча юристи, переважно, консервативні за характером, але він був дуже відкритою, комунікабельною людиною, щирою. І я навіть записався на курси медичного права, які в той час тільки були започатковані ним на кафедрі соціальної гігієни.

Із Зіновієм Степановичем ми досить часто бачилися навіть після закінчення медінституту. Він мені допомагав вирішувати професійні питання у моїй діяльності, пов'язаній із захистом здоров'я та довкілля. У радянському союзі функції захисту екології виконувала санітарно-епідеміологічна служба. Свою професійну діяльність я розпочав із санітарного лікаря, а закінчив заступником головного державного санітарного лікаря Рівненської області, маю 28 років практичного стажу.

Зіновій Степанович вніс потужну лепту у фундамент нормативно-правового забезпечення діяльності фахівців санітарно-епідеміологічної служби, покращення санітарного законодавства. Він допомагав, коли я приїздив до Львова і консультувався з юридичних аспектів того чи іншого питання. Пам'ятаю, як він мені радив: «Якщо ти йдеш по букві закону, – будь певен, що за тобою буде правда і перемога».

Зіновій Гладун сформував підвалини моїх професійних знань, адже моя подальша діяльність була безпосередньо пов'язана із складанням протоколів, накладенням адміністративних штрафів, постановами щодо порушення санітарного законодавства. Це дало мені можливість працювати ефективно.

У моїй пам'яті він залишається щирою, світлою людиною, високо інтелекгентною, з почуттям гумору, що зазвичай неприйнятним юристам. Він належав до тієї плеяди викладачів, вчителів, педагогів, для яких важливо було не навчати заради хороших оцінок, а привчити студента до мислення. До цього він нас постійно спонукав.

Хочу подякувати організаторам наукових читань за те, що в річницю смерті Зіновія Степановича, маємо нагоду згадати про нього як вчителя, наставника і людину з великої букви. Маю честь і пишаюся тим, що я мав змогу працювати і бути учнем такої поважної людини.

Ігор Гущук

доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри громадського здоров'я Національного університету «Острозька академія»

ПЕРШЕ ЗНАЙОМСТВО З ЗІНОВІЄМ

Із Зіновієм Степановичем ми знайомі немало-небагато – 30 років. Я вперше з ним познайомилася на засіданні лікарського товариства в далекому 1992 році, коли приїхала з Тернополя представити наше бачення Основ законодавства про охорону здоров'я. На той момент я ще була не дуже досвідчена, перебувала в ординатурі із соціальної медицини. Позаяк програма засідання була сформована відповідно до соціального рейтингу, то мій виступ був останнім. І, коли я вийшла на трибуну, аудиторія вже була втомлена, наближався час обіду, тому й не збиралася довго виступати. Тоді я помітила, що у всіх на столах лежать якісь папери і вони їх уважно гортають. І от піднявся такий поважний чоловік, невисокого зросту і задав мені питання щирою українською мовою: «Чи те, що Ви пропонуєте, хтось із юристів дивився?». Моя відповідь полягала в тому, що ні, я особисто це підготувала. Пізніше з'ясувалося, що цим чоловіком був Зіновій Степанович. Наприкінці засідання він виступив і запропонував передати мої пропозиції до Верховної Ради України як альтернативний законопроект. Коли ми вже збиралися додому, Зіновій Степанович до мене підійшов ближче познайомитися і в кінці пообіцяв, що ми обов'язково ще зустрінемося. Його впевненість мене здивувала.

Як виявилось, побачивши на початку засідання мій проект закону і зрозумівши стратегічну перспективу цього документа, він дуже швидко організував його ксерокопіювання та роздав примірники усім присутнім. Така практична дієвість є характерною рисою Зіновія Степановича. Це, мабуть, і є відповіддю на те, чому він не став професором, академіком. Тому, що він у своєму житті віддавав альтернативну перевагу практичним діям. Він був так би мовити «прикладний діяч» на відміну від теоретичних науковців. І цим формальним науковим вимогам він приділяв значно менше уваги.

Життя в подальшому нас зводило досить часто. Ми неодноразово зустрічалися, беручи участь у робочій групі Верховної Ради України з підготовки законодавства про охорону здоров'я. Коли він мені зателефонував і сказав, що переїжджає до Тернополя і буде організовувати юридичний інститут, то я спершу була дуже здивована. Як це можливо на базі економічного вузу створити юридичний інститут? Але коли він уже переїхав, то розгорнув просто фантастично кипучу діяльність. Зіновій Степанович об'єднував навколо себе всіх енергійних людей, яких міг залучити до цієї роботи. Він усіх переконував наскільки це важлива річ. Це йому нелегко давалося, бо в дев'яности випадках зі ста він зустрічав не просто нерозуміння, а опір – нібито це нікому не потрібно. Проте, він умів знаходити ті аргументи, ті речі, що спонукали цих людей схилитися до його думки.

Спочатку для організації юридичного інституту йому виділили приміщення дитячого садочка. Можна собі тільки уявити, скільки енергії та зусиль, скільки організаторських здібностей треба було мати, щоб з дитячого садочка зробити повноцінний юридичний інститут. І це ним було зроблено просто фантастично. Його цікавою рисою як юриста, хоча в юристів рідко це зустрічається, було те, що він міг знайти юридичне підґрунтя для будь-якої хорошої ідеї, яку треба було реалізувати. Він не шукав обґрунтування, чому цього не можна зробити, а вишукував можливості, як це здійснити.

Видається, що саме цей період життя в Тернополі, становлення юридичного інституту був найпродуктивнішим етапом його роботи. Він просто світився від радості, від енергії, від своїх здобутків.

Зіновій Степанович був для мене надійним, добрим другом і я можу щиро відзначити, що це була світла людина. Ми з ним вирішували багато різних проблем, починаючи від індивідуальних і закінчуючи загальнодержавними.

На превеликий жаль, у нашій державі різні титули, звання і т.п. орієнтовані на офіційні визнання. А якщо у тебе цих титулів немає, то ти ніби й ніхто. І немає значення, що ти насправді зробив практичного в цьому житті. Тому я хочу подякувати Ірині Ярославівні, яка пробує врівноважити цю ситуацію та віддати належне Зіновію Степановичу, бо це людина, яка дійсно зробила неймовірно багато в сфері охорони здоров'я та у сфері права. І цей його практичний вклад є просто неоціненним.

Ольга Литвинова

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського

ЗІНОВІЙ ГЛАДУН – ЛЮДИНА БАГАТЬОХ ЛЮДСЬКИХ ЧЕСНОТ

Мій щирий друг і колега Зіновій Гладун був людиною багатьох людських чеснот, глибоким тонким поціновувачем музики і образотворчого мистецтва, знавцем європейської культури та кількох європейських мов. Він гідно представляв львівську наукову школу права як її вихованець, проте у його становленні як науковця зіграли свою роль і Московський державний університет імені М.В. Ломоносова, де він виконав і захистив свою кандидатську дисертацію, і Інститут держави і права НАН України ім. В.М. Корецького, і Львівський державний університет внутрішніх справ, де він очолював одну з кафедр, і Одеська та Харківська національні юридичні академії, де він мав багато друзів і періодично друкував свої праці, і ряд польських університетів, де він викладав студентам свою улюблену дисципліну – адміністративне право. Він любив подорожувати, а буваючи у великих містах, обов'язково відвідував юридичні факультети місцевих університетів – Вільнюса, Риги, Братіслави, Праги, Мюнхена, Кракова, Варшави, Любліна та ін., де знаходив собі колег, друзів та однодумців.

1994 року Зіновій заснував у Львові громадську правозахисну організацію – Центр прав людини (тепер – Львівський центр юридичного захисту) і до останнього був його президентом. З 1996 року як адвокат він надавав юридичну допомогу з цивільних, адміністративних і кримінальних справ із спеціалізацією в галузі захисту конституційних прав громадян, зокрема, права на освіту, на охорону здоров'я, на житло, на приватність та ін. Улюблена категорія справ – захист честі, гідності і ділової репутації, а також відшкодування матеріальної і моральної шкоди. Тисячі консультацій, проектів договорів, угод, рішень, експертних висновків, сотні судових засідань, багато вдячних клієнтів, які відстояли свої права чи інтереси – ось підсумок його багаторічної праці.

Зіновій Гладун пишався своїми численними учнями, серед яких є народні депутати України і депутати місцевих рад, високопосадовці різних органів державної влади і місцевого самоврядування, судді, прокурори, нотаріуси, юрисконсульти і адвокати.

У 80-х на початку 90-х рр. наукова діяльність доцента З.С. Гладуна була пов'язана з дослідженням правових питань організації охорони здоров'я населення і медичної діяльності, зокрема, організації і здійсненню державного санітарно-епідеміологічного нагляду. Цим питанням було присвячено цикл наукових статей, опублікованих в науковій періодиці (20) та дисертацію на тему «Адміністративно-правові питання державного санітарного нагляду», захищену в жовтні 1986 року в Московському державному університеті ім. М.В. Ломоносова.

У цих працях були вперше у вітчизняній адміністративно-правовій науці були досліджені правові питання надання медичної допомоги населенню, діяльності закладів охорони здоров'я, медичних та фармацевтичних працівників. У навчальному посібнику «Інтернатура» (1987) ним було поставлено питання про необхідність правової підготовки лікарів-інтернів, ознайомлення їх з головними засадами чинного законодавства і проведення їх систематичного правового навчання і виховання.

У кінці 80-х років З.С. Гладун поряд з іншими науковцями започаткував наукову розробку вчення про комплексне правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення, законодавче закріплення і захист прав та законних інтересів людини і громадянина у цій сфері, чим поклав початок створенню нового наукового напрямку і відомої в Україні наукової школи. В рамках наукових досліджень цієї школи ним особисто було опубліковано понад 200 наукових праць, в т. ч. два навчальних посібники – «Державне управління у галузі охорони здоров'я» (1999) і «Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу» (2006) і розділи у двох колективних монографіях.

Починаючи з перших років XXI століття тематика наукової діяльності доц. З.С. Гладуна розширилася за рахунок проблем, пов'язаних із правовим регулюванням різних сторін охорони здоров'я населення, надання медичної допомоги, медичних послуг, правового забезпечення їх якості, формування медичного ринку в Україні. Він є автором і співавтором понад 300 наукових, навчально-методичних та публіцистичних праць, серед яких 5 монографій, 10 навчальних посібників для студентів і магістрантів вищих навчальних закладів України, низки статей в різних словниках, юридичних та економічній енциклопедіях, долучився до розробки проекту Концепції законодавства України, понад 30 законів України, 8 Державних програм.

Підсумком його професійної роботи стало видання монографії «Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні» (К.: Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.), у якій проведено дослідження механізму адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення, аналіз його об'єктів і суб'єктів, процесу формування і реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я населення, повноважень Президента, Верховної Ради, Кабінету Міністрів України і практики їх застосування. Висвітлено компетенцію центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, які забезпечують реалізацію державної політики і здійснення у цій сфері державного управління та державного регулювання.

ЗІНОВІЙ ГЛАДУН – ЛЮДИНА БАГАТЬОХ ЛЮДСЬКИХ ЧЕСНОТ

В монографії знайшли відображення проблемні питання поєднання державної, регіональної і місцевої політики охорони здоров'я населення, державного управління і регулювання відносин, здійснення координації діяльності органів і закладів охорони здоров'я різних форм власності і різного підпорядкування, їх ліцензування та акредитації, здійснення державного і громадського контролю у цій сфері. Окремий розділ присвячений адміністративно-правовому регулюванню прав, обов'язків та відповідальності людини і громадянина у сфері охорони його здоров'я.

Гладун З.С. провадив активну громадсько-політичну та громадсько-державницьку діяльність, був обраний головою Ради Тернопільської обласної організації Спілки юристів України, членом Ради з юридичної науки і освіти України. Свого часу став суддею Третейського суду при Союзі юристів України. Брав участь у робочих органах з проведення в Україні адміністративно-правової реформи та реформування системи місцевого самоврядування.

Зіновій був нагороджений рядом українських державних, громадських та міжнародних нагород, став лауреатом премії імені академіка Станіслава Дністрянського.

Пишаюся тим, що мав честь протягом тривалого часу товаришувати з такою особистістю, якою був Зіновій Гладун.

Ігор Лозинський.

адвокат, заступник голови Львівської крайової організації Асоціації українських правників

ВИПУСКНИК ФРАНКОВОГО УНІВЕРСИТЕТУ ДОЦЕНТ ЗІНОВІЙ СТЕПАНОВИЧ ГЛАДУН – СПІВУЧАСНИК ФОРМУВАННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ШКОЛИ МЕДИЧНОГО ПРАВА (СПОГАДИ ВЧИТЕЛЯ)

Зіновія Гладуна я знав з першого курсу його навчання на юридичному факультеті. Після того як він закінчив наш факультет ми спілкувалися такими точковими, але змістовно насиченими, концентрованими моментами майже до його останніх днів.

Не знаю, кому з нас більше пощастило – мені чи йому, але той курс, на якому він вчився і на сьогодні залишається найулюбленішим курсом, з яким мені довелось працювати як викладачу теорії держави і права на нашому факультеті. Найулюбленішим цей курс став не тому, що їх було лише дві групи. На їхньому потоці були такі яскраві особистості, що мені особливо добре запам'яталися.

На факультеті я почав працювати в 1966 році. І вже на другий рік, у 1968–1969 навчальному році, я вперше прочитав повний курс теорії держави і права саме у них. І Зіновій Степанович був одним із тих першокурсників, які слухали мій виклад, складали курсовий екзамен, державний екзамен. Усе життя (радянське та пострадянське) теорія держави і права обов'язково, неминуче була в складі тих предметів, з яких складають державний іспит. На жаль, зараз дещо інша ситуація, але всьому свій час.

І ось вже тоді Зіновій Степанович в певному сенсі як особистість, хоча лише молодий хлопець, першокурсник після середньої школи, мав певні особливості. Одна з них полягала в тому, що його батько був художником і Зіновій Степанович теж мав до цього задатки. Принаймні, коли на випускному – п'ятому курсі я їм викладав проблеми теорії права (цей предмет відіграв роль своєрідного «дренажу» перед державним екзаменом), після лекції він подарував мені мій портрет, виконаний на невеличкому клаптику паперу із записника. Тобто замість того, щоб конспектувати, він взявся малювати мене в анфас. Із 1972 року я й досі зберігаю цей малюночок.

Після закінчення юридичного факультету він підтримував зі мною зв'язок. Тим більше, що певний час він працював на кафедрі і викладацька робота його дуже захоплювала. Через певний час після того, як він почав досліджувати проблематику медичного права, він обрав собі наукову тему, пов'язану з управлінням охороною здоров'я, управлінням закладами охорони здоров'я. Це, зрештою, адміністративне право. І протягом своєї роботи над дисертацією він не раз критикувався мною за те, що не поспішав із нею. Бо він настільки був захоплений своєю адміністративною роботою, що на дисертацію не звертав аж настільки уваги, скільки вона на це заслуговувала.

Час від часу він звертався до мене за порадами з певних питань. Зокрема, автореферат своєї кандидатської дисертації Зіновій Степанович люб'язно попросив мене прочитати і висловити свої міркування, зауваження, що я і зробив. Отже, оцей наш зв'язок, я думаю, був взаємокорисним і для мене, і для нього.

У нього були друзі, товариші по курсу, бо він дуже контактним – людиною, схильною до спілкування, до розмов, до перемовин. Це теж така одна із його особливостей.

Іншою рисою Зіновія Степановича була його негамовна організаторська активність. У нього весь час вигулькували з голови якісь ідеї, він завжди щось організовував, створював. Активність у спілкуванні, організації різних заходів – це була така ознака Зіновія Степановича.

Як на мене, одне із найважливіших його досягнень полягає в тому, що ним був створений юридичний факультет у Тернополі. Він зі Львова переїхав у Тернопіль і там з кафедри основ права Тернопільської академії народного господарства (пізніше – економічного університету) зростив самостійний юридичний факультет. Факультет, який має окремих будинок. Ця заслуга Зіновія Степановича, можливо, не менш важлива ніж його внесок у розвиток медичного права. Його організаторська потуга найбільше проявилася в цьому, я би сказав, «подвигу». Тернопіль отримав самостійний юридичний навчальний заклад завдяки зусиллям і організаційній творчості Зіновія Степановича Гладуна.

Після роботи в Тернополі він повернувся до свого рідного міста Львова. Час від часу чи то телефоном, чи то під час візитів на кафедру, ми з ним підтримували спілкування. Щоправда, найчастіше це було з його ініціативи, бо він був схильний до контактів, до обміну інформацією.

Він був людиною гумору, досить часто вдавався до жартів. Демонстрував дотепність, був гострим на язик, але звісно лише тоді, коли ситуація до цього схилила.

Тому я висловлюю щиру вдячність шановній Ірині Ярославівна. Вона організувала цю конференцію, першим фрагментом якої є якраз спогади про одного з фундаторів науки та навчальної дисципліни «Медичне право України».

Петро Рабінович

доктор юридичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, академік НАПрН України, професор кафедри теорії та філософії права юридичного факультету Львівського національного університету ім. І. Франка

СПОГАДИ ПРО ЗІНОВІЯ ГЛАДУНА – ОСНОВОПОЛОЖНИКА НАУКИ МЕДИЧНОГО ПРАВА УКРАЇНИ

Якщо ми говоримо про розвиток українського медичного права, то уявити собі цей розвиток без постаті Зіновія Гладуна – неможливо. Світ належить першим і в цій частині слід сказати, що Зіновій Степанович дійсно був першим автором самої ідеї, концепту, фундаменту медичного права. Він ще в радянський час, в далекому 1976 році, закінчивши юридичний факультет Львівського університету імені Івана Франка, попрацювавши декілька років в органах виконавчої влади, будуючи юристом, перейшов на викладацьку роботу до Львівського медичного інституту.

Нагадаю, що датою народження Зіновія Степановича є 12 квітня. Це день космонавтики, приурочений першому польоту людини в космос. Можна без перебільшення сказати, що Зіновій Гладун був одним із перших, хто «полетів» у царину медичного права. Зокрема, мое становлення як людини, яка займалася медичним правом, без усякого сумніву відбувалося в тому числі і на працях, які опублікував Зіновій Степанович.

У рамках нашого спілкування із Зіновієм Гладуном хотіли би виокремити чотири ключових епізоди. Їх, очевидно, було більше, але хочу зосередитися на основних.

У 2004 році, коли ми ще не були особисто знайомі, я працював завідувачем кафедри адміністративного права та отримав завдання закупити для бібліотеки підручники та посібники з адміністративного права. Така нагода випадала вкрай рідко, але гроші вже були виділені і треба було терміново до кінця дня подати перелік тієї літератури, яка необхідна для навчання. На той час системних і якісних видань з адміністративного права було небагато і одним із них був дуже потужний навчальний посібник авторства Зіновія Степановича, що був рекомендований Міністерством освіти і науки. Тож певну кількість його примірників ми придбали для потреб інституту. Це, власне, було наше заочне знайомство.

Роком пізніше, в 2005 році я відвідував наукову конференцію в Тернополі загальнотеоретичного спрямування, де ми вже особисто познайомилися із Зіновієм Степановичем. Він запросив мене додому, де показав рукопис своєї монографії «Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я», яка зрештою побачила світ пізніше – в 2007 році. Тоді він попросив мене окинути оком рукопис, висловити свої пропозиції та зауваження. Глянувши на годинник і розуміючи, що це може зайняти значно більше часу, ніж у мене було, я здивовано перевів погляд на нього. Але в характерній йому гумористичній манері він мене заспокоїв словами: «Не переживайте, ми все встигнемо». Тоді ми дійсно декілька годин проговорили.

При цьому слід сказати, що за глибиною розуміння проблем, які існують у правовому забезпеченні охорони здоров'я, рідко можна було знайти когось нарівні із Зіновієм Степановичем. В цілому, на мою думку, це була вже готова до публікації монографія під докторську дисертацію. І відповідно мова мала йти також і про підготовку ним докторської роботи в найближчий рік-два.

У 2015 році в Національній академії прокуратури України здійснювався публічний захист докторської дисертації Зіновія Степановича. Абсолютно чітко маю сказати, що за всіма формальними ознаками він мав відбутися успішно. Це і наявність монографії (їх було опубліковано декілька), і автореферат, і значна кількість публікацій, яка в декілька разів перевищує вимоги Міністерства освіти і науки, і позитивні відгуки офіційних опонентів. Проте, мав місце той прикрий факт, що за станом здоров'я цей захист розпочався, але, на жаль, не закінчився.

Формально юридично, якщо задати пошук на сайті Національної бібліотеки імені Вернадського, можна ознайомитися з авторефератом докторської дисертації Зіновія Гладуна. Тобто вся попередня робота стосовно цього була пророблена, проте результат не відбувся за об'єктивних причин, пов'язаних зі станом здоров'я.

У 2019 році ми провели наукову конференцію в місті Києві, що була присвячена правовим засадам єдиного медичного простору. За її наслідками було сформульовано завдання видати ґрунтовну працю, яка певною мірою зможе пролити світло і дати поштовх ідеї формування єдиного медичного простору. І, коли я телефоном спілкувався із Зіновієм Степановичем, він захопився за цю ідею та незважаючи на поганий стан здоров'я підготував свою частину монографії. Правда, опублікована вона була вже після того, як він відійшов у інший світ. Але це був ще один його крок, його внесок у розвиток медичного права.

Без жодного сумніву, ідея провести цей захід є дуже позитивною. Людей треба пам'ятати, виходячи з того, що вони залишили після себе. А Зіновій Степанович Гладун однозначно залишив свій слід у розвитку медичного права України. Світ пам'ятає перших, а Зіновій Гладун напевно був першим.

Семен Стеценко

доктор юридичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, член-кореспондент НАПрН України, суддя Верховного Суду

СПОГАДИ ПРО КОЛЕГУ ЗЕНЕКА

17

Перше вересня 1976 року. Кафедра соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Львівського державного медичного інституту. Декілька днів тому закінчилась моя відпустка і я, разом із іншими колегами, почала свій учбовий рік, як асистент цієї кафедри. Уже відбулись збори кафедри, затверджений розклад навчання, кожен викладач отримав вказівки, які методички писати.

У наше сонне, розмірене кафедральне життя ще у червні прилетіло повідомлення про введення в учбові плани студентів курсу «Радянське право» і про те, що цей курс буде викладатись у нас на кафедрі. Для цього потрібен юрист і таку людину шукають.

І ось, на останніх кафедральних зборах нам повідомили, що такого юриста знайшли, він працював у «самому облвиконкомі», а тепер буде викладати «Радянське право» у нас на кафедрі. Йому треба облаштувати робоче місце у нашій кімнаті для асистентів. В асистентській якраз звільнилось місце. Асистент, який там сидів, отримав звання доцента і був «перебазований» у кімнату доцентів, поверхом нижче. Усі ті, чий робочі місця були в асистентській (асистенти і «іже з ними» – аспіранти, ординатори і деякі лаборанти) з тривогою переглянулись між собою. «Одну зануду і підлизу позбулись, тепер на його місце прийде сидіти такий самий. Невідомо, хто буде гірший!». – подумалось. «Поживемо- побачимо», – сказала асистент Олена Леонардівна, котра, незважаючи на те, що була найстаршою серед колективу нашої кімнати, була найбільш оптимістичною.

Першого вересня на порозі нашої асистентської з'явився пристійний, життєрадісний, молодий чоловік, якого ми спочатку прийняли за студента, котрий не може знайти свою аудиторію для занять. Виявилось, що це наш новий викладач радянського права – Зіновій Степанович Гладун. Він був задоволений своїм робочим столом та кріслом. Запитав, чому ми всі сидимо в асистентській, адже ж останні пари вже почались і більше їх цього дня не буде. Ми пояснили, що згідно розпорядку роботи працівники можуть покинути кафедру тільки в кінці робочого дня. Це дуже його здивувало. Він швидко попрощався з нами і пообіцяв прийти наступного дня, щоб провести своє заняття.

Коли за ним зачинились двері, Олена Леонардівна із захопленням вигукнула: «Дівчата, ви бачили? Це ж до нас прийшов Жюльєн Сорель (герой-красень популярного на той час радянського серіалу за романом Стендаля «Червоне і чорне»). Особисто я цього серіалу не бачила, але повірила своїй артистичній колесі на слово.

Зіновій Степанович, який для нас – молодих працівників кафедри, став просто «Зенек», виявився веселим і доброзичливим колегою із чудовим почуттям гумору. Ми із захопленням спостерігали, як йому вдавалося у вільний від занять час вириватися на свободу, за межі кафедри. Він зумів переконати керівника кафедри, що йому потрібно систематично ознайомлюватись у бібліотеці з новими нормативними документами та літературою з юриспруденції, спілкуватись зі своїми колегами – юристами-практиками.

Зенек завжди умів, як справжній юрист, заспокоїти «начальство», запобігти суперечкам на кафедрі з приводу проблем, які «не вартували виїденого яйця».

На кафедрі існувала залізна дисципліна, особливо це стосувалось своєчасного приходу на роботу. Одного дня Зенек повісив у нас в асистентській чудовий кольоровий малюнок, на якому вгорі, у хмарах був зображений Саваоф, а внизу чоловік, який сидів за столом і друкував на друкарській машинці. (У цей час ні комп'ютерів, ні інтернету, ні ксероксів ще не було). Над друкарською машинкою на стіні висів годинник, який показував шосту годину ранку. Чоловік щось жваво друкував. З небес до нього схвально усміхався Саваоф і передавав йому пачку купюр. Малюнок містив підпис: «Хто рано встає, тому Бог дає!».

Малюнок мав великий успіх серед співробітників не тільки нашої кафедри, але й кафедри іноземних мов, які були нашими сусідами у будинку. «Слава про шедевр» дійшла і до керівника кафедри. Останній прийшов в асистентську, глянув на малюнок, побачив слово «Бог», наказав малюнок негайно зняти зі стіни, а Зенека запросив до себе в кабінет.

Зенек повернувся дуже засмученим і зняв малюнок зі стіни. «Зеню, не переймайся, – заспокоювала я його, – малюнок усі встигли побачити». Я шкодую, що вчасно не приніс другий малюнок з підписом «Хто пізно встає, тому шеф дає», – відповів Зенек. – Уяви собі замість Саваофа – шеф, а знизу той, хто запізнився на роботу. Поки я роздумував, що буде у руках шефа – гвинтівка, чи батіг, мій час вичерпався».

Наступного року після літньої відпустки Зенек приніс на кафедру сувенір з Одеського пивного бару «Гамбрінус» і повісив на стіні позаду свого столу. У центрі сувеніру великими буквами на пластині була написана назва бару, а з обох боків до неї були прикріплені пивні бочки, на кожній з яких зручно примостився Амурчик із крилами і стрілою. Пополудні прийшла наша прибиральниця наводити порядок у асистентській. Вона відразу помітила сувенір і почала хреститися до нього, прийнявши амурчиків за ангеликів. Реноме Зіновія Степановича в її очах виросло до неймовірних розмірів і з того часу вона підкреслено поштиво завжди з ним віталась. На жаль, амурчиків на кафедрі дуже швидко спіткала така сама доля, як і попередній малюнок.

СПОГАДИ ПРО КОЛЕГУ ЗЕНЕКА

Зенек завжди турбувався про своїх рідних - маму та молодшого брата. Ніколи не відмовлявся купити для дому дефіцитні продукти, які вмiла "дістати" у найближчих крамницях старша лаборантка кафедри Людмила Пилипівна. Усі працівники кафедри розуміли, що це ми завдячували не тільки їй, а перш за все нашому завідувачу кафедри, який посилав Людмилу Пилипівну за дефіцитними продуктами. За отриманий дефіцит вдячний шеф організував для продавчинь і членів їх сімей консультації у відомих лікарів медінституту.

Зенек мав артистичні здібності. Мені запам'ятався його "театр одного актора" перед Людмилою Пилипівною, коли він дякував їй за два лотки яєць, які вона йому "дістала" і зображав, як він ці яйця віз додому на голові у переповненому тролейбусі, прохаючи інших пасажирів "вважати на яйця".

Зенек був дуже хорошим і грамотним викладачем, відмінним оратором. Бездоганно володів українською та російською мовами. Він першим почав викладати курс "Радянське право" в інституті, тому був змушений розробити усі методичні матеріали потрібні для лекцій та семінарських занять. Зенек чудово знав нормативно-правові аспекти організації медичної допомоги та санітарного нагляду. У жовтні 1986 року він захистив кандидатську дисертацію "Адміністративно-правові аспекти державного санітарного нагляду в СРСР".

Щоб там хто не говорив і не писав, але саме Зіновій Степанович започаткував викладання медичного права у Львівському медичному інституті. Він фактично читав медичне право, хоча предмет його викладання мав іншу назву у затвердженій програмі.

Із викладанням предмету "Радянське право" іноземцям у Львівському медичному інституті пов'язана дуже неприємна історія, яка стосувалась безпосередньо Зіновія Степановича. Ті викладачі, які викладають іноземцям, знають, що це дуже нелегкий хліб, особливо, коли в часи СРСР приходилось викладати ідеологічно забарвлені науки. Хто у Мінздраві СРСР додумався ввести у програму занять для іноземців-медиків курс "Радянське право" покрито таємницею. Але Зіновію Степановичу прийшлося цей курс читати.

Я задавала йому запитання, як він викладає іноземним студентам "Радянське право". Він відповів, що робить наголос на правах і обов'язках іноземних громадян в СРСР, а також детально висвітлює міжнародно-правове регулювання протиепідемічного нагляду та організації медичної допомоги населенню.

Іноземні студенти, на протигагу радянським, мали свій погляд на вивчення ідеологічно забарвлених предметів і не боялись його відстоювати.

Саме у центр такого протистояння потрапив предмет "Радянське право", єдина програма якого у медичних інститутах призначалась як для радянських студентів, так і для студентів-іноземців. У відповідь на претензії іноземців працівники деканату щодо роботи з іноземними студентами безпорадно розводили руками. Ніхто із керівництва інституту не тільки не міг змінити програму, але й не хотів починати розмову із Мінздравом СРСР щодо зміни програми такого ідеологічно забарвленого предмета у медінститутах.

Протистояння зростало, тим більше, що для русифікації викладання у Львівському медичному інституті були розформовані групи, у яких навчались тільки іноземні студенти. Іноземці по двоє-троє осіб увійшли в склад груп радянських студентів. Це не давало змоги окремим викладачам-українцям, якщо на це була згода студентів, проводити практичні заняття українською мовою, (Більшість лекцій у медінституті у той час читалась по-російськи.)

Таке нововведення не сподобалось ні радянським, ні іноземним студентам. Перші мовчали, другі відкрито висловили своє обурення. Останнім типово по-радянськи пояснили, що вони при поступленні в медінститут дали згоду на навчання згідно радянських програм і "нема на то ради".

Іноземці обурились і почали страйк. Вони заблокували деканат іноземних студентів, не дали змоги ні декану-професорці, ні іншим працівникам деканату покинути приміщення деканату. Іноземні студенти нашого інституту задалегідь домовились із іноземцями інших медінститутів СРСР про спільну боротьбу. "Злі язики" стверджували, що окремі радикальні іноземні студенти Львівського медінституту почали витягати бруківку на вулиці Пекарській біля входу до головного корпусу. Найвище керівництво інституту почало переговори і пообіцяло вранці наступного дня офіційно передати вимоги іноземних студентів Мінздраву СРСР. На всяк випадок ректор інституту домовився із військовими. До головного входу прибув озброєний загін військових. Коли на протилежній стороні вулиці розташувались військові з автоматами на грудях, охочі до видовбування бруківки зникли, а працівників деканату відпустили додому під чесне слово вищого керівництва.

Наступного ранку кафедра соціальної гігієни та організації охорони здоров'я нагадувала розтривожений бджолиний вулик. Було зрозуміло, що "цапом-відбувайлом" захочуть зробити Гладуна З.С.. Колектив кафедри розділився на дві протилежні групи. Одні, яким Зенек не раз перечив і ставив їх на їхнє місце, зловтішалися і передбачали закінчення його кар'єри в інституті; інші щиро співчували колезі.

СПОГАДИ ПРО КОЛЕГУ ЗЕНЕКА

Через день до інституту приїхала комісія МОЗ УРСР, у яку увійшли викладач радянського права та доцент кафедри історії КПРС Запорізького медінституту. У їх завдання входило ознайомитись із ситуацією, пов'язаною із викладанням радянського права, та відвідати одну з лекцій, які Зенек читає іноземним студентам.

19 листопада 1987 року комісія прийшла на кафедру. Зенек був вдягнений у строгий костюм, напевне у той, у якому одружувався, та білий лікарський халат, але забув краватку. Група підтримки вирішила, що краватка мусить бути і один із прихильників Зенека йому позичив свою. Звичайно, ніхто нас на лекцію не запрошував, але група підтримки тишком-нишком пробралась на сцену лекційного залу та сховалась за завісою.

Усі ми прийшли до одностайної думки, що лекцію Зенек підготував та прочитав блискуче. Стосувалась вона питань міжнародного законодавства щодо протиепідемічного нагляду та охорони здоров'я.

Комісія позитивно оцінила лекцію та методичні розробки З.С. Гладуна і зробила висновок, що іноземцям слід читати не «Радянське право», а «Основи права» і видати окремий підручник.

Потім ми часто зустрічались з Зенеком на кафедрі організації та управління охороною здоров'я, де я працювала, а Зенек викладав предмет «Трудове право», хоча слід зазначити, що саме він почав знайомити організаторів охорони здоров'я з основами медичного права.

Зіновій Степанович пропрацював у Львівському медичному інституті 21 рік. 1997 року він переїхав у Тернопіль, де викладав право в одному із Вузів. Ми бачились з ним дуже рідко у Львові, коли він приїжджав у місто, щоб провідати своїх рідних.

Одного разу він попросив мене дати рецензію на його монографію, яка стосувалась питань вивчення стану здоров'я населення та охорони здоров'я.

Потім я зустріла його у Львові і дізналась, що він переїхав із Тернополя до Львова і працює у Львівському торговельно-економічному університеті. Зенек попросив перечитати цикл його лекцій, які стосувались правових аспектів організації роботи сімейних лікарів. Потім він зник з мого поля зору.

Через якийсь час ми випадково зустрілись на вулиці і він дуже оптимістично розповів мені, що він серйозно хворий, але отримує відповідне лікування.

Потім більше я його не зустрічала і від знайомих дізналась про те, що Зенека вже немає серед нас.

Для мене в пам'яті Зіновій Степанович залишився як колега Зенек, з яким було цікаво спілкуватись і який вражав своїм оптимістичним ставленням до життя.

Марія Телішевська

кандидат медичних наук, доцент,
працівниця Благодійного Фонду «Салюс»

Бабич Яна Сергіївна

*асистент кафедри службового та медичного права
Навчально-наукового інституту права Київського
національного університету імені Тараса Шевченка*

ВПЛИВ COVID-19 НА ДЕРЖАВНУ ПОЛІТИКУ У СФЕРІ ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ ВІД ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Гостра респіраторна хвороба COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2 (далі – «COVID-19»), посприяла переосмисленню багатьох сфер життя і не оминула захисту населення від інфекційних хвороб, що цілком закономірно. Вітчизняними науковцями вже детально та різнопланово опрацьовано українське регламентування протидії COVID-19, тому варто зосередитись на іноземному досвіді. Враховуючи дворічну боротьбу з COVID-19 (яка не завершена і досі), стає можливим порівняти вибір України та інших держав – наскільки вони відмінні, який їх вплив, яке рішення було більш ефективним тощо.

На нашу думку, першочергово варто приділяти увагу саме недопущенню інфекційних хвороб. Це означає, що держава має бути готова до усіх викликів заздалегідь. На початку 2020 року в Україні спостерігався дефіцит індивідуальних захисних масок – основного засобу індивідуального захисту, який вимагалось носити у публічних місцях. Згаданий факт свідчить про неготовність до спалахів інфекційних хвороб в Україні. Ринок зрештою заповнився, однак заходів із створення резервів досі не ініційовано.

Натомість можемо навести приклади боротьби з дефіцитом засобів індивідуального захисту державного та міжрегіонального рівня. У Австрії продуктові магазини зобов'язали безкоштовно видавати відвідувачам маски на вході. [1] Таким чином забезпечили реалізацію основної потреби людей у харчуванні та знизили рівень спекуляцій цінами на маски (хоча в Україні відсутність такого обов'язку магазинів компенсується розгалуженою та зручною системою доставки; крім того, тоді було б логічно поширити вимогу щодо безкоштовних масок і на аптеки).

Більш глобальна та далекоглядна ініціатива була запроваджена Європейською комісією у березні 2020 року – створення стратегічного запасу для боротьби з інфекційними хворобами у країнах ЄС (rescEU). До цього стратегічного запасу входять:

- медичне обладнання для інтенсивної терапії;
- засоби індивідуального захисту (зокрема і захисні маски);
- вакцини та терапевтичні засоби;
- лабораторне приладдя.

Запас буде розміщуватися в одній або кількох державах-членах ЄС. Європейська Комісія оплачуватиме 90% запасів. Початковий бюджет запасів ЄС складає 50 мільйонів євро. [2]

Щодо вирішення проблем підпорядкування та повноважень різних органів державної влади та місцевого самоврядування вважаємо за доцільне навести приклад Японії. У лютому 2021 року японський парламент проголосував за поправки до Закону про спеціальні заходи проти нового грипу (назва зумовлена прийняттям закону у зв'язку з розповсюдженням пташиного грипу, згодом його дію було поширено і на інші хвороби), щоб запровадити чіткий обов'язковий механізм для виконання запиту губернатора префектури до керівників установ.

Зокрема, губернатори наділені повноваженнями видавати накази, якими запроваджуються протиепідемічні заходи. За їх невиконання передбачено штраф у 300 тисяч ієн (на момент написання цієї статті – понад 65 тисяч гривень). Водночас, перед виданням таких наказів губернатор зобов'язаний отримати висновки експертів в частині непоширення інфекційних хвороб. [3]

В Україні органи місцевого самоврядування мають дискреційні повноваження, але згідно з постановою Кабінету Міністрів України «Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 від 09 грудня 2020 р. №1236», рішенням місцевих комісій з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій на території окремих територіальних громад у межах регіонів з установленим «помаранчевим» рівнем епідемічної небезпеки встановлюються додаткові обмежувальні протиепідемічні заходи. [4]

Таким чином Японія як класична країна Сходу не порушує авторитету губернатора, натомість в Україні згадані комісії мають не дорадчу, а нормотворчу роль в територіальних громадах. Обидва підходи заслуговують уваги та довели свою дієвість в рамках культур, де впроваджені. Вочевидь, український підхід вважаємо дієвим у вітчизняних умовах, адже життя та здоров'я громадян мають бути більш пріоритетними.

В іноземному досвіді неординарні підходи зустрічаються не лише в частині розподілу повноважень. Так, диференційований підхід застосовується в Італії під час організації надання медичної допомоги у різних регіонах. У країні діють три моделі:

- у Ломбардії – лікарняна модель із домінуванням стаціонарної допомоги. Модель базується на тому, що основний обсяг робіт із тестування хворих виконують лікарні, тут проводиться лікування хворих різного ступеня важкості. У Ломбардії 50% хворих госпіталізуються, ліжковий фонд стаціонару використовується майже на 100%. Співвідношення пацієнтів, які лікуються в стаціонарі та в амбулаторних умовах у цьому регіоні Італії вдвічі вище, ніж в інших областях країни;
- у Венето та низці інших регіонів – територіальна модель, заснована переважно на первинній медичній допомозі та широкій участі місцевих соціальних служб. Характеризується невисокою госпіталізацією та високим охопленням тестування. У цьому регіоні госпіталізуються 22% пацієнтів проти 45% у середньому в інших областях;
- у П'ємонті – змішана лікарняно-територіальна модель. [5]

Італія певний час фігурувала у новинах у зв'язку з високою смертністю та захворюваністю COVID-19, тому як спроба врятувати людські життя диференціація підходів по регіонах нам видається цілком виправданою. Відмітимо, що суттєво смертність між регіонами не різниться, однак із згаданих найменша – у Венето, найбільша – у Ломбардії.

Для всієї України діє єдина модель організації надання медичної допомоги хворим на COVID-19, що складається із 3 стандартів і регулюється також іншим законодавством України. [6] На жаль, відмінний від італійського підхід не дозволив оминати високих показників смертності та захворюваності.

Запровадження карантинних та обмежувальних заходів призвело до цифровізації багатьох сфер життя. Відтак, захист населення від інфекційних хвороб також став більш технологічним. В Україні у квітні 2020 року розроблено та запущено мобільний застосунок «ДІЙ ВДОМА», [7] яким контролюється дотримання громадянами самоізоляції (шляхом відслідковування геолокації та надіслання селфі на вимогу застосунку). Міжнародний досвід у досліджуваному питанні доволі різносторонній і навіть ставав питанням судового розгляду в частині захисту персональних даних:

- Ізраїль запустив відстеження розташування громадян через мережі стільникового зв'язку або за допомогою GPS, при цьому немає необхідності завантажувати програму; [8]
- Сінгапур застосовує програму TraceTogether, що використовує Bluetooth Low Energy, для створення записів про інші найближчі телефони, на яких також встановлено програму, але не відстежується їхнє розташування. Зазвичай Bluetooth використовується для передачі анонімних ідентифікаторів зі зсувом часу на найближчі пристрої; [9]

- у Тайвані громадяни з найбільш постраждалих регіонів повинні залишатися на карантині протягом чотирнадцяти днів, на цей час їм передавався мобільний телефон, який записував їхнє місцезнаходження по GPS, щоб поліція могла спостерігати за їх пересуваннями і стежити за тим, щоб вони не виходили за межі їх місця проживання; [10]

- в Італії було розроблено додаток для смартфона, за допомогою якого можна простежити маршрут інфікованої особи та попередити людей, які мали з нею контакт. За словами розробників, конфіденційність гарантована, оскільки програма не розкриватиме телефонні номери або особисті дані (але чимало ситуацій передбачатимуть розкриття особи інфікованого; до прикладу – отримання сигналу поряд з однією людиною на найближчі п'ятдесят метрів, тоді сумнівів не залишатиметься). [11]

Отже, застосунок «ДІЙ ВДОМА» у порівнянні з вищезгаданими більш надійний в частині недопущення порушення законодавства про захист персональних даних. Можемо припустити, що обрання правильного підходу в Україні зумовлене існуванням тривалого успішного досвіду, пов'язаного з функціонуванням іншого мобільного застосунку – «ДІЯ». [12]

У рамках цього дослідження виявлено, що COVID-19 повпливав на державну політику ряду країн у сфері захисту населення від інфекційних хвороб, принаймні в частині (1) підготовки до подальших спалахів інфекційних хвороб, (2) наділення органів державної влади та місцевого самоврядування додатковими повноваженнями, (3) впровадження диференційованого підходу до лікування у різних регіонах країни, (4) цифровізації у згаданій сфері.

Продемонстровані у цій статті підходи свідчать про те, що запозичувати зарубіжний досвід треба з врахуванням особливостей законодавства та менталітету кожної країни, її географічних та демографічних особливостей тощо. В контексті проаналізованих прикладів доцільно було б створити власний стратегічний запас засобів індивідуального захисту, розглянути можливість впровадження різних варіантів організації надання медичної допомоги інфікованим залежно від особливостей того чи іншого регіону тощо.

Використані джерела

1. Маски у магазинах Австрії – обов'язкові, але безкоштовні. BBC News Україна. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-52150032>
2. COVID-19: Commission creates first ever rescEU stockpile of medical equipment. An official website of the European Union. URL: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_476
3. Kadomatsu, N. Legal countermeasures against COVID-19 in Japan: effectiveness and limits of non-coercive measures. China-EU Law J (2022). URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12689-022-00093-x#citeas>

4. Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 : постанова Кабінету Міністрів України від 09.12.2020 р. №1236. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1236-2020-%D0%BF#Text>
5. Boccia S, Cascini F, McKee M and Ricciardi W (2020) How the Italian NHS Is Fighting Against the COVID-19 Emergency. *Front. Public Health* 8:167. doi: 10.3389/fpubh.2020.00167
6. Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19) : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.03.2020 р. №722. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0722282-20#Text>
7. Кабмін контролюватиме дотримання самоізоляції за допомогою селфі. *Юридична газета online*. URL: <https://yur-gazeta.com/golovna/kabmin-kontrolyuvatime-dotrimannya-samoizolyaciyi-za-dopomogoyu-selfi.html>
8. Holmes O. Israel to track mobile phones of suspected coronavirus cases. *The Guardian*. URL: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/17/israel-to-track-mobile-phones-of-suspected-coronavirus-cases>
9. Bay J., Kek J., Tan A. et al. BlueTrace: A privacy-preserving protocol for communitydriven contact tracing across borders. *Government Technology Agency Singapore*. URL: <https://bluetrace.io/static/bluetrace-whitepaper-938063656596c104632def383eb33b3c.pdf>
10. Laurent A. COVID-19: States use geolocation to know who respects containment. *Usebk & Rica*. URL: <https://usbeketrica.com/fr/article/covid-19-la-geolocalisation-pour-savoir-qui-respecte-confinement>
11. Tebano E. Coronavirus, pronta la app italiana per tracciare i contagi: «Così possiamo fermare l'epidemia». *Corriere della Sera*. URL: https://www.corriere.it/tecnologia/20_marzo_18/coronavirus-pronta-app-italiana-tracciare-contagi-così-possiamo-fermare-l-epidemia-c6c31218-6919-11ea-913c-55c2df06d574.shtml
12. Єдиний портал державних послуг «ДІЯ». URL: <https://diia.gov.ua>

ДО ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВАСКУЛЯРИЗОВАНОЇ КОМПЗИТНОЇ АЛОТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Васкуляризована композитна алотрансплантація (*vascular composite allotransplantation, далі – ВКА*) – це такий різновид трансплантації, коли відбувається пересадка людині (реципієнтові) тканин, зокрема обличчя, або верхніх та нижніх кінцівок. Такий вид трансплантації застосовується для лікування і реабілітації постраждалих від опіків, вибухів, нападів тварин тощо.

Особливість цього виду трансплантації розкривається вже в етимології складових. *Vasculum* перекладається з латини як судинний, його українським відповідником є васкулярний чи васкуляризований, і мається на увазі властивість тканини містити у своєму складі судини; *compositus* – складений, багатошаровий: пересадка тканин та кінцівок передбачає сполучення комплексу тканин [1, с. 19, 70].

Багато пацієнтів страждають від руйнівних ушкоджень васкуляризованих композитних тканин. Останні включають блоки т.зв. «функціональної тканини», які можуть містити кілька типів тканин, зокрема кістки, м'язи, нерви, кровоносні судини, сухожилля, зв'язки та інші. Приклади з важкими васкуляризованими дефектами композитної тканини, включаючи людей з ампутованими кінцівками, пацієнтів з опіками третього ступеня особи або кінцівок, військовослужбовці з пораненнями від вибухових пристроїв та ін. На жаль, на даному етапі пацієнти, які отримують ВКА, повинні постійно приймати імунодепресанти з серйозними побічними ефектами, такими як інфекція, ниркова недостатність, діабет і рак.

Появі означеного методу лікування передувала низка наукових відкриттів, і передусім у галузі мікрохірургії. Так, 1921 року шведський отоларинголог К.О. Найлен, який тоді був ще на самому початку свого кар'єрного шляху, здійснив операцію з використанням мікроскопа, для того щоб вилікувати середнє вухо [2]. Згодом це відкриття поширилось на різні галузі медицини, де з великим успіхом застосовується досі. Перші плоди мікрохірургії принесло її застосування в офтальмології, де вона була застосована для лікування катаракти [3]. Починаючи з 60-х років минулого століття мікрохірургія почала використовуватись для лікування судин, анастомозу й відновлення нервової тканини.

Світанком епохи ВКА стало винайдення ефективних імунодепресантів та імуномодуляторів, що припало на 80-ті роки минулого століття, зокрема повідомляють, що ефективністю була відзначена комбінація препаратів такролімус, микофенолат мотефіл та циклоспорін [4, с. 77].

На практиці траплялись випадки, коли ВКА та реабілітація зазнавали невдачі через психологічне несприйняття трансплантата [4, с. 88]. Відтак обструкція трансплантата, отриманого через ВКА, може бути не тільки біологічною, але й психологічною. Комплекс факторів, які переживає пацієнт ВКА ставить під сумнів саму ідею того, що весь процес ВКА може бути забезпечений такою ж самою інформованою згодою, як і пересадка органів.

При формуванні поняття про згоду на ВКА ми опираємось на матеріали, викладені Дж.Л. Бенедіктом в його монографічній праці «Нова теорія згоди на трансплантацію обличчя та верхніх кінцівок: ковенантна згода» (2017) [4, с. 121]. Автор демонструє на підставі опрацювання значного масиву судової практики розвиток ідеї згоди на медичне втручання, а також її застосування в різних видах трансплантології. Дослідник виділяє такі риси, що вирізняють ВКА:

– при пересадці органів трансплантат залишається невидимим, тоді як при ВКА він не лише видимий, але й здатний до тактильного сприйняття;

– ВКА як правило не є стандартною процедурою лікування, тоді як трансплантація органів часто-густо є єдиним порятунком;

– ВКА має на меті покращити рівень життя, а не продовжити його (з урахуванням токсичної дії імунодепресантів та модуляторів, ефект для тривалості життя тут завжди негативний), тоді як трансплантація органів має на меті покращити і якість, і тривалість життя;

– обов'язковий психологічний супровід пацієнта, що може тривати все подальше життя [4, с. 125].

Таким чином, ВКА можна схарактеризувати як різновид алотрансплантації, що вирізняється власними особливостями біологічного, фізіологічного, функціонального та психологічного характеру, котрі впливають на терапію та реабілітаційний механізм.

Чинний Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» 2018 р. (далі – Закон) визначає трансплантацію як «спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці анатомічного матеріалу людини від донора реципієнту і спрямований на відновлення здоров'я людини». Дія Закону не поширюється на донорство крові та її компонентів і діяльність, пов'язану з їх використанням; трансплантацію статевих залоз, репродуктивних клітин та живих ембріонів; аутоотрансплантацію; імплантацію; вилучення анатомічних матеріалів для діагностичних та наукових досліджень; діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я; виготовлення біоімплантатів та ксеноімплантатів.

Стаття 1 Закону визначає анатомічні матеріали як органи (їх частини), тканини, анатомічні утворення, клітини людини або тварини, фетальні матеріали людини. Іншими словами, закон присвячено правовому регулюванню алотрансплантації (також гомотрансплантації).

Діяльність, пов'язана з трансплантацією Закон визначає як медичні послуги з вилучення анатомічних матеріалів у живих донорів, вилучення анатомічних матеріалів у донора-трупа, що здійснюються закладами охорони здоров'я, бюро судово-медичної експертизи або іншими суб'єктами господарювання, що згідно із законодавством мають право здійснювати таку діяльність, та/або послуги із зберігання і перевезення анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації, вилучення анатомічних матеріалів у донора-трупа для виготовлення біоімплантатів, зберігання і перевезення таких матеріалів, трансплант-координації, а також діяльність із забезпечення функціонування інформаційних систем і реєстрів у сфері трансплантації.

Як відомо, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) як і Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» побудовані на принципі добровільності, провідним нормативним вираженням якого є положення про інформовану згоду пацієнта, закріплене в статті 43 Основ і статті 13 Закону (де йдеться про «згоду об'єктивно поінформованої дієздатної особи»).

Частина 1 статті 43 Основ встановлює правило, згідно з яким «згода інформованого пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування». Щодо пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників. Згідно з частиною 2 цієї ж статті, згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише якщо пацієнт перебуває у невідкладному стані.

Однак при цьому ж, частина 4 статті 39 Основ передбачає, що коли інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я його найближчих родичів, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмеживши можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.

Таким чином, вітчизняне законодавство намагається сполучити в одному дві різні моделі згоди на медичне втручання. Перша з них пов'язана з іменем Гіппократа і ґрунтується на принципі добротності. Відповідно відносини лікаря і пацієнта є, можна сказати, не суб'єкт-суб'єктними, а суб'єкт-об'єктними. Лікар тут користується досить широкою свободою розсуду стосовно вимірювання користі для пацієнта, а пацієнт, давши згоду на лікування, надає лікареві наче карт-бланш. Відлунням цієї гіппократичної за змістом моделі згоди і є частина 4 статті 39 Основ.

Принцип добродієвності червоною ниткою проходить по тексту Закону України про застосування трансплантації: у відповідності до частини 7 статті 13 Закону у разі відмови батьків або інших законних представників реципієнта від надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації особі, яка не досягла 14-річного віку або визнана в установленому законом порядку недієздатною, якщо така відмова може призвести до тяжких для реципієнта наслідків, керівник закладу охорони здоров'я негайно повідомляє про це орган опіки та піклування, який не пізніше 24 годин з моменту звернення ухвалює рішення про надання згоди або про незгоду на надання такій особі медичної допомоги із застосуванням трансплантації, що може бути оскаржено відповідно до закону, у тому числі до суду. Як бачимо, законодавець знову нехтує індивідуальною автономією, ставлячи добродієвність на щабель вище за добровільність.

Норми Основ субсидіарно застосовуються також і до відносин, котрі складаються у зв'язку із застосуванням до людини трансплантації анатомічного матеріалу, зокрема ВКА. Але чи має право лікар приховати інформацію про процедуру ВКА, її перебіг, погані негативні наслідки в ім'я відвернення погіршення стану здоров'я реципієнта (батька, дитини та ін.)? Чи може тут бути баланс, та чи має тут взагалі існувати баланс?

На ці питання нам хотілося б відповісти невеликим історико-правовим нарисом, позаяк в історії світової правничої думки поняття згоди на медичне втручання перетерпіло значні зміни, а нинішній стан загалом свідчить про корозію патерналістичної гіппократівської моделі добродієвності й все більше наділення правовідносин між пацієнтом (і зокрема реципієнтом ВКА) рисами цивільного відношення, передусім такими як рівність і вільне волевиявлення або автономія волі.

Так, у хрестоматійній справі *Slater v. Baker and Stapleton* (1767) суд Сполученого Королівства вперше визнав порушення прав пацієнта на тій підставі, що той не давав згоди на хірургічне втручання. Йшлося про перелом ноги, який неправильно загоївся, у зв'язку з чим лікар за власною ініціативою та без повідомлення пацієнта зламав кістку та зібрав її заново, за скаргою пацієнта неправильно [5, с. 189]. Резонанс у цій справі був пов'язаний з тим, що згода до того часу не мала сили правочину, а становила радше данину традиції. Це рішення британського суду слід вважати чи не найпершою пам'яткою історії становлення інституту інформованої згоди пацієнта. У справі *Carpenter v. Blake* (1871) вже перед судом штату Нью-Йорк постало питання про те, чи є порушення в діях лікаря, який використав нетрадиційні методи лікування. Суд підтримав позицію пацієнта, наголосивши, що лікар несе обов'язок надати пацієнтові всю необхідну інформацію про процедуру лікування та про її наслідки [6].

Рішення у справах *Wells v. World Dispensary Medical Association* (1890), *Pratt v. Davis* (1906) [7], *Rolater v. Strain* (1913) [8], *Schloenrdorff v. Societ of New York Hospitals* (1914) [9] *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees* (1957) [10] та б.ін. поступово утвердили доктрину інформованої згоди через захист автономії пацієнта у відносинах з лікарем, право пацієнта обмежувати медичне втручання та обов'язок лікаря одержати явну згоду (*explicit consent*) пацієнта на лікування. Так це виглядає в англо-американській правовій традиції, яка вчить поважати пацієнта, його гідність і автономію, права та інтереси, правомірні очікування і переживання.

Положення, згідно з яким «Трансплантація застосовується виключно за наявності медичних показань і здійснюється відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я за згодою об'єктивно поінформованої дієздатної особи (реципієнта), крім випадків, передбачених цим Законом» слід розуміти таким чином, що особа вважається лише тоді об'єктивно поінформованою, якщо поінформована і повно. Це зокрема стосується випадку з ВКА, оскільки найменші відхилення від погодженої дорожньої карти заходів можуть спричинити великий стрес пацієнтові, що, цілком можливо, призведе до відторгнення алотрансплантатів.

Результати проведеної нами розвідки дають підстави говорити про те, що українське трансплантологічне законодавство розвивається в дусі ліберальної традиції, започаткованої ще Т. Гоббсом, Дж. Локком. Ж.-Ж. Руссо, І. Кантом та Дж.С. Міллем з її наголосами на правах та інтересах пацієнта, визнання його вільного волевиявлення та поінформованої згоди.

Важкопрогнозований характер ВКА, необхідність високої пильності з боку реципієнта, зокрема стосовно змін в функціонуванні васкуляризованого композитного алотрансплантата ставлять під сумнів ідею, буцімто всі обставини, що супроводжують життя реципієнта, можуть бути якимось чином охоплені його волею (позаяк волі поза передбаченням не існує). Саме тому, на нашу думку слід підтримати ініціативу тих дослідників, які пропонують законодавчо запровадити для реципієнтів ВКА так звану «ковенантну згоду», яка по своїй суті є дорожньою картою чи набором протоколів щодо взаємних дій лікаря (медичного закладу) та реципієнта при тому чи іншому перебігу ВКА.

Використані джерела

1. Латинсько-український і українсько-латинський словник. – К.: Національний аграрний університет, 2004. – 720 с.
2. Kaufman Christina L. Immunobiology in VCA // *Transplant International*. – June 2016. – Pp. 644-654.
3. Britannica, The Editors of Encyclopaedia. «otology» // *Encyclopedia Britannica*, 16 Apr. 2013. URL: <https://www.britannica.com/science/otology>.
4. Benedict J.L. A Revised Consent Model for the Transplantation of Face and Upper Limbs. – Springer, 2017. – 256 p.

5. Slater v. Baker and Stapleton (C.B. 1767). URL: <https://minds.wisconsin.edu/handle/1793/80595>
6. Carpenter v. Blake (June 13, 1878). URL: https://casetext.com/case/carpenter-v-blake-2?_cf_chl_tk=vF3xWwRAeM_4N429Tt_3vJpjs_OGLH1WFakyUtpkAc-1657545876-0-gaNycGzNCLQ
7. Pratt v. Davis , 79 NE 562 (Ill. 1906). URL: <https://cite.case.law/ill/224/300/>
8. Rolater v. Strain, 634 OK 137 (1913). URL: <https://casetext.com/case/rolater-v-strain-1>
9. Schoendorff v. Society of New York Hosp., 105 N.E. 92, 93 (N.Y. 1914). URL: <https://biotech.law.lsu.edu/cases/consent/schoendorff.htm>
10. Salgo v. Leland Stanford etc. Bd. Trustees [Civ. No. 17045. First Dist., Div. One. Oct. 22, 1957.]. URL: <https://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/2d/154/560.html>

Булеца Сібілла Богданівна

доктор юридичних наук, професор,
завідувач кафедри цивільного права та процесу ДВНЗ
«УжНУ»,

Менджул Марія Василівна

доктор юридичних наук, професор,
професор кафедри цивільного права та процесу ДВНЗ
«УжНУ»

АНАЛІЗ ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ З ВРАХУВАННЯМ ДОСВІДУ ОКРЕМИХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ ДЕРЖАВ

Питання легалізації евтаназії в Україні викликає дискусію вже не одне десятиліття. Визнання у статті 3 Конституції України найвищою соціальною цінністю життя та здоров'я людини є одним із вагомих аргументів противників легалізації евтаназії в нашій державі. Крім того, серед аргументів проти легалізації евтаназії наступні: надання права на евтаназію суперечить медичній етиці; надання права на евтаназію може уповільнювати розробку та пошук нових способів та засобів лікування пацієнтів; вірогідність помилкових діагнозів, а також винайдення ліків, щоб могли врятувати життя; евтаназія унеможливить випадки так званих «чудесних одужань», хоч їх відсоток надзвичайно малий, але такі випадки все ж трапляються; можливість умисних зловживань по застосуванні евтаназії з боку медичних працівників та родичів пацієнта; недопустимість евтаназії з релігійних переконань [1, с. 18; 2, с. 163].

Можна погодитися з позицією науковців, що евтаназію в жодній формі не можна розглядати як достатню правову підставу для припинення права на життя людини, що обумовлено домінуючими не тільки правовими, але і філософськими, етичними, релігійними та медичними світоглядними позиціями [3, с. 394].

Водночас стан здоров'я та надзвичайні болі невиліковно хворої людини є умовами для права на гідну смерть та при наявності інформованої вільної згоди можуть бути підставами для застосування евтаназії у тих державах, що її допускають.

Правове регулювання окремих видів евтаназії є у 28 державах світу – від Австралії до Уругваю. При цьому підходи у зарубіжних державах різняться. Так, Бельгія, Канада, Колумбія, Люксембург, Нідерланди та Швейцарія вже затвердили законодавство, що регулює право на активну евтаназію. У США кілька штатів, включаючи Каліфорнію, Колорадо та Орегон, дозволяють пацієнтам отримувати летальні рецепти, якщо вони смертельно хворі. В Австралії (штат Вікторія та Західна Австралія), ухвалили закон про евтаназію. Більшого поширення набула все ж пасивна евтаназія (в Аргентині, Індії, Німеччині, Чілі, Фінляндії тощо). Розглянемо насамперед правове регулювання евтаназії у європейських державах.

Евтаназія та самогубство за допомогою лікарів були узаконені 1 квітня 2002 року Законом про припинення життя за запитом та самогубством (процедури перегляду) для громадян Нідерландів старше 12 років. Закон зазначає, що лікарі, які виконують процедури, будуть звільнені від кримінальної відповідальності та встановлюють критерії, якими слід дотримуватись лікарям для законної евтаназії чи допомоги у самогубстві пацієнтам. Згідно із законом, новонароджені можуть бути евтаназовані, якщо вони народилися з нестерпними стражданнями, немає альтернативного рішення, і батьки, лікар та незалежний лікар погоджуються на процедуру. Критерії, за якими можуть бути евтаназовані немовляти, містяться у Гронінгенському протоколі, написаному доктором медицини Едуардом Верхагеном, у вересні 2004 року. 16 жовтня 2020 року міністр охорони здоров'я Нідерландів, Уго де Йонге, оголосив про плани розширити юридичну допомогу для невиліковно хворих дітей у віці від одного до 12 років. В даний час країна дозволяє самогубство за допомогою лікаря для невиліковно хворих дітей старше 12 років та дорослих, а також дозволяє самогубство за допомогою лікаря для дітей молодше одного року за згодою батьків.

Закон Бельгії про евтаназію від 28 травня 2002 року набув чинності 3 вересня 2002 року [4], легалізуючи як евтаназію, так і PAS для «компетентних» дорослих та емансипованих неповнолітніх, які страждають від «постійних і нестерпних фізичних або психічних страждань, які неможливо пом'якшити». 13 лютого 2014 року закон був поширений на неповнолітніх. Бельгія стала другою країною, яка легалізувала евтаназію, після Нідерландів у 2001 році. Крім того, 13 лютого 2014 року Бельгія узаконила евтаназію смертельною ін'єкцією для дітей.

Люксембург став третьою країною в Європі, після Нідерландів та Бельгії, яка легалізувала евтаназію та самогубство за допомогою лікаря.

Закон був прийнятий парламентом 19 лютого 2008 р. та набрав чинності в квітні 2009 р. Згідно із законом, лікарі мають юридичний імунітет від санкцій та судових процесів за здійснення евтаназії або допомогу у самогубстві, якщо пацієнт із «важкою та невиліковною хворобою» неодноразово просив про процедуру.

Стаття 114 Кримінального кодексу Швейцарії [5] містить відповідальність за дії, що містять ознаки незаконної евтаназії: «Будь-яка особа, яка з похвальних мотивів, і, зокрема, із співчуття до жертви, спричиняє смерть людини за її власним справжнім та наполегливим проханням, карається позбавленням волі, яке не перевищує трьох років, або грошовим стягненням». Крім того, швейцарське законодавство забороняє самогубство, яке здійснюється з «корисливих мотивів» (стаття 115), і кожен, хто порушує цей закон, може бути засуджений до п'яти років в'язниці або штрафу.

17 грудня 2020 р. Пленум Іспанського конгресу депутатів (нижня палата) схвалив законопроект No 46-7 про Органічний закон, що регулює евтаназію, 198 голосами за, 138 проти та два утрималися. Право на евтаназію мають повнолітні громадяни Іспанії, законні резиденти чи власники реєстраційного посвідчення, яке підтверджує перебування на території Іспанії більше 12 місяців. Закон набрав чинності через три місяці, щоб був час для створення регіональних контрольних комітетів, які розглядатимуть та дозволятимуть запити. Якщо особа була недієздатною на той час, але раніше підписала заповіт про життя, попередню директиву або еквівалентний юридично достовірний прийнятний документ, процедура також може продовжуватися [6].

Пасивна евтаназія є законною у Німеччині, якщо пацієнт про це просить. 17 травня 2014 року Федеральний конституційний суд Німеччини узаконив пасивну евтаназію шляхом відмови від життєзабезпечення пацієнтам, які вимагають евтаназії. Відомим є рішення Федерального Конституційного Суду Німеччини, який на початку 2020 року скасував заборону на комерційну евтаназію, що діяла з 2015 року. Судді, відстоюючи право на самовизначену смерть, зазначили, що це включає свободу вдаватися до допомоги, наданої третіми сторонами. Німеччина 6 листопада 2015 р. узаконила самогубство за допомогою лікаря, яке здійснюється «індивідуально» з альтруїстичних мотивів, проте «комерційна евтаназія» або «самогубство» є незаконною. До прийняття закону 2015 року лікарям дозволялося надавати високі дози знеболюючих препаратів для прискорення смерті. 2020 року Вищий суд Німеччини визнав неконституційним закон, який забороняв пропонувати послуги із допомоги по самогубству. Це змусило німецьких політиків діяти, і два окремі законопроекти про допомогу у самогубстві внесено до парламенту [7], які очікувано будуть прийняті до вересня 2021 року.

У Великобританії евтаназія та допомога у самогубстві є незаконними. Остання справа, яка потрапила до Верховного суду Великобританії, отримала назву «справа Мартіна», може змінити ситуацію. На разі Закон про самогубство Великобританії 1961 року передбачає, що той, хто допомагає іншим померти, може бути покараний до 14 років позбавлення волі.

В Англії та Уельсі люди можуть прийняти попереднє рішення або призначити довірену особу відповідно до Закону про психічну дієздатність 2005 року [8]. В силу цього закону попереднє рішення про відмову від лікування (ADRT) набуло статутної сили серед лікарів, пацієнтів та їх сімей. Це стосується поглибленої відмови від рятувального лікування, коли особа не має розумової працездатності і відповідний медичний персонал повинен вважати її дійсною та застосовною.

Евтаназія у Франції є незаконною, проте у 2016 році був прийнятий закон, який дає невиліковно хворим пацієнтам право на «постійне глибоке заспокоєння» (CDS), яке передбачає введення сильних доз седативних засобів для полегшення будь-яких страждань до смерті пацієнта. Хоч деякі описують це як «пасивну евтаназію», закон чітко розмежує евтаназію та CDS, що виділяє підхід Франції у порівнянні з іншими європейськими державами. Науковці відзначають, що це «альтернатива евтаназії» і «французька відповідь на проблеми наприкінці життя» [9].

У квітні 2021 року до парламенту Франції було внесено законопроект про легалізацію евтаназії. У випадку його прийняття, Франція стала б п'ятою країною Європейського Союзу, яка б декриміналізувала самогубство, після Нідерландів, Бельгії, Люксембургу та Іспанії. Законопроект передбачає надання права на активну допомогу в смерті, яка повинна бути включена до кодексу охорони здоров'я, і вказує, що це може здійснюватися у формі самогубства чи евтаназії (стаття 1) [10]. Законопроект був внесений Олів'є Фалорні, який зауважує на необхідності його прийняття, оскільки «французькі жителі часто їздять до Бельгії чи Швейцарії для допомоги в самогубстві та французькі лікарі таємно щороку виконують від 2000 до 4000 актів евтаназії». Противники евтаназії внесли понад 3000 поправок, що уповільнило розгляд законопроекту [11].

У Словаччині евтаназія заборонена, так як відповідно до кримінального законодавства це злочин. Крім того, згідно зі статтею 15 Конституції Словацької Республіки «ніхто не може бути позбавлений свого життя» [12].

При аналізі права на евтаназію у словацьких дослідників виникає питання про те, чи не можна виправдати вину за таку поведінку на підставі п. 29 п. 1 КК Словаччини, тобто при наявності згоди потерпілого. У цьому положенні зазначено, що «в іншому випадку правопорушення не є кримінальним злочином, якщо воно було вчинене за згодою потерпілої сторони і не спрямоване проти його життя чи здоров'я». Однак, оскільки дії лікаря шкодять життю та здоров'ю пацієнта, очевидно, що така згода не позбавить його вини. Водночас, у Словацькій Республіці допускається відмова від лікування (право пацієнта, який за власною ініціативою не погоджується проводити лікування для поліпшення свого здоров'я), яка не суперечить статті 6 Закону про охорону здоров'я. З чого у літературі робиться обґрунтований висновок, що Словацька Республіка у законодавстві через інститут інформованої згоди по суті допускає пасивну форму евтаназії, коли поінформований пацієнт відмовляється від лікування [13].

У Польщі евтаназія вважається вбивства і карається як злочин. Кримінальний кодекс Польщі криміналізує допомогу чи сприяння у самогубстві. Так, згідно ст. 150 Кримінального кодексу: «1. Хто вб'є людину на його прохання та під впливом співчуття до нього, підлягає покаранню позбавленням волі на строк від 3 місяців до 5 років. 2. У виняткових випадках суд може застосувати надзвичайне м'якше покарання і навіть відмовитись від його призначення.» При цьому за даними статистики поліції, кількість виявлених у Польщі евтаназій незначна, у 2016 р. було розпочато тільки одне провадження, у 2015 р. – жодного, а в 2014 р. – два, з яких лише в одній справі було встановлено злочин. Крім того, у Кодексі медичної етики, що діє в Польщі, чітко сказано: «лікар не повинен використовувати евтаназію чи допомагати хворим у самогубстві» [14].

При підготовці проекту нині діючого Цивільного кодексу України, прийнятого ще у 2003 році, піднімалося питання про легалізацію пасивної евтаназії, водночас через несприйняття такої позиції в українському суспільстві, критику представників релігійних організацій, врахування можливості лікарської помилки, такі пропозиції були відкинута [15, с. 123]. Законопроекти про легалізацію евтаназії з 2008 року декілька разів подавалися до парламенту, але не були розглянуті. З 2019 року в Україні знову активізувалися дискусії щодо необхідності прийняття закону, який би дозволяв та регулював порядок застосування евтаназії. На початку 2021 року про необхідність легалізації евтаназії та асистованого самогубства зауважив і перший заступник Голови Верховної Ради Р.О. Стефанчук [16].

Наразі в Україні триває обговорення Концепції нового Цивільного кодексу. Необхідність легалізації евтаназії обґрунтовується не тільки досвідом ряду європейських держав, але і рішеннями ЄСПЛ у справах «Pretty v. The United Kingdom», «Haas v. Switzerland», «Lambert and Others v. France» та іншими. Для надання права застосовувати пасивну евтаназію та асистоване самогубство пропонується внести зміни як до Цивільного кодексу, так і до Кримінального кодексу України. Вказане питання є особливо актуальним в умовах військового стану і значної кількості важко поранених та скалічених людей. Питання евтаназії є актуальним та своєчасним і воно обговорюється на державному рівні та в наукових колах не один рік. Евтаназія все одно існує поза правовим полем, а спеціальний закон дозволить проконтролювати цей процес. Ми вважаємо, що як право на життя – природне право кожної людини, так і право на смерть – право людини визначати чи бажає воно страждати в невимовних муках чи ні. Добровільна евтаназія буде вважатися корисною, якщо буде «повага до осіб і до їхніх самостійних рішень», за умови, що ці рішення не шкодять іншим. Легалізована й регульована система добровільної евтаназії навряд чи призведе до безконтрольного вбивства. Самогубство за допомогою лікаря (асистоване самогубство) є одним із кращих шляхів дотримання права померти з гідністю.

Використані джерела

1. Мерник А.М., Лукаш Є.Ю. Легалізація інституту евтаназії в Україні: теоретико-правовий підхід. Юридичний науковий електронний журнал. 2019. №3. С. 18.
2. Черевко К. О. Щодо питання евтаназії в Україні. Проблеми правознавства та правоохоронної діяльності. 2016. №4 (58). С. 163.
3. Стефанчук Р. О., Янчук А. О., Стефанчук М. М., Стефанчук М. О., Блажівська Н. Є. Право на евтаназію: за чи проти? Патологія. 2018. Т. 15, No 3(44). С. 394.
4. The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002. URL: <https://usiraq.procon.org/sourcefiles/the-belgian-act-on-euthanasia.pdf>
5. Schweizerische Eidgenossenschaft [Swiss Federal Council], "311.0 Swiss Criminal Code of 21 December 1937," admin.ch, June 18, 2016
6. Spain: Bill on Euthanasia and Assisted Suicide Approved by Congress of Deputies, Moves to Senate for Consideration. 2021. URL: <https://www.loc.gov/law/foreign-news/article/spain-bill-on-euthanasia-and-assisted-suicide-approved-by-congress-of-deputies-moves-to-senate-for-consideration/>
7. Derek Scally. Vote by Germany's doctors paves way for assisted suicide. 2021. URL: <https://www.irishtimes.com/news/world/europe/vote-by-germany-s-doctors-paves-way-for-assisted-suicide-1.4557558>
8. Mental Capacity Act 2005 URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>
9. Ruth Horn. The 'French exception': the right to continuous deep sedation at the end of life. Med Ethics. 2018. №44.P. 204–205. doi:10.1136/medethics-2017-104484
10. France Parliament debates bill to legalize assisted dying. URL: <https://www.jurist.org/news/2021/04/france-parliament-debates-bill-to-legalize-assisted-dying/>
11. Euthanasia bill to spark debate in French parliament. URL: <https://www.rfi.fr/en/france/20210408-euthanasia-bill-to-spark-debate-in-french-parliament>
12. Ústava Slovenskej Republiky. URL: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/1992/460/20170601>
13. Martin Spišák. Majú Slováci právo na smrť? Alebo ako sa na eutanáziu pozerá právo. URL: <https://www.medipravnik.sk/pravne-clanky/maju-slovaci-pravo-na-smrt-alebo-ako-sa-na-eutanaziu-pozer-a-pravo-286/>
14. Wiktorja Bielaszyn. Eutanazja, dobra śmierć. Czy prawo do godnego życia obejmuje też umieranie w godności? URL: <https://oko.press/eutanazja-dobra-smierc-czy-prawo-do-godnego-zycia-obejmuje-tez-umieranie-w-godnosci/>
15. Мяловицька Н.А., Голопапа Д.І. Евтаназія: право на життя. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПРАВО. 2013. Випуск 23. Частина І. Том 1. С. 123.
16. Беловольченко Ганна. Право на смерть. Коли в Україні дозволять евтаназію та до чого тут гроші. URL: <https://zaborona.com/pravo-na-smert-koli-v-ukrayini-dozvolyat-evtanaziyu-ta-do-chogo-tut-groshi/>

КОЛАБОРАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЯХ: УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

Верховною радою України 3 березня 2022 року прийнято Закон України №2108-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів (щодо встановлення кримінальної відповідальності за колабораційну діяльність)», який набрав чинності 15.03.2022 [1].

У пояснювальній записці до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів (щодо встановлення кримінальної відповідальності за колабораційну діяльність)» передбачено, що колабораціонізм як явище підриває національну безпеку України та становить безпосередню загрозу державному суверенітету, територіальній цілісності, конституційного ладу та іншим національним інтересам України, тому повинен нести за собою відповідальність, встановлену законом. Крім того, постконфліктне врегулювання неможливе без відновлення справедливості та обмеження ряду прав осіб, причетних до колабораціонізму, що можливо вирішити виключно законом.

Колабораціонізм як суспільне явище використовують на позначення добровільної співпраці населення, яке перебуває під окупацією, з окупаційною владою. Він походить від французького слова «collaboration», і дослівно означає «співпраця». У цьому буквальному сенсі його використовували у Франції та Бельгії після Першої світової війни для позначення співпраці місцевих жителів з німецькою окупаційною владою.

Під час Другої світової війни термін «колабораціонізм» набуває гострого політичного забарвлення через те, що «колаборація» стала офіційною назвою співпраці між Німеччиною та урядом маршала Петена («вішистською Францією»). Також «колабораціонізм» у цей час став синонімом добровільної співпраці громадян та урядів під час окупації країнами «осі» («гітлерівською коаліцією»), ідеологічною підтримкою нацизму, зрадою власної держави та співучастю у воєнних злочинах нацистської Німеччини.

Як вказує у своєму дослідженні Є.О. Письменський, колабораціонізм під час Другої світової війни полягає у допомозі ворогу, підтримці окупаційних сил, у роботі, спрямованій проти власних національних інтересів, і є синонімом до зради у широкому сенсі, у тому числі державної [2, с. 22-23].

Стосовно сучасних українських реалій, слід урахувати два важливі аспекти. По-перше, сьогодні термін «колабораціонізм» зберігає емоційне забарвлення з часів Другої світової війни. Відтак сучасні історики з обачністю використовують його через політичне навантаження. По-друге, «колабораціонізм» ніколи не був юридичним поняттям. Після Другої світової війни, часу, коли «колабораціонізм» набув вищезазначеного сенсу, за співпрацю з державою-ворогом карали за двома категоріями злочинів. Перша категорія злочинів – це державна зрада та злочини проти порядку несення військової служби. Ці склади злочину застосовувалися в усіх країнах Європи та СРСР. Друга категорія – це воєнні злочини та злочини проти людяності. Союзні держави переслідували за ці злочини лише етнічних німців чи громадян Німеччини, які мешкали на їхніх територіях. В СРСР та країнах, які перебували під його політичним впливом (Угорщина, Фінляндія тощо), покарання за ці злочини застосовувалося для переслідування своїх громадян на рівні з державною зрадою.

Зауважимо, що в Україні до внесення відповідних змін законом №2108-IX існувало достатньо правових механізмів для переслідування за співпрацю з державою-ворогом без створення нового складу злочину «колабораціонізму». Кримінальний кодекс України передбачав основні категорії злочинів, за якими карали за допомогу ворогу після Другої світової війни. Склади злочинів державної зради та інших злочинів проти основ національної безпеки застосовувалися на практиці фактично з початку війни в Україні для обвинувачення за співпрацю з державою-ворогом.

Зокрема, з усієї сукупності форм взаємодії з державою-агресором до 15.03.2022 оцінювалися як злочин:

- 1) перебування громадян України у складі незаконних збройних (воєнізованих) формувань, сприяння їх діяльності, фінансування тероризму (стосовно окупованих частин Донецької та Луганської областей);
- 2) виконання окремих функцій квазіорганів публічної влади, що діють у структурі окупаційних адміністрацій (стосується усіх окупованих територій).

Як бачимо, діяння, які становили інші форми взаємодії із окупантом, у своїй більшості залишалися за межами правового реагування.

Колабораційна діяльність – це публічне заперечення громадянином України здійснення збройної агресії проти України, встановлення та утвердження тимчасової окупації частини території України або публічні заклики громадянином України до підтримки рішень та/або дій держави-агресора, збройних формувань та/або окупаційної адміністрації держави-агресора, до співпраці з державою-агресором, збройними формуваннями та/або окупаційною адміністрацією держави-агресора, до невизнання поширення державного суверенітету України на тимчасово окуповані території України [3, ч.1 ст. 111-1].

Аналіз норм статті 111-1 КК України дає можливість дійти висновку, що колабораційними слід вважати дії громадян України, які сприяли чи продовжують сприяти російській федерації у здійсненні агресивних дій, розгортанні збройного конфлікту проти України; співпрацюють з державою-агресором.

Безумовною перевагою стала відносна визначеність у кримінальному законодавстві щодо колабораційної діяльності, що сьогодні дає змогу хоча у загальних рисах передбачити багатьом громадянам України правові наслідки своєї поведінки. Також слід вказати на той факт, що введення до КК України статті 111-1 стало передумовою більш ефективного здійснення кримінально-правового реагування щодо осіб, які співпрацюють з окупантом.

Істотним недоліком, на нашу думку, вказаної статті КК України є її низька якість як результат недбалості парламентарів та вкрай поспішного ухвалення доленосних рішень. Результатом цього вже стали подвійне тлумачення норм статті 111-1 КК України, формування суперечливої практики правозастосування та, як наслідок, несправедливе покарання. Вказані недоліки породжують дискусійне питання щодо недобровільної участі у колабораційній діяльності.

Основним питанням, яке постало перед медичними працівниками, є можливість застосування норм ст. 111-1 КК України до кожного, хто працює у закладі охорони здоров'я, створеному на окупованій території.

Український законодавець не дає чіткої відповіді, а думки вчених та практиків кардинально розійшлися.

Формально частини 2 та 5 статті 111-1 КК України можуть бути застосовані до медичних працівників, які працюють у закладах охорони здоров'я на окупованих територіях. Для кваліфікації дії медичного працівника у такому випадку необхідними, на нашу думку, є сукупність наступних обставин:

- 1) добровільність, тобто особа за своєю власною волею займає відповідну посаду;
- 2) займана посада: а) не пов'язана з виконанням організаційно-розпорядчих або адміністративно-господарських функцій, у незаконних органах влади, створених на тимчасово окупованій території, у тому числі в окупаційній адміністрації (ч. 2 ст. 111-1 КК України) або б) пов'язана з виконанням організаційно-розпорядчих або адміністративно-господарських функцій, у незаконних органах влади, створених на тимчасово окупованій території, у тому числі в окупаційній адміністрації держави-агресора (ч. 5 ст. 111-1 КК України);
- 3) займана посада має бути у штатному розкладі незаконних органів влади, створених на тимчасово окупованій території.

Відповідно до п.п. 3.4.2. ДК 002:2004, до системи центральних органів виконавчої влади України входять міністерства, державні комітети (державні служби) та центральні органи виконавчої влади зі спеціальним статусом. Центральні органи виконавчої влади можуть мати свої територіальні органи, що утворюються, реорганізуються і ліквідуються в порядку, встановленому законодавством. До системи місцевих органів виконавчої влади входять місцеві державні адміністрації, які здійснюють виконавчу владу в областях, районах, районах Автономної Республіки Крим, у містах Києві та Севастополі [4].

Системне тлумачення ст. 111-1 КК України та норм ДК 002:2004 дає змогу зробити висновок про те, що виключно медичні працівники, які добровільно займають посади у незаконних органах державної або місцевої влади, створених на тимчасово окупованій території, можуть бути притягнені до відповідальності за колабораційну діяльність (наприклад, у департаменті охорони здоров'я при місцевій владі тощо).

Стосовно інших медичних працівників, які зокрема працюють у закладах охорони здоров'я та/або займають там керівні посади, то, на наше переконання, відсутні підстави для притягнення їх до кримінальної відповідальності за ст. 111-1 КК України.

Натомість непоодинокими є висловлювання серед правників щодо можливості притягнення останніх до відповідальності за ч. 4 ст. 111-1 КК України: передача матеріальних ресурсів незаконним збройним чи воєнізованим формуванням, створеним на тимчасово окупованій території, та/або збройним чи воєнізованим формуванням держави-агресора, та/або провадження господарської діяльності у взаємодії з державою-агресором, незаконними органами влади, створеними на тимчасово окупованій території, у тому числі окупаційною адміністрацією держави-агресора. Як бачимо, у даному складі відсутня ознака добровільності, що ускладнює захист медичних працівників, які працюють у закладах охорони здоров'я на окупованих територіях та сплачують податки до бюджету.

У будь-якому випадку при застосуванні норм ст. 111-1 КК України, необхідно урахувати принцип вирішення спірних питань на користь особи, дії якої кваліфікуються. У ч. 3 ст. 62 Конституції України прямо зазначено, що обвинувачення не може ґрунтуватися на доказах, одержаних незаконним шляхом, а також на припущеннях. Тобто усі сумніви щодо доведеності вини особи тлумачаться на її користь.

Як вбачається з наведеного, добровільний характер (здійснюється за власною ініціативою особи та за умови її вільного волевиявлення) співпраці з окупантом є однією з конститутивних ознак, що характеризують явище колабораціонізму, передбачене частинами 2 та 5 статті 111-1 КК України. Це не виключає застосування при кримінально-правовій оцінці відповідних дій ст. 39 КК України (щодо крайньої необхідності) та ст. 40 КК України (щодо фізичного або психологічного тиску).

На нашу думку, будь-яка колабораційна діяльність, передбачена статтею 111-1 КК України має визначатися з урахуванням ознаки такої добровільності.

Добровільність має виключатися лише у разі, якщо вона є результатом нездоланих у конкретній ситуації перешкод (неможливість виїзду з окупованої території, відсутність засобів до існування тощо).

Підсумуємо, що при застосуванні норм ст. 111-1 КК України до медичних працівників має забезпечуватись принцип верховенства права та справедливості, адже законодавець може зробити помилку, в результаті якої права особи будуть над законом. Утвердження вказаного принципу запобігатиме невинуватому обмеженню свободи та рівності особи.

Використані джерела

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів (щодо встановлення кримінальної відповідальності за колабораційну діяльність: закон України від 03.03.2022 №2108-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2108-20>
2. Письменський Є. О. Колабораціонізм як суспільно-політичне явище в сучасній Україні (кримінально-правові аспекти) : наук. Нарис. Сєверодонецьк : Румянцева Г. В., 2020. 120 с.
3. Кримінальний кодекс України: закон України від 05.04.2001 №2341-III URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
4. Про затвердження національних стандартів України, державних класифікаторів України, національних змін до міждержавних стандартів, внесення зміни до наказу Держспоживстандарту України від 31 березня 2004 р. №59 та скасування нормативних документів: наказ Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики від 28.05.2004 №97. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0097609-04>

Гуторова Наталія Олександрівна

доктор юридичних наук, професор, академік НАПрН України, головний науковий співробітник Науково-дослідного інституту вивчення проблем злочинності імені академіка В.В. Сташиса НАПрН України

ПРАВОВІ ЗАСОБИ ЗАПОБІГАННЯ КОРУПЦІЇ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Сфера надання медичної допомоги традиційно розглядається як одна із найбільш вразливих для корупції сфер життєдіяльності суспільства. Така ситуація обумовлена багатьма факторами, до яких, зокрема, належать: 1) надзвичайна важливість послуг з надання медичної допомоги для споживача, що обумовлене безпосереднім зв'язком між якісним наданням таких послуг і життям чи здоров'ям людини; 2) обмежені можливості пацієнта або його близьких у обранні форм і методів лікування через складність, а інколи і неможливість ухвалити оптимальне рішення без відповідної професійної підготовки; 3) відокремленість у багатьох випадках отримувача медичної допомоги (пацієнта) від суб'єкта, який здійснює оплату медичних послуг (державна, територіальна громада, страхові компанії, благодійні організації тощо).

Зазначені фактори носять об'єктивний характер і підвищують корупційні ризики в будь-якій країні, але у країнах з транзитивною економікою, недостатньо сильним державним управлінням, до яких належить і Україна, їх негативний вплив значно посилюється. Після початку повномасштабної агресії РФ проти України, яка розпочалася 24 лютого 2022 року, питання якості і доступності медичної допомоги постають особливо гостро.

На тлі збільшення кількості осіб, які потребують екстреної медичної допомоги через поранення, інфекційні хвороби, загострення внаслідок стресу чи відкладеного лікування небезпечних для життя людини хронічних хвороб щоденно відбувається руйнування агресором закладів охорони здоров'я і логістичних ланцюгів поставок лікарських засобів і медичних виробів. За таких умов мінімізація рівня корупції у сфері надання медичної допомоги набуває особливого значення.

Корупцію у сфері надання медичної допомоги залежно від її специфічності можна поділити на дві частини. Перша – це корупційні правопорушення, які носять загальний характер і в тій або іншій мірі мають місце в будь-якій публічній сфері, друга – ті, які є специфічними саме для сфери надання медичної допомоги.

До так званих загальних корупційних правопорушень слід віднести: правопорушення у сфері закупівель, що здійснюються за державні кошти або кошти місцевого самоврядування; отримання незаконної нагороди за надання медичних послуг, працевлаштування організаторів сфери охорони здоров'я, лікарів та інших медичних працівників, підтвердження або спростування фактів, які мають юридичне значення (стан сп'яніння, тимчасова непрацездатність, інвалідність, непридатність до військової служби, можливість за станом здоров'я займатися певною діяльністю або обіймати певні посади тощо); незаконне, у власних інтересах або інтересах третіх осіб використання приміщень державних або комунальних закладів охорони здоров'я. Такі правопорушення мають високий рівень розповсюдженості у сфері надання медичної допомоги та завдають значної шкоди як публічному здоров'я в цілому, такі і праву на охорону здоров'я окремої людини. Особливістю загальних кримінальних правопорушень у сфері надання медичної допомоги є те, що такі протиправні діяння є характерними майже для будь-якої сфери надання публічних послуг. Зважаючи на це, кримінальна відповідальність за такі корупційні правопорушення має наставати на підставі кримінально-правових норм, які застосовуються незалежно від специфіки діяльності, де мала місце корупція.

Йдеться, зокрема, про відповідальність за привласнення, розтрату майна або заволодіння ним шляхом зловживання службовим становищем (ст. 191 Кримінального кодексу України (далі КК)), нецільове використання бюджетних коштів, здійснення видатків бюджету чи надання кредитів з бюджету без встановлених бюджетних призначень або з їх перевищенням (ст. 210 КК), підкуп працівника підприємства, установи чи організації (ст. 354 КК), зловживання владою або службовим становищем (ст. 364 КК), зловживання повноваженнями службовою особою юридичної особи приватного права незалежно від організаційно-правової форми (ст. 364-1 КК), зловживання повноваженнями особами, які надають публічні послуги (ст. 365-2 КК),

прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою (ст. 368 КК), підкуп службової особи юридичної особи приватного права незалежно від організаційно-правової форми (ст. 368-3 КК), підкуп особи, яка надає публічні послуги (ст. 368-4 КК) тощо.

Зважаючи на те, що за ступенем суспільної небезпечності вказані корупційні діяння у сфері надання медичної допомоги не відрізняються від таких діянь в інших сферах (освіти, культури тощо), відсутня необхідність змінювати (збільшувати або зменшувати) вид та розмір покарання за їх вчинення. Це дає підставу для висновку про відсутність потреби у конструюванні спеціальних кримінально-правових норм, які передбачають відповідальність за такі кримінальні правопорушення у сфері надання медичної допомоги.

Другу групу становлять корупційні правопорушення, які є специфічними для саме для сфери надання медичної допомоги. В чинному КК таким кримінальним правопорушенням певною мірою можна вважати діяння, передбачене ст. 184 КК «Порушення права на безоплатну медичну допомогу» в частині незаконної вимоги оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я (ч. 1 ст. 184 КК). Разом із тим до кола корупційних кримінальних правопорушень, передбачених Приміткою до ст. 45 КК, законодавець цей кримінальний проступок не відносить, що навряд чи є правильним. Аналіз практики надання медичної допомоги в Україні показує, що в переважній більшості випадків при наданні стаціонарної медичної допомоги пацієнтам у наполегливій формі пропонується сплатити певні кошти на рахунки тих або інших фондів або кас взаємодопомоги як умову госпіталізації, а також придбати за власні кошти лікарські засоби і медичні вироби, у тому числі ті, якими заклад охорони здоров'я забезпечений за рахунок державних коштів або коштів місцевого самоврядування. Але, на жаль, така ситуація переважно розглядається пацієнтами як звичайна практика надання стаціонарної медичної допомоги, до правоохоронних органів заяви подаються вкрай рідко, а тому і кількість зареєстрованих правопорушень за ст. 184 КК є незначною. Так, відповідно статистичної інформації Офісу Генерального прокурора України у 2019 році було зареєстровано 13 кримінальних правопорушень, передбачених ст. 184 КК, у 2020 – 9, у 2021 – 27. Кількість кримінальних правопорушень, передбачених цієї статтею, по яким провадження направлено до суду з обвинувальним висновком направлено до суду становить у 2019 році – 1, у 2020 – 5, у 2021 – 18 [1]. Крім того слід звернути увагу на те, що ст. 184 КК фактично являє собою заохочувальну норму щодо корупційних правопорушень, передбачених статтями 354 та 368 КК, відносячи порушення права на безоплатну медичну допомогу до кримінального проступку і передбачаючи за його вчинення покарання у виді штрафу до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арешту на строк до шести місяців.

Одним із найбільш резонансних за останні роки корупційних правопорушень у сфері надання медичної допомоги є діяння, вчинені завідувачем відділу трансплантації та хірургії печінки Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова, засудженого вироком Солом'янський районний суд м. Києва від 09 січня 2020 року.

Зазначена особа протягом травня 2019 року під час обстеження пацієнта поставив йому діагноз рак печінки на фоні цирозу й гепатиту «С», та, розуміючи хворобливий стан здоров'я незаконно вимагала оплати за надання медичної допомоги, повідомляючи йому про те, що за проведення своєї консультації він має сплатити йому 3 000 грн., внаслідок чого отримав 100 доларів США. Ці дії було кваліфіковано за ч. 1 ст. 184 КК як порушення права на безоплатну медичну допомогу, за це кримінальне правопорушення особі призначено штраф у розмірі 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, що становить 1700 грн.

У подальшому ця особа запропонувала пацієнту лікування його хвороби шляхом проведення операції з трансплантації печінки при цьому зазначивши, що в разі не проведення цієї операції його стан здоров'я може найближчим часом погіршитись та призвести до біологічної смерті, пропонуючи сплатити йому за операцію та подальше проходження лікування 30 000 доларів США. Після проведеної операції засуджений під час неодноразових бесід з пацієнтом, продовжив наголошувати про необхідність оплати йому за проведену операцію з трансплантації печінки, натякаючи у подальшій необхідності в його компетентних та кваліфікованих діях для його подальшого лікування. Як наслідок, засудженим було отримано в різні дні 2 000 та 20 000 доларів США, з яких 20 000 вилучено правоохоронними органами одразу після вчинення злочину. Діяння кваліфіковано за ч. 3 ст. 354 КК, призначене покарання у виді штрафу в розмірі 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, що становить 8 500 грн. На підставі ст. 70 КК за сукупністю злочинів, передбачених ч. 1 ст. 184 і ч. 3 ст. 354 КК призначене остаточне покарання шляхом поглинення менш суворого покарання більш суворим у виді штрафу в розмірі 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. Додаткове покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, а також спеціальна конфіскація не застосовувались. [2] Після набрання вироком законної сили ухвалою Солом'янського районного суду м. Києва від 2 липня 2020 року було скасовано арешт майна засудженого. [3]

Розглянутий вирок було ухвалено судом шляхом затвердження угоди про визнання винуватості, яка, на думку суду, відповідає вимогам КК. Разом із тим, як кримінально-правова кваліфікація вчиненого, так і заходи, які було застосовано за ці кримінальні правопорушення, викликають багато питань.

Очевидно, що завідувач відділення державного закладу охорони здоров'я, вимагаючи з пацієнта кошти за госпіталізацію, призначення і проведення операції, діяв як службова особа, а тому ці дії мали кваліфікуватися за ст. 368 КК «Прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою», яка передбачає значно суворіше покарання. Крім цього, не зрозуміло, чому за вчинення злочину з використанням свого службового становища суд визнав обґрунтованим не призначення покарання у виді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною, а також навіть не замислився над тим, що 2 100 доларів США, отримані шляхом вчинення правопорушень, залишаються у засудженого.

Щодо ефективності такої протидії корупційним правопорушенням у сфері надання медичної допомоги, нажаль, відповідь очевидна. Особі, яка отримала незаконно кошти в розмірі понад 547 000 грн. і намагалась отримати ще 248 500 грн. призначене покарання у виді штрафу 8 500 грн. Сигнал, який таким вироком суд від імені держави Україна надсилає медичним працівникам, інакше як повна безкарність тлумачитись не може.

Ще одне діяння, яке слід розцінювати як спеціальне корупційне правопорушення у сфері медичної допомоги пов'язане зі специфікою надання медичних послуг. Останні майже в усіх випадках передбачають використання медичної продукції – лікарських засобів та (або) медичних виробів. Така продукція, враховуючи її специфіку, не може обиратися споживачем самостійно, вона або призначається лікарем або, що досить часто має місце в українських реаліях, рекомендується працівником аптеки людям, які займаються самолікуванням. З метою збільшення продажів виробники медичної продукції досить часто здійснюється підкуп лікарів та працівників аптек, що у світі є досить розповсюдженим явищем [4; 5].

Щодо лікарів, то під виглядом діяльності медичних представників фармацевтичних компаній, які мають інформувати медичних професіоналів про лікарські засоби, мають місце факти підкупу лікарів, яким пропонується певна винагорода (відсоток вартості лікарського засобу) за умови, якщо вони призначатимуть пацієнту лікарський засіб певного виробника. Особливо «зручно» проконтролювати виконання такої протиправної угоди щодо призначень стаціонарним хворим, які самостійно або за допомогою родичів переважно купують лікарські засоби у аптечних пунктах, розташованих безпосередньо в приміщенні лікарні.

Використання працівників аптек для підвищення обсягів продажів лікарських засобів, в Україні також широко розповсюджене. Розвиток великих аптечних мереж, які фактично стають монополістами та аптечному ринку нашої держави, витісняючи невеликі сімейні аптеки і навіть регіональні приватні та комунальні аптечні мережі, призвів до появи нового способу збільшення продажів.

Йдеться про маркетингові угоди, що укладаються виробниками фармацевтичної продукції з великими аптечними мережами, відповідно до яких виробник суттєво знижує відпускну вартість ліків (або сплачує покупцю так звану маркетингову винагороду), натомість аптечна мережа гарантує певний обсяг продажу лікарських засобів саме цього виробника.

Не викликає сумніву, що такий стан функціонування ринку лікарських засобів та іншої медичної продукції в Україні є надзвичайно шкідливим для системи охорони здоров'я. Пацієнт, з одного боку, вживає значну кількість не потрібних йому лікарських засобів, які в багатьох випадках шкодять його здоров'ю, з іншого – вимушений витратити надмірні кошти на лікування, що призводить до неможливості в певних випадках завершити лікування через брак коштів. Тому держава повинна вжити заходів, спрямованих на припинення цієї протиправної діяльності на фармацевтичному ринку.

Але ці положення на практиці фактично не застосовуються, а отримання незаконної винагороди лікарем від медичного представника оцінюється суспільством майже як правомірне поведінка. Крім того, прогалиною залишається підкуп лікарів, які є самозайнятими особами і здійснюють професійну лікарську діяльність, не будучи працівниками підприємств, установ чи організацій. Розвиток приватної медицини обумовлює збільшення кількості таких лікарів, особливо певних лікарських спеціальностей (стоматологи, гінекологи, ЛОРи тощо). Німеччина, яка стикнулася з аналогічною прогалиною у своєму кримінальному законодавстві, усунула її у 2016 році шляхом доповнення Кримінального закону ФРН параграфами 299а «Хабарництво у сфері охорони здоров'я» та 299б «Підкуп у сфері охорони здоров'я». Думається, що таке рішення є цілком обґрунтованим і таким, що має бути запозичений українським законодавцем при ухваленні нового Кримінального кодексу України [6].

Таким чином, викладене дає підставу для висновку, що передбачені в КК норми про відповідальність за корупційні правопорушення можуть і мають застосовуватися за корупційні правопорушення у сфері надання медичної допомоги. Прогалиною чинного законодавства є відсутність відповідальності за надання і отримання винагороди медичним або фармацевтичним працівником за просування медичної продукції. Ця прогалина має бути усунута шляхом внесення відповідних змін до КК.

Використані джерела

1. Про зареєстровані кримінальні правопорушення та результати їх досудового розслідування. Офіс Генерального прокурора України. URL: <https://gp.gov.ua/ua/posts/pro-zareyestrovani-kriminalni-pravoporushennya-ta-rezultati-yih-dosudovogo-rozsliduvannya-2>

2. Вирок Солом'янського районного суду м. Києва від 09 січня 2020 року. Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/86957671#>
3. Ухвала Солом'янського районного суду м. Києва від 02 липня 2020 року. Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/90169852>
4. GlaxoSmithKline to Plead Guilty and Pay \$3 Billion to Resolve Fraud Allegations and Failure to Report Safety Data. Largest Health Care Fraud Settlement in U.S. History. URL: <https://www.justice.gov/opa/pr/glaxosmithkline-plead-guilty-and-pay-3-billion-resolve-fraud-allegations-and-failure-report>.
5. Gutorova N., Soloviov O., Olejnik D. Improper Healthcare Marketing: German And Ukrainian Experience in Prevention. Wiadomości Lekarskie, 2019, nr 12, cz. 2. – P. 2404-2409.
6. BGH, Beschl. v. 29. 3. 2012 – GSSt 2/11, NJW 2012, 2530.

Дюжев Дмитро Володимирович

кандидат філософських наук, доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Донецького інституту ринку та соціальної політики

ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ГРОМАДЯН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Охорона здоров'я визнається одним з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні, створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя. Надзвичайні умови воєнного стану вимагають вжиття дієвих заходів захисту прав людини у сфері охорони здоров'я.

Актуальність тематики визначається необхідністю всебічного наукового дослідження питань реалізації медичних прав людини.

Метою статті є розгляд проблеми забезпечення прав громадян у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

Вирішенню проблемних питань захисту прав людини у сфері охорони здоров'я сприяють наукові досягнення у галузі юриспруденції, медицини, філософії, психології, соціології, менеджменту, політології та інших. Серед досліджень питання прав людини в медичній сфері можна зазначити праці вітчизняних науковців (Сенюта І. Я., Стеценко В. Ю., Стеценко С. Г., Терешко Х. Я., Третьяков В. М., Шумракова-Карагодіна Л. П. та інші). Проблеми захисту прав людини в умовах конфлікту розглядали Гутник В. В., Дмитренко Ю. П., Задорожній О. В., Кравченко М. В., Свящук А. Л., Сенаторова О. В., Фесенко О. А. та інші.

Права людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності сучасної держави. Законодавство України регулює суспільні відносини з метою забезпечення фізичних і духовних сил, працездатності і довголіття громадян, усунення шкідливих факторів, зменшення захворюваності. Одним з основних питань наукового дослідження в рамках медичного права є нормативно-правове забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності [1; с.52]. Воєнні обставини суттєво обмежують можливості громадянина здійснювати і захищати конституційні права. Проблему посилює погіршення умов існування людини (життєвий рівень, працевлаштування, дохід, власність, житло, побут, пересування, соціальний захист тощо).

Права людини з охорони здоров'я визначені нормами міжнародного права (Загальна декларація прав людини, Європейська конвенція про соціальну та медичну допомогу, Конвенція про захист цивільного населення під час війни та інші).

Конституція України захищає право людини на охорону здоров'я і медичну допомогу (стаття 49). Забезпечення здоров'я пов'язане з дотриманням конституційних прав на: повагу до гідності (стаття 28); особисту недоторканість (стаття 29); соціальний захист (стаття 46); житло (стаття 47); достатній життєвий рівень (стаття 48); безпечне для здоров'я довкілля (стаття 50) та інших. Загальні норми у медичній сфері містять Основи законодавства України про охорону здоров'я. Окремі питання з охорони здоров'я регулюються Цивільним кодексом України, Кримінальним кодексом України, Кодексом цивільного захисту України, Законами України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про екстрену медичну допомогу», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про лікарські засоби» тощо.

Права людини у сфері охорони здоров'я є невідчужуваними та непорушними, гарантуються і не можуть бути скасовані.

В умовах воєнного стану можуть встановлюватися окремі обмеження прав і свобод, які визначаються відповідно до Конституції України та Закону України «Про правовий режим воєнного стану». В Указі Президента України про введення воєнного стану зазначається вичерпний перелік конституційних прав і свобод людини, які тимчасово обмежуються у зв'язку з введенням воєнного стану. Стосовно інших прав громадян (у тому числі - у сфері охорони здоров'я) закон не передбачає обмежень.

Законом визначено право громадянина на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; вторинна (спеціалізована) медична допомога; третинна (високоспеціалізована) медична допомога; паліативна допомога.

Право громадянина на охорону здоров'я передбачає:

- життєвий рівень (включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне забезпечення) для підтримання здоров'я людини;
- безпечно для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- санітарно-епідемічне благополуччя території проживання;
- безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди тощо (ч. 1 статті 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

За умов воєнного становища виникає низка проблемних питань щодо практичної реалізації прав людини у сфері охорони здоров'я. При регулюванні прав внутрішньо переміщених осіб не враховується достатньою мірою вразливий характер стану життя і здоров'я громадян, які вимушено покинули житло, майно та роботу, втратили звичні умови існування, зазнали психологічних травм. Невизначеними є особливості здійснення громадянином права на отримання повної медичної допомоги в районах проведення бойових дій. Практично неврегульованим залишається питання реалізації прав громадян України з охорони здоров'я в межах непідконтрольної території.

Проблемні обставини воєнного становища впливають на здійснення медичних прав таких категорій громадян: внутрішньо переміщені особи; особи, які перебувають в межах районів проведення бойових дій (поблизу лінії розмежування, оточених населених пунктах, «сірій зоні» тощо); особи, що мешкають на непідконтрольних територіях. Особливо слід зазначити діяльність фахівців, що беруть участь у вирішенні питань з охорони здоров'я і медичної допомоги (медичні і соціальні працівники, військовослужбовці, поліцейські, рятувальники, співробітники правозахисних і благодійних організацій та інші).

До загальних питань реалізації прав громадян у сфері охорони здоров'я за умов воєнного становища можна віднести такі:

- захист життя і здоров'я людини від впливу небезпечних факторів воєнного характеру (обстріли, бомбардування, мінування тощо);
- проблеми доступу громадян до медичної допомоги через віддаленість медичних закладів, відсутність стабільного транспортного сполучення і мобільного зв'язку, невизначеність правового статусу певної території, рівень постачання лікарських засобів тощо;
- забезпечення належних умов діяльності медичних працівників з надання медичної допомоги в районах бойових дій і лінії розмежування;
- епідеміологічний контроль і протидія загрози розповсюдження інфекційних хвороб на окремих територіях (райони проведення бойових дій, «сіра зона» вздовж лінії розмежування тощо) та інші.

Особливої уваги за умов воєнного становища потребує вирішення питань забезпечення вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, проведення медико-соціальної експертизи, для здійснення яких необхідна наявність належних умов. Вторинна медична допомога надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації. Третинна медична допомога надається в амбулаторних або стаціонарних умовах (у тому числі у плановому порядку) із застосуванням високотехнологічного обладнання та високоспеціалізованих медичних процедур високої складності. У визначених законодавством випадках і порядку проводиться медико-соціальна експертиза втрати працездатності та стійких обмежень життєдіяльності. Небезпечні умови перебування для фахівців на окремих територіях можуть призвести до їх виїзду і погіршення стану медичного забезпечення. Реалізації прав громадян у сфері охорони здоров'я може перешкоджати тимчасова відсутність функціонуючих спеціалізованих медично-діагностичних закладів, лікарів відповідної спеціалізації, можливості здійснення діагностики, стаціонарного лікування, умов надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, всіх необхідних умов для проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності тощо. При цьому несвоєчасне чи неповне надання медичної допомоги може призвести до невідворотніх негативних наслідків для здоров'я людини. Направлення пацієнтів до інших частин країни для отримання вторинної чи третинної медичної допомоги не можна вважати ефективним засобом вирішення цього питання. Викладення причин відсутності умов надання повноцінної медичної допомоги (навіть у письмовій формі) не покращує стану здоров'я пацієнта.

В межах непідконтрольної території можливість реалізації прав громадян з охорони здоров'я додатково обмежує невизначеність: особливостей правового механізму забезпечення, гарантій і безпеки з захисту медичних прав громадян; правового статусу медичних установ і працівників та виданих ними документів; правових наслідків отримання медичної допомоги; безпечних умов надання правової допомоги з медично-правових питань тощо.

Реалізація медичних прав громадян пов'язана з проблемами:

- фізичних потреб людини (неякісне харчування, відсутність належного житла і побутових умов, загроза припинення постачання води, електроенергії і палива в районах бойових дій тощо);
- психологічного стану (тривала нервова напруга через вплив надзвичайних обставин воєнного становища, небезпеки перебування в районах бойових дій, пошук житла і засобів існування тощо);
- екології (небезпечний стан підприємств (атомні електростанції, хімічні заводи, шахти), пошкодження мереж з водозабезпечення; забруднення довкілля внаслідок впливу воєнних факторів тощо);

- забезпечення життєвого рівня (відсутність стабільного джерела доходів для харчування, проживання і лікування; пошук роботи; недостатність житла для внутрішньо переміщених осіб тощо);

- переміщення (вимушене залишення місця постійного проживання; відсутність громадського транспортного сполучення; небезпечність пересування громадян у районах проведення бойових дій і через лінію розмежування для отримання медичної допомоги);

- інформаційно-комунікаційного забезпечення (обмеженість доступу до телекомунікаційних засобів, неналежна якість мобільного зв'язку, відсутність умов для телемедицини в районах проведення бойових дій і на непідконтрольних територіях тощо).

Зазначені умови погіршують можливості реалізації прав громадян у сфері охорони здоров'я і потребують посилення їх правового захисту.

Відповідно до Конституції України, загальновизначених принципів і норм міжнародного права та міжнародних договорів України всі особи незалежно від їх певних ознак мають рівні права і свободи, а також рівні можливості для їх реалізації. Громадяни, що перебувають під впливом несприятливих обставин воєнного становища, мають менше можливостей для здійснення своїх прав. Непрямою дискримінацією визнається ситуація, за якої внаслідок реалізації чи застосування формально нейтральних правових норм, критеріїв оцінки, правил, вимог чи практики для особи та/або групи осіб за їх певними ознаками виникають менш сприятливі умови або становище порівняно з іншими особами та/або групами осіб (п. 3 ч. 1 статті 1 Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні»).

В Україні найвищою соціальною цінністю визнаються «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека» (стаття 3 Конституції України). Права людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист.

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності держави; дотримання прав громадян у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; медико-соціальний захист вразливих верств населення; рівноправність громадян і загальнодоступність медичної допомоги та інші.

Держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом: створення мережі закладів охорони здоров'я; проведення державних заходів щодо охорони здоров'я; встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я. Згідно частини 1 статті 25 Основ законодавства України про охорону здоров'я «державою забезпечується життєвий рівень населення, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне забезпечення, який є необхідним для підтримання його здоров'я».

Нормами законодавства визначаються особи, до компетенції яких належить забезпечення прав громадян у сфері охорони здоров'я. Державні органи, установи, організації, посадові особи зобов'язані забезпечувати пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю громадян, у межах своєї компетенції надавати допомогу хворим та виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством. У разі порушення законних прав і інтересів громадян у сфері охорони здоров'я відповідні органи та посадові особи зобов'язані вжити заходів щодо поновлення порушених прав, захисту законних інтересів та відшкодування заподіяної шкоди.

Починаючи з 2014 року було прийнято низку законодавчих актів, що містять норми про визнання рівності прав громадян у зв'язку з обставинами конфлікту (Закони України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», «Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях» та інші). Деякі питання з охорони здоров'я регулюються на рівні підзаконних нормативних актів (постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України) шляхом спрощення порядку отримання медичної допомоги для осіб, які перемістилися в іншу частину країни.

Разом з тим, залишається низка проблемних питань.

Для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я за умов воєнного становища доцільно на нормативному рівні визначити: питання дотримання медичних прав громадян, що потребують належного дослідження і додаткового врегулювання; категорії осіб, на яких впливають проблемні обставини, і ефективні заходи захисту їх прав; конкретні обов'язки відповідальних посадових осіб, спрямовані на реалізацію прав громадян; дієві юридичні наслідки незабезпечення прав громадян на охорону здоров'я і медичну допомогу.

Аналіз питань забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я за умов воєнного становища дозволяє зробити низку висновків. Проблемний стан вимагає наукового дослідження питання реалізації і захисту медичних прав громадян за надзвичайних обставин. Особи, що перебувають під впливом негативних умов воєнного становища, потребують посилення захисту прав у сфері охорони здоров'я. Актуалізується потреба в розробці науково обґрунтованої державної концепції з питань реалізації медичних прав громадян, які опинилися під тиском обставин воєнного становища.

Використані джерела

1. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України: підручник / За загальною редакцією д. ю. н., професора С. Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.
2. Берн І., Езер Т., Коен Дж., Оверал Дж., Сенюта І. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник / За наук. ред. І. Сенюти. – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. – 552 с.

3. Гладун З. С. Професійні та службові права й обов'язки медичних працівників за законодавством України / З. С. Гладун // Вісник Львівського торговельно-економічного університету. Юридичні науки. – 2016. – Вип. 3. – С. 226-235.

4. Дюжев Д.В. Актуальні питання забезпечення медичних прав людини в умовах конфлікту на сході України» // Матеріали Всеукраїнської наукової конференції «Українство: динаміка сенсів і вимірів національного буття». Донецький юридичний інститут МВС України, м. Кривий Ріг, 08.11.2019 р. - С. 208-212.

5. Медичне право України: підручник / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. С. Б. Булеци; д-ра юрид. наук, доц. М. В. Менджул. – Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2021. – 720 с.

6. Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник / наук.ред. укр. версії І. Сенюта. – 5-те вид., доповнене. – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2015. – 989 с.

7. Сенаторова О. В. Права людини і збройні конфлікти : навч. посіб. / О. В. Сенаторова. – Київ: ФОП Голембовська О. О., 2018. – 208 с.

Загиней-Заболотенко Зоя Аполлінаріївна

доктор юридичних наук, доцент, начальник відділу єдності правових позицій правового управління (III) департаменту аналітичної та правової роботи Верховного Суду

ПРАВОВІ ПОЗИЦІЇ ВЕРХОВНОГО СУДУ У КРИМІНАЛЬНИХ ПРОВАДЖЕННЯХ ЗА СТАТТЕЮ 140 «НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ МЕДИЧНИМ АБО ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ» КРИМІНАЛЬНОГО КОДЕКСУ УКРАЇНИ

Забезпечення кримінально-правової охорони життя та здоров'я людей у медичній сфері є вельми актуальним у будь-які часи. Попри важливість вказаних цінностей кримінальні провадження за ст. 140 «Неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником професійних обов'язків» Кримінального кодексу України далі – КК) – рідкість. В останні роки спостерігаються певні зрушення у цьому напрямку. Однак тенденція до збільшення кількості судових рішень, які набрали законної сили, не є стійкою. Так, за даними Державної судової адміністрації у 2020 році набрало законної сили 19 рішень за ст. 140 КК, а у 2021 році – 6 рішень. З них було прийнято рішення про засудження у 2020 році 2 осіб, а щодо інших – про закриття кримінального провадження, а у 2021 році – засуджено 3 особи, а щодо інших – закрито кримінальні провадження.

Верховний Суд як суд касаційної інстанції, маючи повноваження забезпечувати сталість та єдність судової практики у порядку та спосіб, визначені процесуальним законом (ч. 1 ст. 36 Закону України «Про судоустрій та статус суддів») [1], сформулював ряд важливих правових позицій, які сприяють розвитку як судової практики, так і доктринальних досліджень у відповідній сфері.

Як зазначено у диспозиції ч. 1 ст. 140 КК, кримінальна відповідальність за цією статтею настає за невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків. З огляду на те, що диспозиція ч. 1 ст. 140 КК має бланкетний характер, суд у кожному конкретному випадку має встановлювати, які саме професійні обов'язки поклалися на винну особу і які з цих обов'язків не виконані взагалі або виконані неналежним чином, а також вимоги яких конкретно нормативних актів порушено винним. Верховний Суд неодноразово у своїх рішеннях зазначав, що вчинення суспільно небезпечного діяння, передбаченого ст. 140 КК, повинно підтверджуватися аналізом посадових інструкцій медичних працівників, щодо яких вирішується питання про притягнення до кримінальної відповідальності (адже саме це може підтвердити, що такий медичний працівник неналежно виконав свої посадові обов'язки або їх загалом не виконав), протоколи, затверджені Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ), стосовно надання конкретного виду медичної допомоги із зазначенням відповідних пунктів цих протоколів, які були порушені обвинуваченим, протоколи проведення конкретних медичних маніпуляцій (зокрема, протоколи проведення операції хворого), іншої медичної документації. Окрім того, у судових рішеннях суди посилаються і на відповідні положення Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якому зазначено, що медичні працівники зобов'язані сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобігати і лікувати захворювання, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу.

З огляду на бланкетність диспозиції ст. 140 КК, у практиці можуть виникати питання стосовно наявності / відсутності можливості застосувати до особи під час кваліфікації за вказаною статтею правило про зворотну дію кримінального закону у часі, якщо на момент ухвалення вироку змінилися правила надання медичної допомоги порівняно з тими, що були чинними на момент надання такої допомоги. Так, у постанові Верховного Суду від 09.06.2022 у справі №718/933/20 (провадження №51-5489км21) сформульовано таку правову позицію: *Якщо на час розгляду у суді кримінального провадження за ст. 140 КК змінився клінічний протокол надання медичної допомоги, якими передбачено продовження часу для надання медичної допомоги у подібних випадках з 15 до 30 хвилин, не впливають на висновок судів про наявність складу кримінального правопорушення, передбаченого цією статтею з бланкетною диспозицією, який на час події був зобов'язаний діяти відповідно до правил, встановлених на той момент [2].*

Переглядаючи вироки судів першої та апеляційної інстанцій, Верховний Суд звертає увагу також і на такий аспект, що може підтверджувати вчинення медичним працівником кримінального правопорушення, передбаченого ст. 140 КК, як момент заповнення ним медичної документації під час надання медичної допомоги пацієнту. Так, у постанові від 21.06.2022 у справі №744/315/16-к (провадження №51-5915км21) сформульовано таку правову позицію: *Розглядаючи кримінальне провадження за обвинуваченням медичного працівника у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 140 КК, суду слід враховувати, зокрема, строки заповнення медичної документації лікарем, якого обвинувачують у вчиненні цього правопорушення. Якщо медична документація була заповнена вже наступного дня після проведення пологів, коли обвинуваченій були відомі їх наслідки, то неповне і неправильно заповнення документації може свідчити про її бажання уникнути відповідальності [3].*

Вирішуючи питання про притягнення до кримінальної відповідальності медичного працівника, судам належить враховувати цілий комплекс факторів, зокрема й те, чи вплинув би на розвиток причинного зв'язку між неналежним виконанням професійних обов'язків медичним працівником та наслідками, що настали у результаті цього, виклик ним більш досвідченого медичного працівника. Так, у постанові від 21.06.2022 у справі №744/315/16-к (провадження №51-5915км21) Верховний Суд відзначив таке: *Приймаючи рішення про винуватість чи невинуватість завідувачої акушерсько-гінекологічного відділення, яка приймала пологи, у результаті яких новонародженому було спричинено тяжкі наслідки, у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч. 2 ст. 140 КК, суду слід брати до уваги, серед іншого, посадові обов'язки завідувачої акушерсько-гінекологічного відділення, рішення засідання комісії обласної державної адміністрації щодо випадку пологів, відповідно до якого диспансерний нагляд за породіллею здійснювався лікарем з порушенням наказів Міністерства охорони здоров'я України, а під час самих пологів не було вжито заходів щодо своєчасного надання медичної допомоги породіллі при виникненні ускладнень у пологах, а також що пологи проведено некваліфіковано з порушенням клінічних протоколів. Окрім того, суду належить врахувати і те, чи мала обвинувачена реальну можливість надати породіллі належну медичну допомогу та чи виключається її кримінальна відповідальність за ч. 2 ст. 140 КК у зв'язку з тим, що вона викликала більш досвідченого, ургентного лікаря, стаж роботи якого становить більше 20 років [3].*

Для кваліфікації за ст. 140 КК необхідно визначати, чи настали суспільно небезпечні наслідки у вигляді тяжких наслідків для хворого (ч. 1) чи тяжких наслідків неповнолітньому (ч. 2). Переважно суб'єктом вчинення кримінального правопорушення, передбаченого цією статтею, виступає лікар акушер-гінеколог. Предметом розгляду Касаційного кримінального суду були рішення судів першої та апеляційної інстанцій.

Так, місцевий суд кваліфікував дії медичного працівника (лікаря акушер-гінеколога) за ч. 2 ст. 140 КК у зв'язку з тим, що неналежне виконання ним професійних обов'язків потягнуло смерть дитини (тяжкі наслідки неповнолітньому), яка народилася живою, однак померла через незначний проміжок часу після пологів.

Апеляційний суд перекваліфікував дії медичного працівника на ч. 1 ст. 140 КК. Верховний Суд відкинув доводи у касаційній скарзі прокурора, який вважав, що суди попередніх інстанцій неправильно застосували закон України про кримінальну відповідальність та істотно порушили вимоги кримінального процесуального закону. Зокрема, він не погоджувався з рішенням про перекваліфікацію дій останнього з ч. 2 на ч. 1 ст. 140 КК, посиляючись на те, що тяжкі наслідки від дій засудженого настали саме для дитини (неповнолітнього), яка померла. У своїй касаційній скарзі прокурор зазначав, що з медичної точки дитиною вважається плід в організмі матері починаючи з повного 22 тижня вагітності. У результаті Верховний Суд сформулював таку важливу правову позицію: *Порушення лікарем акушер-гінекологом вимог клінічного протоколу з акушерської допомоги вагітній через недбале та несумлінне ставлення до своїх професійних обов'язків, що спричинило тяжкі наслідки у вигляді внутрішньоутробної смерті плоду, причиною якої стала асфіксія, слід кваліфікувати за ч. 1 ст. 140 КК. Спричинення тяжких наслідків неповнолітньому (ч. 2 ст. 140 КК) у такому випадку обвинуваченому не інкримінується [2].*

Отже, на сьогодні маємо кілька важливих правових позицій Верховного Суду у кримінальних провадженнях за ст. 140 КК, які спрямовані на розвиток учення про «медичні» злочини, а також судової практики у цій сфері. Попереду – ще важка і кропітка робота з приводу напрацювання важливих правових позицій Верховним Судом у цій царині, зокрема, й щодо вирішення найбільш складного питання – встановлення причинного зв'язку між діянням медичного працівника та суспільно небезпечними наслідками, що настали.

Використані джерела

1. Про судоустрій і статус суддів: Закон України від 02.06.2016 №1402-VIII. <https://cutt.ly/mZiVKA0> (дата зверн. 29.07.2022).
2. Постанова Верховного Суду від 09.06.2022 у справі №718/933/20 (провадження №51-5489км21). <https://cutt.ly/oZi12Wq> (дата зверн. 29.07.2022).
3. Постанова Верховного Суду від 21.06.2022 у справі №744/315/16-к (провадження №51-5915км21). <https://cutt.ly/4ZiORcn> (дата зверн. 29.07.2022).

Квіт Наталія Михайлівна

доктор юридичних наук, доцент,

доцент кафедри цивільного права та процесу

Львівського національного університету імені Івана
Франка

РЕФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК СФЕРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ: УСПІХИ ТА НЕДОЛІКИ

На даний момент можна із впевненістю констатувати, що українське законодавство у сфері трансплантації перебуває на етапі активного розвитку і робота над його вдосконаленням та розробкою нових необхідних норм носить систематичний характер. І ця робота законодавця у сфері трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині вже дає позитивні результати. В Україні значно зросла кількість трансплантацій, відкрито доступ до світового реєстру донорів стовбурових клітин, що забезпечить здійснення неродинного донорства. Новий Закон «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» [1] (далі – Закон про трансплантацію), який набрав чинності 1 січня 2019 року, розширив коло сімейних донорів, врегулював трансплантацію стовбурових клітин не тільки від повнолітніх донорів, а й від осіб, які не досягли повноліття за певних обставин і умов, визначених законом. У лютому 2021 року запрацювала Державна інформаційна система трансплантації (ДІСТ), яка має забезпечити успішне та безпечне функціонування цього напрямку надання медичної допомоги. З'явилася нова професія в цій галузі – трансплант-координатор, який має отримувати згоду на донорство, вести дані в ДІСТ, організувати транспортування донорських органів і тканин. МОЗ України сподівається досягти повної трансплантаційної незалежності протягом наступних трьох років. У вересні 2020 року за ініціативи МОЗ Уряд створив спеціалізовану державну установу «Український трансплант-координаційний центр», яка координує діяльність трансплант-координаторів закладів охорони здоров'я, веде реєстри згод та відмов на донорство та здійснює моніторинг результатів роботи центрів трансплантації в середньостроковій перспективі. Розроблено законодавство щодо трансплантації біологічних матеріалів, наприклад шкіри, що покращить рівень надання медичної допомоги пацієнтам із сильними опіками, кількість яких суттєво збільшилася внаслідок військових дій. Цього року у Львові створено перший в Україні банк донорської шкіри від посмертних донорів, а також застосовуються сучасні біотехнології для вирощування в лабораторних умовах клітин шкіри для пересадки пацієнтам. Статистика свідчить про суттєве зростання кількості трансплантацій в Україні, зокрема 306 операцій за 2021 рік.

Такі складні та дороговартісні втручання раніше виконувалися лише або переважно за кордоном і потребували виділення значних коштів з бюджету та значно ускладнювали доступ пацієнтів до такого виду життєво необхідної медичної допомоги. Сьогодні така спеціалізована медична допомога надається на належному рівні українськими фахівцями, за кошт держави, що значно економить бюджетні кошти та є кращою альтернативою для українських реципієнтів. Та все ж багато правових питань, які також впливають на застосування нового законодавства на практиці, залишаються невирішеними, і частина із них будуть розглянуті в цій статті.

Принцип некомерціалізації людського тіла та його частин. Основні міжнародні правові акти, що регулюють використання біологічних матеріалів людського походження, забороняють комерціалізацію цієї діяльності. Наприклад, Конвенція про права людини та біомедицину 1997 р. закріплює в ст. 21 положення про те, що тіло людини та його частини не повинні бути джерелом фінансової вигоди [2].

Цей принцип український законодавець імплементував у національне законодавство, по-перше, Кримінальний кодекс України [3] у ч. 4 ст. 143 (Порушення встановленого законодавством порядку трансплантації органів або тканин людини) передбачає кримінальне покарання за незаконну торгівлю анатомічними матеріалами людини у вигляді позбавлення волі на строк до 5 років. А якщо такі дії вчинені за попередньою змовою групою осіб або за участю в транснаціональних організацій, які здійснюють таку діяльність, передбачено покарання у вигляді позбавлення волі на строк від 5 до 8 років з позбавленням права обіймати певні посади та займатися певною діяльністю на строк до 3 років. Слід зазначити, що до ухвалення нової редакції закону про трансплантацію ця норма Кримінального кодексу була значно вужчою, оскільки злочином вважалася лише торгівля органами і тканинами людини, а на таку протиправну діяльність з клітинами вона не поширювалася, а санкція встановлювала не лише позбавлення волі, а й більш м'яке покарання у вигляді обмеження волі.

Таким чином, можна сказати, що це правило суттєво вдосконалено останніми змінами. Проте залишається невирішеним питання торгівлі живими ембріонами, оскільки вони не охоплюються поняттям анатомічних матеріалів. Тому також варто було б доповнити цю статтю та розширити сферу охоронних відносин, оскільки це відповідало б вимогам згаданої вище конвенції. Крім того, заборона комерціалізації людського тіла також відображена в ст. 20 Закону про трансплантацію (Заборона торгівлі анатомічними матеріалами людини та їх рекламування), в якій зазначено, що укладення або пропозиція договорів купівлі-продажу анатомічних матеріалів людини забороняється (крім випадків, передбачених цим Законом).

А в ч. 2 цієї статті також міститься нова норма, якої не було в старій редакції, а саме: заборона реклами анатомічних матеріалів людини, за винятком соціальної реклами з метою популяризації трансплантації анатомічних матеріалів людини. Також слід зазначити, що нова редакція закону розширила сферу дії цієї статті, поширивши заборону не лише на торгівлю, а й на пропозицію укладення договорів купівлі-продажу анатомічних матеріалів людини.

Однак сфера дії цього закону не поширюється на багато інших відносин, де зловживання та порушення цього принципу дуже ймовірні. Зокрема, застосування принципу заборони комерціалізації щодо донорства статевих залоз, репродуктивних клітин і живих ембріонів, діяльності управителів банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини в Україні залишається відкритим і потребує уваги законодавця. Бо саме в цій сфері найчастіше спостерігаються порушення законодавства та міжнародних норм щодо захисту прав людини та порушуються моральні засади суспільства.

Поняття донора та донорства в законодавстві України.

Щоб визначити правовий статус донора, спочатку необхідно проаналізувати легальні визначення. Так, згідно з ч. 1 ст. 1 Закону про трансплантацію «донором анатомічних матеріалів людини є живий донор або донор-труп, у якого в порядку, встановленому цим Законом, вилучено анатомічні матеріали для трансплантації та/або виготовлення біоімплантів». Якщо порівняти це визначення з дефініцією, яка містилася в попередній редакції закону, то можна зробити висновок, що, по-перше, нове визначення виключає застосування персонального підходу до статусу донора, який був у попередній редакції, а по-друге, нова термінологія «живий донор» і «донор-труп» є етично некоректною. Тому пропонується замінити ці терміни на «прижиттєвий донор» та «посмертний донор», що також відповідатиме існуючій класифікації донорства на прижиттєве та посмертне. У зв'язку з цим необхідно викласти це визначення в такій редакції: «Донор анатомічного матеріалу – фізична особа, у якої за життя (прижиттєвий донор) або після смерті (посмертний донор) були вилучені анатомічні матеріали для трансплантації та/або виготовлення біоімплантів у порядку, встановленому цим Законом».

Аналіз визначення донорства в новому Законі про трансплантацію дає змогу зробити висновок, що воно потребує змін. Зокрема, необхідно змінити формулювання щодо надання донором анатомічних матеріалів іншій особі, що ставить під сумнів конфіденційність інформації про донора та реципієнта та неприпустимість їх безпосереднього особистого контакту (крім випадків сімейного донорства). Не буде вважатися донором особа, яка надає анатомічні матеріали для власних потреб. Пропонуємо замість терміна «інша особа» використовувати формулювання «для потреб реципієнта».

Доцільно викласти визначення донорства у ст. 1 Закону про трансплантацію в такій редакції: «Донорство – це добровільне надання донором анатомічних матеріалів за життя (прижиттєве донорство) або вилучення анатомічних матеріалів у донора після смерті (посмертне донорство) для медичних потреб реципієнта з метою трансплантації та/або виготовлення біоімплантів».

Варто також згадати концептуальну норму, використану в Директиві 2004/23/ЄС [4], з аналізу якої можна зробити висновок, що поняття донорства трактується тут значно ширше, ніж у національному законодавстві. Зокрема ст. 3 визначає його як надання тканин і/або клітин людини, призначених для використання людиною, тобто використання на тілі людини-реципієнта або в ньому, а також екстракорпоральне використання. Донор – це особа, яка під час або після смерті є джерелом людських тканин або клітин. Такий підхід, який підпадає під дію Директиви, також застосовуватиметься до надання біологічних матеріалів для приватного зберігання для подальшого використання для власних потреб чи потреб інших осіб.

Ще однією важливою нормою, яка впливає на визначення правового статусу донора, є абсолютно нова норма, яку містить новий Закон про трансплантацію. Зокрема, ч. 10 ст. 14 передбачає, що для виготовлення біоімплантів дозволяється використовувати анатомічний матеріал (крім органів), вилучений під час оперативного втручання, яке проводиться за відповідними медичними показаннями, лише після отримання письмової згоди об'єктивно поінформованого пацієнта про оперативне втручання. Пацієнт в цьому випадку не вважається донором. Варто зазначити, що ця норма також вирішила та врегулювала питання, яке раніше було поза правовим полем, а саме використання анатомічного матеріалу, видаленого під час операції за медичними показаннями, встановивши обов'язок лікаря інформувати свого пацієнта про можливість такого використання та отримати від нього на це інформовану згоду.

Отже, зі змісту цієї норми можна зробити висновок, що особа, яка дала згоду на передачу анатомічних матеріалів для виготовлення біоімплантів, отриманих під час хірургічного втручання за медичними показаннями, за наявності письмової згоди об'єктивно поінформованого пацієнта не матиме статусу донора і, відповідно, на неї не поширюватиметься законодавство про донорство анатомічних матеріалів та права донора. Здійснюючи таке розмежування, законодавець, ймовірно, виходив із буквального тлумачення поняття донорства у ст. 1 Закону про трансплантацію, де зокрема донорство визначається як надання донором анатомічних матеріалів іншій особі для трансплантації та/або виготовлення біоімплантів, тобто що початковою метою є допомога реципієнту.

Натомість у розглянутому нами випадку ми говоримо про допомогу власному здоров'ю як початкову мету згоди на видалення анатомічних матеріалів (хірургічне втручання за медичними показаннями, наприклад, видалення запаленого апендикса, жовчного міхура, уражених тканин, пухлин тощо). Вважаємо, що для визначення донорства в коментованому випадку визначальним критерієм має бути не початкова, а кінцева мета. Якщо біологічний матеріал пацієнта, отриманий під час медичного втручання, використовується для виготовлення біоімплантатів, така особа також повинна вважатися донором і матиме право на захист персональних даних так само, як і донор, основною метою вилучення анатомічного матеріалу якого була трансплантація та/або біоімплантація.

З іншого боку, на таку особу не поширюватимуться соціальні гарантії донорства, передбачені ст. 22 Закону про трансплантацію, оскільки вони пов'язані з ризиками самого вилучення анатомічних матеріалів у здорової людини, натомість ризик у нашому випадку є за медичними показаннями та основною метою є намір допомогти особі, а донорство є супутнім. Тому пропонуємо внести зміни до п. 10 ст. 14 цього закону та викласти її в такій редакції: «Для виготовлення біоімплантатів дозволяється використовувати анатомічний матеріал (крім органів), вилучений під час оперативного втручання, яке проводиться за відповідними медичними показаннями, за наявності письмової згоди об'єктивно поінформованого пацієнта на таке використання із забезпеченням конфіденційності та захисту персональних даних донора та без застосування положень статті 22 цього Закону».

Цікаво, що в попередній редакції Закону про трансплантацію була така ж норма щодо жінок, які дали згоду на передачу ембріофетальних матеріалів для трансплантації (п. 3 ст. 19), оскільки вказувалося, що на них не поширюватимуться правила про права та соціальний захист донорів. Однак ст. 19 нової редакції Закону про трансплантацію, яка також регулює особливості отримання ембріофетальних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів, такого обмеження не містить. Таким чином, можна зробити висновок, що жінки, які дають згоду на передачу ембріофетального матеріалу для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів, тепер також матимуть правовий статус донора.

Але, виходячи зі специфіки такого донорства, яка проявляється в тому, що рішення про донорство приймає жінка після остаточного рішення про переривання вагітності, метою втручання в її організм є не отримання ембріофетальних матеріалів, а саме переривання вагітності. Саме тому, на нашу думку, ст. 22 цього закону на ці випадки також не поширюється, але особисті немайнові права жінки-донора, а саме конфіденційність і захист персональних даних підлягають захисту.

Крім того, щодо використання в клінічних дослідженнях стовбурових клітин ембріо-фетального походження, а також нефетальних матеріалів, Порядок проведення клінічних досліджень тканинних і клітинних трансплантатів також трактує надання такого особливого біологічного матеріалу, як донорство.

Питання донорства ембріонів. Українське законодавство потребує вдосконалення в контексті доповнення та розширення змісту ст. 290 ч.1 Цивільного кодексу України [5], яка регулює право на донорство, з метою усунення прогалини в регулюванні права на донорство ембріонів, яке на сьогодні не охоплюється цією статтею. У зв'язку з цим пропонується пункт 1 частини першої статті 290 ЦК України викласти в такій редакції: «Повнолітня дієздатна фізична особа має право бути донором крові, її компонентів, а також органів та інших анатомічних матеріалів та репродуктивних клітин, а також кріоконсервованих ембріонів, які були створені для замовників репродуктивних послуг, але не були використані для їх лікування».

Дискусії щодо згоди на донорство неповнолітнього прижиттєвого донора. Спірним і законодавчо неврегульованим є питання про те, що робити, якщо неповнолітній донор (віком від 14 до 18 років) висловив згоду на донорство, а законні представники проти. Чи було б справедливим у такій ситуації позбавити таку неповнолітню особу можливості реалізувати своє особисте немайнове право на донорство, навіть у випадку донорства здатних до регенерації анатомічних матеріалів? На нашу думку, варто запропонувати вирішення такої можливої конфліктної ситуації, зокрема, законодавчо закріпивши необхідність передачі такого конфлікту на розгляд комісії з питань етики закладу, де має відбутися вилучення. У цьому випадку завданням такої комісії має бути встановлення справжньої волі неповнолітнього донора, перевірка його обізнаності про всі ризики, пов'язані з прижиттєвим донорством, і надання висновку про те, чи може такий неповнолітній виступати донором у цьому конкретному випадку. У разі позитивного висновку комісії перевагу слід надавати побажанням неповнолітнього, що має бути закріплено у відповідній нормі. Пропонуємо внести зміни до абз. 4 ч. 4 ст. 14 Закону про трансплантацію та викласти її в такій редакції: «Якщо донором гемопоетичних стовбурових клітин є особа віком від 14 до 18 років, згода на вилучення гемопоетичних стовбурових клітин надається нею та її батьками або іншими законними представниками. Якщо законні представники та неповнолітня особа не можуть прийняти спільне рішення про згоду на таке донорство, перевага надається заяві неповнолітньої особи за умови позитивного висновку комісії з етики при закладі охорони здоров'я, в якому буде проводитися вилучення».

Слід підкреслити, що такий підхід дозволить удосконалити чинне правове регулювання цього питання, оскільки відповідатиме нормі, яка міститься у ст. 6 Конвенції про права людини та біомедицину, згідно з якою думка неповнолітнього, його вік і зрілість повинні враховуватися як визначальний фактор. Саме комісія з етики повинна оцінити всі вищезазначені обставини з точки зору віку та зрілості такої особи у випадку, якщо потенційний донор та його законні представники не можуть прийняти спільне рішення про згоду на донорство.

Усі зазначені позитиви та недоліки чинного законодавства України у сфері трансплантології свідчать про те, що має місце його сталий розвиток, а стандарти цього виду медичної допомоги поступово наближаються до кращих світових. Проте постійний розвиток медичної науки та біотехнологій потребує активної роботи законодавця щодо подальшого вдосконалення правового регулювання цієї важливої сфери, у тому числі щодо усунення існуючих неузгодженостей та прогалин у чинному законодавстві.

Використані джерела

1. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17.05.2018 №2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text> (Дата звернення: 01.07.2022)
2. 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. Oviedo, 4.IV.1997. URL: <https://rm.coe.int/168007cf98> (Дата звернення: 01.07.2022)
3. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 р. № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (Дата звернення: 01.07.2022)
4. Directive 2004/23/EC of the European Parliament and the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, resting, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells. URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/1589d23a-1fd2-40aa-83cb-b8641cb53165/language-en> (Дата звернення: 01.07.2022)
5. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. №435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15/conv#Text> (Дата звернення: 01.07.2022)

Князевич Назар Васильович

аспірант кафедри службового та медичного права
Інституту права Київського національного університету
імені Тараса Шевченка, юрисконсульт у громадській
організації «Українська ліга розвитку паліативної та
хоспісної допомоги».

ПРОФЕСІЙНЕ САМОВРЯДУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: АКТУАЛЬНІСТЬ У ПЕРІОД ВІДБУДОВИ

Положення глави 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони[] визначає європейські прагнення України у сфері охорони здоров'я, підвищення рівня безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, розвитку демократії та ринкової економіки, що охоплює, «зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ...».[] Навіть враховуючи воєнний стан у державі, актуально згадувати про переваги реформування та планувати реалізацію окремих реформ у процесі відбудови нашої країни.

На думку сучасних дослідників, Україна, як учасник процесу європейської інтеграції, має унікальний шанс побудувати нову сучасну демократичну систему самоврядування у сфері охорони здоров'я та пройти цей непростий шлях впровадження з урахуванням багаторічного міжнародного досвіду. Проте, цього можна досягти лише за умови, що уся професійна спільнота розумітиме, що таке самоврядування, для чого воно потрібне, які дає переваги і які виклики та ризики постають на етапах його впровадження.[3]

Аналізуючи міжнародні документи, зокрема Резолюцію 27-му Всесвітньої медичної асамблеї (Мюнхен, 1973) з доповненнями Резолюції 35-ї Всесвітньої медичної асамблеї (Венеція, 1983), варто зауважити, що умови роботи медичних працівників повинні визначатися позиціями лікарських товариств, лікарям мають бути гарантовані моральна, економічна та професійна незалежність, а медичне товариство повинно бути адекватно представлене в усіх державних інститутах.[3]

Органи професійного самоврядування, зокрема у сфері охорони здоров'я, у розвинених країнах функціонують доволі давно. У переважній більшості таких держав організації лікарського самоврядування разом з уповноваженими державними органами здійснюють управління усією системою охорони здоров'я як рівноправні партнери. У цих країнах діяльність, функції, завдання та повноваження національної самоврядної лікарської організації врегульовуються на законодавчому рівні.[3]

Як зазначає І.В. Сисоєнко, у країнах Європи, де, по-перше, влада усвідомлює потребу зменшення централізації державного управління в багатьох сферах економічного життя суспільства, а по-друге, сприймає прагнення професійних спільнот до самоорганізації і самоврядування, створюються юридичні особи публічного права. Такі структури наділяються правом здійснювати частину державних функцій.[3]

Професійне самоврядування – це система управлінських взаємовідносин між усіма представниками певної професії, покликана консолідувати їхні зусилля щодо співпраці з органами державної влади, суспільством та між собою, якій законом надаються певні управлінські повноваження для успішного функціонування цієї професійної групи на користь усього суспільства.[4]

Практика демократичних країн світу доводить, що професійне лікарське самоврядування – це надзвичайно потрібна й корисна модель керування медичною галуззю, впровадження якої має стати одним з невід'язних компонентів реформи системи охорони здоров'я.[4]

З.О. Надюк зазначає, що однією з основних перешкод у сприйнятті ідеології лікарського самоврядування завжди була відсутність у 70-80% медиків мотивів до ефективної трудової діяльності – матеріальних, трудових, статусних, а також мотивів виконувати свою роботу якісно; а з іншого боку, й відсутність мотиваційного моніторингу з боку керівників системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим пригнічується почуття професійної честі та гордості і виникає розчарування лікарів в обраній професії.[5, с.6-7]

Важливими передумовами створення і використання в Україні такого суспільного інституту, як лікарське самоврядування, є [6]:

- політичні та соціально-економічні зміни, що відбулися в Україні в цілому;
- політична воля керівництва держави;
- зміна економічних відносин в суспільстві, що істотно вплинули на діяльність системи охорони здоров'я і призвели до серйозних трансформацій в ній;
- кардинальні зміни у свідомості медичного персоналу і пацієнтів;
- воля лікарської громадськості.

На даний час створення дієвого інституту лікарського самоврядування обов'язково потребує чіткої координації та узгодження її діяльності з державними інститутами влади.[5, с.2]

Автор переконаний, що «причинами опортуністичної поведінки з боку інститутів державної влади (бюрократичної системи) є їх бажання утримати під своїм контролем такі сфери, як ліцензування та атестація медичних працівників, ліцензування та акредитація лікувально-профілактичних закладів; закупівля за державні кошти медичних препаратів і техніки для потреб галузі – тобто сфери, в яких є найвищий ризик зловживань посадовим становищем.»[5, с.6]

Тому, перед Україною постає завдання серйозного реформування системи охорони здоров'я шляхом створення самоврядної лікарської організації, побудованої на принципах автономії професійної діяльності.

Медичне самоврядування – це ефективна система, яка регулює здійснення професійної діяльності, захист прав та інтересів медичних працівників. Метою впровадження медичного самоврядування завжди було надати можливість та сформувані засади для створення незалежної від держави організації, яка поєднує професіоналів із важелями впливу в медичній галузі та ефективними механізмами самоконтролю, відстоювання колективних інтересів лікарів, інших медичних працівників, фармацевтів.

Головне завдання лікарського самоврядування – перебирання на себе частини важливих регуляторних функцій (сертифікація навчальних програм та навчальних заходів безперервного професійного розвитку, ведення реєстру лікарів, надання та припинення права на професійну діяльність, безперервний професійний розвиток лікарів тощо). Без автономії професіоналів у галузі охорони здоров'я (лікарів, медсестер, провізорів) неможливий ефективний захист прав пацієнтів. Це висновок генеральної асамблеї Всесвітньої медичної асоціації, в якому зазначено: надаючи лікарям незалежність і професійну свободу в проведенні медичної діяльності, суспільство створює умови для формування найкращої з можливих систем охорони здоров'я для своїх громадян, що, своєю чергою, забезпечує вагомий внесок у національний розвиток і безпеку.[]

Лікарські самоврядні організації існують у всіх країнах Європи. Вони самостійно розробляють власні стандарти професійної етики, які затверджуються в комісіях із належної медичної практики – медичному арбітражі. Ключовим принципом діяльності самоврядних організацій є забезпечення якості надання медичної допомоги, тобто захист інтересів професійної групи, суспільства та пацієнтів. []

Явною перевагою впровадження медичного самоврядування є адаптація законодавства України до світової та європейської практики з метою створення збалансованої системи захисту права пацієнта на безпечну та якісну медичну допомогу шляхом врегулювання питань здійснення лікарської практики, професійної відповідальності лікарів за її належне провадження і дотримання етичних вимог, розв'язання протиріч і суперечок шляхом медичного арбітражу та медіації.[] Прагнення України до євроінтеграції, особливо після отримання статусу кандидата на членство в Європейському Союзі, зобов'язує гармонізувати національне законодавство з нормами ЄС, тому така адаптація сфери охорони здоров'я дозволить наблизитись Україні ще ближче до європейських стандартів.

Проте, окрім цього, однією з основних переваг імплементації медичного самоврядування, особливо в умовах майбутньої відбудови, є те, що воно звільняє уряд і органи державного управління від багатьох організаційних клопотів та є компетентним «партнером» у забезпеченні якості медичних послуг (за рахунок самоконтролю та власної відповідальності).

Метою впровадження професійного самоврядування медичних працівників, як вже зазначалось вище, є наділення органів медичного самоврядування відповідними повноваженнями у сфері регулювання медичної діяльності й контролю їх професійної відповідальності.

У світовій практиці допуск до професії – ліцензію – надає саме медичне самоврядування, а не держава. Вона має реєстр всіх працівників галузі, стежить, чи підвищують вони свою кваліфікацію, вирішує, кого позбавляти ліцензії, кому тимчасово призупинити допуск до професії. Самоврядна організація також займається підвищенням професійного рівня лікарів. Крім того, передусім учасники самоврядування як ніхто інший можуть об'єктивно оцінити компетентність колеги, а також етичну складову діяльності лікаря – приймати його у свою спільноту чи виключити з неї.[8]

Після запровадження самоврядування саме професійна спільнота вирішуватиме питання доступу до професії, підвищення кваліфікації, дисциплінарної відповідальності, певні питання, що в хорошому сенсі пов'язані з любюванням інтересів медичних спільнот і найважливіше – захисту прав медичних працівників.

Адже, що стосується медичного персоналу та його можливостей, то держава не особливо переймається його інтересами. Більшість питань його безпеки носить досить умовне вирішення, в основному теоретично обґрунтованих і дуже мало реалізованих на практиці. Зазвичай ці проблеми має вирішувати заклад охорони здоров'я, у якому працює медичний працівник, або він сам, за власні кошти. Зрозуміло, що при відсутності у цих питаннях жорсткого регламентування та відповідальності – вони вирішуються у дуже різноманітному діапазоні, за принципом можливостей та зацікавленості даного закладу, а більше за максимальною можливістю їх не реалізації. Причинами такої незадовільної ситуації є певні труднощі фінансування, а ще більше можливості не вирішувати дані питання, відсутність відповідальності – одна з них. Отож, вирішення цього блоку питань найраціональніше повинні контролюватися та відстоюватися органами медичного самоврядування.[9, с.121]

Саме професійне самоврядування медичних працівників забезпечить зменшення регуляторного навантаження з боку держави, гарантуватиме краще розуміння з боку осіб, які входять до органів самоврядування, більша повага та лояльність до представників професії тощо».[10]

Отже, необхідність законодавчого врегулювання самоврядування медичних професій в Україні вже давно вносились на порядок денний, але актуальність цього питання лише посилюється у зв'язку із заподіянням шкоди фізичному та ментальному здоров'ю населення в результаті воєнних дій, збільшення кількості поранених внаслідок бойових дій, порушенням медичного нейтралітету зі сторони країни-агресора, погіршення екології та економічного стану суспільства.

Враховуючи все вищезгадане, вже сьогодні доцільно далі просуватись у запровадженні медичного самоврядування та врегулюванні цього інституту на законодавчому рівні, адже це одна з важливих складових побудови ефективної та стійкої системи охорони здоров'я населення, перш за все медичного обслуговування, спрямованого знову ж таки на забезпечення правового статусу медичних працівників, створення умов для належної медичної практики та захисту прав пацієнтів на доступ до безпечної та високоякісної медичної допомоги.

Використані джерела

1. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 21.03.2014 року, URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text
[Устинов А.В.](#)
2. Лікарське самоврядування: зроблено ще один крок до його впровадження. Український медичний часопис: актуальні питання клінічної практики. 2019 р. URL: <https://www.umj.com.ua/article/138387/likarske-samovryaduvannya-zrobleno-shhe-odin-krok-do-yogo-vprovadzhennya>
3. Сисоєнко І.В. Самоврядування в охороні здоров'я: «розділяй та володарюй» не пройде! Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання. 2015 р. URL: <https://health-ua.com/article/19443-samovryaduvannya-v-ohoron-zdorovya-rozdlyaj-ta-volodaryuj-ne-projde>
4. Пояснювальна записка до проєкту Закону України «Про самоврядування медичних професій в Україні» від 01.07.2020 р. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/pubFile/169294>
5. Надюк З.О. Поеднання механізмів державного управління і лікарського самоврядування на ринку медичних послуг в Україні. [Державне будівництво. 2008 р.](#) URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2008_2_25
6. Пояснювальна записка до проєкту Закону України «Про лікарське самоврядування» від 06.04.2018 №8250. URL: <http://www.uoz.mk.ua/content-15-likar-samovrad.html>
7. І.П.Мазур, М.М.Тишук. Лікарське самоврядування: європейський досвід і кроки до впровадження в Україні. Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання. 2019 р. URL: <https://health-ua.com/article/41680-lkarske-samovryaduvannya-vropejskij-dosvd-kroki-dovprovadzhennya-vukran>

8. Лікар має право, або Навіщо українським медикам лікарське самоврядування? Громадський простір. 2021 р. URL: <https://www.prostir.ua/?library=likar-maje-pravo-abo-navischo-ukrajinskym-medykam-likarske-samovryaduvannya>

9. О. Н. Литвинова, А. Г. Шульгай, Г. С. Сатурська. Питання захисту медичних працівників у стратегії професійного медсестринського та медичного самоврядування в системі охорони здоров'я України. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2021 р. – с. 119-124

10. О.А. Корчинська, О.Н. Мусій, О.В. Лінчевський. Професійне самоврядування: світовий досвід та перспективи в Україні. Видавничий дім «Здоров'я України». Медичні видання. 2018р. URL: <https://health-ua.com/article/37274-profesijne-samovryaduvannya-svtovij-dosvd-taperspektivi-vukran>

Коваль Юлія Володимирівна

асистент кафедри медичного права ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

ЗАПЕРЕЧЕННЯ З МІРКУВАНЬ СОВІСТІ: ЧИ ВАРТО ПЕРЕЙНЯТИ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД?

Українським законодавством юридичне право лікаря на відмову від надання пацієнту медичної допомоги, у тому числі здійснення штучного переривання вагітності з міркувань совісті, у тому числі світоглядних та релігійних переконань, до цього часу не передбачено. Хоч і на доктринальному рівні окремі положення українського законодавства можна пристосувати для обґрунтування права лікаря на відмову від здійснення штучного переривання вагітності, все ж таки ця практика в Україні є зовсім не врегульованою.

У європейському правовому середовищі вже давно ведеться робота з легалізації інституту заперечення з міркувань совісті та напрацьовані керівні принципи, правила, етичні кодекси або ж закони стосовно практики відмови від здійснення штучного переривання вагітності.[1]

Загально відомо, що європейське право приділяє велику увагу захисту права людини на свободу релігії, совісті та думки, а також акцентує на обов'язку держави поважати це право. Зважаючи на це, право лікаря на заперечення проведення абортів або надання деяких інших видів медичної допомоги з міркувань совісті, релігійних, світоглядних або інших особистих переконань передбачено правовими та медичними стандартами багатьох розвинених країн.[2]

У справі ЄСПЛ (далі – Суд) «Р та S проти Польщі» (30 січня 2013 р.) Суд підтвердив верховенство морального почуття над позитивним правом. Медичні працівники мають право відмовити у наданні медичних послуг, оскільки у такій відмові лежить повага до життя людини. Лікари не повинні бути зобов'язані виконувати аборти, евтаназії або запліднення без своєї волі та проти своїх принципів.[3]

Враховуючи те, що Україна отримала статус кандидата на членство в ЄС і планує далі йти «європейським шляхом», а також, у зв'язку із розвитком релігійної свідомості, інших світоглядних принципів та зростанням цінності індивідуалізації приватного життя, потреба реформування правового статусу медичних працівників у цій частині власне настала.

Застосування європейського досвіду, імплементація міжнародних стандартів у національне законодавство, зокрема щодо права лікаря на заперечення з міркувань совісті, забезпечить більш професійну захищеність лікаря та, як наслідок, підвищить якість надання медичної допомоги.[4]

Питання відсутності нормативного закріплення цього права лікаря піднімалось не раз, в тому числі були винесені до розгляду відповідні законопроекти, які повертали на доопрацювання через низку зауважень, здебільшого через те, що «право однієї людини закінчується там, де починається право іншої». Тому власне постає необхідність дотримання балансу між правом пацієнта на медичну допомогу та вільний вибір лікаря і правом медичного працівника, як особистості, на свободу совісті та певні релігійні переконання. [5]

На думку Суду у вищезгаданій справі ЄСПЛ, держави зобов'язані організувати свою систему охорони здоров'я таким чином, щоб забезпечити можливість ефективного і беззаперечного здійснення медичними працівниками свободи совісті в професійному контексті, не перешкоджаючи цим отриманню пацієнтами доступу до послуг, на які вони мають право відповідно до чинного законодавства.[3]

Розглянувши практику європейських країн спробуємо підсумувати головні моменти, які забезпечать безперешкодний доступ лікаря до реалізації свого права на заперечення з міркувань совісті та не порушуватимуть права пацієнта на доступ до медичної допомоги.

Резолюція ПАРЄ №1763, прийнята у 2010 р. передбачає право лікаря на заперечення з міркувань совісті при наданні законної медичної допомоги, але й містить низку обмежень стосовно реалізації цього права. Зокрема, згідно з цим міжнародним документом, лікар не може відмовитись надавати пацієнту всю належну медичну інформацію, а також проінформувати завчасно про будь-які заперечення з міркувань совісті та обов'язково направляти пацієнтів до іншого виконавця медичних послуг.[4]

Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я у своєму висновку стосовно проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо права лікаря на відмову від абортів через міркування совісті» (реєстр. №6747) висловили думку, що необхідно зобов'язати заклади охорони здоров'я усіх форм власності завчасно інформувати жінок, котрі звертаються до них з метою здійснення абортів, про наявність чи відсутність серед штату працівників осіб, які добросовісно відмовились від практики здійснення абортів, а також у створенні дієвого алгоритму організації надання жінці медичної допомоги належної якості іншим медичним працівником.[2]

Одним із варіантів дієвого алгоритму організації надання жінці медичної допомоги належної якості іншим медичним працівником є практика Сполученого Королівства Великої Британії. У Сполученому Королівстві до обов'язку лікаря, що добросовісно заперечує проти здійснення втручання, відноситься вимога забезпечити підготовчі кроки для організації абортів та негайне направлення до іншого медичного працівника, здатного здійснити таке втручання. Якщо лікар не виконує цю вимогу, до нього можуть висуватися звинувачення у порушенні умов служби. Аналогічно у Франції та Нідерландах закони містять правовий обов'язок для медичних працівників та лікарів негайно повідомляти вагітних про заперечення з міркувань совісті.[1]

Враховуючи значні успіхи України на шляху до диджиталізації, доцільно було б запровадити ведення відповідних реєстрів лікарів, медичних сестер та іншого персоналу, що завчасно попереджали б пацієнтів про можливість реалізації тим чи іншим лікарем свого права на заперечення з міркувань совісті стосовно надання певних видів медичної допомоги, в тому числі штучного переривання вагітності. У вересні 2021 року Міністерство рівності Іспанії представило уряду такий самий план.[6]

Окрім цього, варто детально оцінити локальну проблему з кадрами у менш заселених містах чи селах та передбачити в законодавстві належне рішення. У разі відсутності в населеному пункті медичного працівника, який би міг надати медичну допомогу пацієнту, а саме, здійснити процедуру штучного переривання вагітності, та неможливості отримання пацієнтом цієї допомоги у іншому населеному пункті, варто включити таку ситуацію до переліку обмежень у використанні лікарем права на заперечення з міркувань совісті, поряд з обов'язковим наданням медичної допомоги у невідкладних випадках і випадках, коли лікар не може гарантувати, що пацієнт отримає якісне лікування в іншого медичного працівника.

Наприклад, у Норвегії лікар має право відмовитися від ведення пацієнта тільки в тих випадках, коли пацієнт має реальний доступ до іншого лікаря, який може надати бажане лікування. До того ж перший лікар відповідає за те, щоб пацієнт отримував допомогу у перехідний період.[1]

Повертаючись до обмежень стосовно реалізації цього права лікаря, передбачених Резолюцією ПАРЄ, варто зазначити, що навіть якщо лікар заперечує проти здійснення певного медичного втручання, він зобов'язаний надати правдиву та безсторонню інформацію про доступні та законні методи, в тому числі ризики, наслідки та альтернативи лікування для того, щоб пацієнт мав можливість зробити належно інформований вибір. З цією метою лікар зобов'язаний надати необхідну консультацію, діагностичні послуги, зокрема, обстеження для виявлення дефектів плода незалежно від того, чи вплинуть результати такого обстеження на рішення пацієнта. Крім того, лікар в будь-якому разі повинен особисто зустрітися з пацієнтом та впевнитися, що він має достатню інформацію про параметри доступного втручання, а також в разі необхідності надати пацієнту друковані матеріали стосовно медичних втручань, проти яких лікар добросовісно заперечує.[1]

Згідно з польським законодавством лікар зобов'язаний повідомити пацієнта, де можна отримати відповідну медичну процедуру, та зареєструвати відмову в медичній карті пацієнта. Лікарі, які працюють у закладах охорони здоров'я, також зобов'язані письмово повідомити свого керівника про свою відмову.[7]

Не виконання юридичного обов'язку, щодо інформованості пацієнта, а також не надання необхідної консультації чи проведення діагностики може спричинити непоправні наслідки для пацієнта. А відтак, обов'язком держави повинно бути забезпечення доступу до послуг законної медико-санітарної допомоги, а також, створення механізму оскарження для жінок, які позбавлені такого доступу.

Підсумовуючи, варто зазначити, що українське законодавство дозріло до доповнення та розширення правового статусу медичного працівника у етико-деонтологічному напрямку і проведений побіжний аналіз, особливо європейського досвіду, вказує на необхідність та актуальність цього питання в межах діючого комплексного реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Використані джерела

1. Чи має лікар право не надати меддопомогу – з міркувань совісті? Ваше здоров'я. 2013 р. URL: <https://cutt.ly/uLoDQke>
2. Висновок до проекту Закону України від 15.05.2018 №6747 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо права лікаря на відмову від абортів через міркування совісті». URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/xh57f00q?an=2&e_d=2018_05_15
3. Справа ЄСПЛ «Р та S проти Польщі». 30 січня 2013 р. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%7B%22001-114098%22%7D%7D>

4. І.Г.Савка, Н.М. Калинюк. Про права медичних працівників під час надання медичної допомоги в контексті реформування системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 1 (79). С. 62–67

5. Нарок Т. Аборти в Україні: що гарантує держава? Юрфем. 2021 р. URL: <http://iurfem.com.ua/aborty-v-ukraini-shco-garantuye-derzhava/>

6. Свобода совісті у Франції, Іспанії та Швеції перебуває під загрозою — звіт. CREDO. 2021 р. URL: <https://credo.pro/2021/12/306736>

7. Справа ЄСПЛ «Z проти Польщі». 13 лютого 2013 року. URL: <https://cutt.ly/wLaCJ8w>

Кокошко Мирослава Василівна

кандидат юридичних наук, асистент кафедри службового та медичного права, Навчально-науковий інститут права Київського національного університету імені Тараса Шевченка

ЗАРОДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДРОВ'Я В УКРАЇНІ

Із давніх-давен людство зіштовхувалося із різноманітними хворобами, в тому числі із епідеміями (чумою, холерою, тифом, віспою тощо). Такі обставини змушували шукати методики і тактики збереження життя, лікування хворих, профілактики захворювань, подолання епідемій, причому технології та підходи на різних етапах розвитку національної державності були різні. Загалом, аналізуючи процес становлення еволюції державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні, вбачаємо за доцільне поділити його на п'ять етапів. Разом з тим, спроби протистояння хворобам та пошуки способів збереження та продовження життя мали місце і в патестарному суспільстві. Зокрема, на перші відомості про медичні знання наших пращурів, які живилися міфологією, вказують петрогліфи мелітопольської Кам'яної могили. За її малюнками можна простежити за сутністю стародавніх вірувань ([тотемізмом, магією, анімізмом, фетишизмом тощо](#)), зміст яких полягав, в тому числі, і у оздоровленні тіла та душі [1, С. 58].

Однак, спеціальної державної політики чи стратегії у напрямку охорони здоров'я не існувало.

Її появу можна датувати періодом християнізації Русі, перший крок якої був здійснений князем Аскольдом у 860 р. [2], а завершальний у 988 р. [3, С. 71]. На цьому етапі державна влада передала медичну сферу під контроль та юрисдикцію церкви, тому перший період становлення державної політики у сфері охорони здоров'я пропонується називати церковно-монастирським етапом. Він із окремими особливостями триватиме до моменту повалення Української гетьманської держави у середині XVIII ст.

Нормативно-правовою підставою початку формування державної політики у сфері охорони здоров'я стало видання «Уставу князя Володимира Святославовича про десятини, суди і людей церковних».

Загалом існує близько 200 списків Уставу, що поєднуються в різні редакції та зводи, різноманітні за обсягом та змістом, однак кожна із них містить норму щодо зарахування до категорії церковних людей, які не лише належали до церковно-судової юрисдикції, а й підпадали під опіку церкви [4, С. 157–158]. «А до людей церковних належать за правилами... прощеник, вдовиця, задушна людина, сліпий, скалічений, чужоземець, паломник, лікар, божевільний», – йдеться у приписях документа [5, С. 10–12].

У такий спосіб державна влада передала не лише лікарську справу під контроль церкви, а й тих хворих людей, які потребували медичної допомоги та паліативного догляду. Як результат відбулося відмежування волхвів, зеліників, які вдавалися до язичницьких обрядів, від лікарів, травників, костоправів, що з допомогою народної медицини, масажу та християнської молитви здійснювали медичну практику.

Із першою категорією державна влада розв'язала боротьбу і переслідування. Так, Церковний Устав князя Володимира забороняв вчинення чародійства, під яким законодавець розумів «таємне виготовлення зілля та волхвування». Інший документ – «Устав Ярослава Володимировича про церковні суди», продовжуючи попередню державну політику, містив перелік злочинів і покарань, які переслідувалися владою. Зокрема стаття 38 забороняла здійснення чаклунства у формі «заклинань, виготовлення амулетів або виготовлення різного зілля, отрут» [2, С. 248]. Політику центральної влади розділяли і в удільних князівствах. Зокрема, під юрисдикцію та опіку церкви переходили лікарі та усі хто потребували допомоги (знедолені, скалічені, божевільні тощо), а також засуджувалася практика чародійства, волхвування та зелейництва. Так, відповідно до «Уставної грамоти Новгородського князя Всеволода Мстиславовича про церковні суди, і про людей, і про мірила торгіві» (1125 – 1136 рр.), особи, що вдавалися до «чародійства, волхвування, відьомства, виготовлення зілля і чародійних напоїв» підпадали під церковний суд [6, С. 242–247; 7, С. 406–411]. Чародійство та приготування зілля кваліфікувалося як злочини проти віри і в «Уставній грамоті Смоленського князя Ростислава Мстиславовича і єпископа Мануїла» 1150 р. Окрім того, Кормча книга (джерело права Руської держави, яке репрезентувало національне великокнязівське законодавство та візантійські норми церковного права) за вчинення волхвування, чаклування та ворожіння передбачала: «Якщо волхви або чародії зберуться....., то будуть убиті» (п. 44 КК) [8, С. 1153].

На думку сучасної дослідниці церковного права І. Мацелюх, переслідування чародійства в усіх його формах та проявах пов'язана, насамперед, із заборонаю політеїзму, яка автоматично тягнула за собою і переслідування волхвів, які знаходилися на вершині суспільної ієрархії [2].

Разом з тим, як слушно стверджують історики, серед яких Іван Огієнко (митрополит Іларіон) «практика відьомства не була забута, тому що віра в волхвів, ворожбитів була в нас дуже сильна, адже чарівники, відуни знали усе, що було в минулому й прогнозували майбутнє, а також готували зілля, яке допомагало при хворобах, знали різні заговори, які були дієві про недугах» [9, С. 217]. Жреці не лише приносили жертвоприношення, а й навчали, лікували, тлумачили, виготовляли зілля для покращення фізичного чи психологічного самопочуття [10, С. 60]. Як результат, незважаючи на державну політику засудження такої категорії населення, на практиці вони продовжували свою діяльність, практикуючи кулуарно.

Забороняючи язичницькі підходи до лікування, великокнязівська влада передала лікарську справу під відання церкви, монастирів. Так, літописні свідчення вказують на те, що в X - XI ст. активно почала розвиватися так звана монастирська медицина. Означений процес був пов'язаний з тим, що фізично та психічно хворих людей відправляли до монастирів, де для їх лікування відкривалися шпитальні палати. Медичною практикою, здебільшого, займалися лікарі-ченці. Так, Києво-Печерський патерик містить перелік вимог до них. «Ченці мали допомагати та доглядати за хворими, – мовилося у патерику, – бути терплячими та не дбати про особисте збагачення» [11].

За свідченням літописців при монастирях у Києві, Переяславі, Львові та інших центрах удільних князівств на постійній основі функціонували медичні відділення. Саме там лікували недужих, поранених від військових дій, відкривали карантинні палати під час епідемій. Зокрема, Никонівський літопис стверджує, що митрополит Єфрем у 1091 р. заклав у Переяславі «будівництво банне і лікарське», де працювали лікарі та надавали усім медичну допомогу, хто цього потребував. Зауважимо, що питання гігієни посідало важливе значення, адже обов'язковою умовою лікувального протоколу було розпарювання та омивання тіла у бані [12, С. 68].

Означений аспект якісно вирізняв русинів від західно-європейських країн періоду Середньовіччя.

Своєю чергою Києво-Печерський патерик містить відомості про талановитих лікарів свого часу. Зокрема, там йдеться про чудодійного лікаря Києво-Печерського монастиря Антонія та його учня Агапіта. Про останнього сучасники писали: «Він зцілював хворих своєю їжею, лікарським зіллям та молитвою.... і за це був прозваний Лікарем, бо дарував йому Господь дар зцілення» [11]. Джерело також повідомляє, що преподобний Агапіт вилікував онука Ярослава Мудрого, майбутнього князя Київського Володимира Мономаха, приготувавши для нього цілюще зілля.

Великої слави цілителя набув ще один чернець Києво-Печерської лаври – преподобний Аліпій. Він лікував хворих, виготовляючи спеціальні мазі. Так, патерик згадує про хворого із численними язвами на тілі, якому ніхто не міг допомогти із волхвів та зелійників.

Аліпій з допомогою молитви, причастя помастив рани хворого, які в найближчі дні затягнулися, а хворий повністю одужав [11]. Вже першій половині XIII в. майже в кожному містечку існували монастирі. Загалом, історики церкви вказують, що на Русі було близько 70 монастирів.

Варто вказати, що ченці в монастирях не лише займалися медичною практичною, а й записували свої знання, листувалися, обмінювалися досвідом, здійснювали переклад медичних грецьких та латинських книг на церковнослов'янську мову, навчали послухників медичній практиці, особливостями догляду за хворими [13, С. 111].

Не дивно, що перший авторський медичний трактат належить русинці – онучці Володимира Мономаха та дочці Великого князя Київського Мстислава Володимировича – Євпраксії Мстиславівні. З дитинства юна дівчинка цікавилася літературою, вільно володіла церковнослов'янською, латинською, грецькою та шведською мовами. Особливий інтерес вона проявляла до народної медицини. З метою укріплення династичного союзу між Руською державою та Східною Римською імперією була віддана заміж за візантійського цияревича Олексія Комнена. Перебуваючи при дворі в царграді, вона продовжила поглиблювати знання і в 30-х роках XII ст. написала трактат «Алімма» («Мазі»). Наукова праця стала справжньою енциклопедією свого часу. Вона містила практичні поради щодо особистої гігієни, рекомендації для жінок в період вагітності та годування грудьми. Значна увага приділялася здоровому харчуванню, розкривалися цілющі властивості окремих продуктів рослинного та тваринного походження, окрема увага приділялася дієтичному харчуванню. Самостійний розділ присвячувався практичним порадам щодо приготування ефективних засобів для лікування шкірних, зубних, серцевих та шлунково-кишкових захворювань. Дослідники трактату стверджують, що більша частина практичних порад, описаних у праці, використовувалися в практиці народної медицини на Русі. Цінність наведеної інформації надало трактату великої популярності, в тому числі, в середньовічних країнах Європи. До нині оригінал роботи, який написаний грецькою мовою, зберігся в флорентійській бібліотеці Лоренцо Медічі (Італія) [14].

Церковно-монастирська медицина на Русі не стала монополістом. У великих містах, при княжих дворах, у походах надавали медичну допомогу і лікували світську знать, дружинників професійні лікарі, здебільшого іноземного походження [13, С. 112]. Отже, можна стверджувати про особливий комплексний характер медицина на Русі мала особливий, комплексний, що поєднував християнські традиції, які ґрунтувалися на візантійських знаннях, та здобутках язичницької народної лікарської культури.

Використані джерела

1. Маринжа Л. Медицина в Київській державі. Історія медицини. Здоров'я України. №1 (230). Січень, 2010. С.58.

2. Мацелюх І. Джерела церковного права за доби українського Середньовіччя : монографія / І. А. Мацелюх; Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. – Київ : Талком, 2015. 290 с.
3. Полное собрание Русских летописей / Т. 2. Ипатьевская летопись. – СПб.: Типография М. А. Александрова, 1908 = М.: Издание восточной литературы, 1962. – 938 с.
4. Книга степенная царского родословия, содержащая историю российскую, с начала оыя до времен государя царя и великого князя Иоанна Васильевича, сочиненная трудами преосвященных митрополитов Киприана и Макария, а напечатана под смотрением Коллежского советника Императорской академии наук, також и разных иностранных академий, и Вольного Экономического и Российского Вольного же Собрания Члена Герарда Фредерика Миллера. Ч.1. – М.: Иператорский Университет, 1775. – 560 с.
5. Болховитинов Е. Прибавление к Описанию Киево-Софийского собора и Киевской иерархии содержащая разные грамоты и выписки объясняющая эпох. Описание Киево-Софийского собора и Киевской иерархии : с присовокуплением различных граммат и выписок, объясняющих оное, а также планов и фасадов Константинопольской и Киевской Софийской церкви и Ярославова надгробия. – К. : Типография Киевопечерской Лавры, 1825. – 270 с.
6. Владимирский-Буданов М. Христоматия по истории русского права / М. Владимирский-Буданов. – К. : Издание книгопродавца Н. Я. Оглоблина, Крещатик, №33, 1899. – 265 с.
7. Собрание важнейших памятников по истории древняго русского права / составители Н. И. Лазаревский, Я. Утин. – СПб. : Типография губернского правления, 1859. – 428 с.
8. Леона Царя Премудрого и Константина Верного Царя главизны о совещании обручения и о брацех и о иных различных винах // [Кормчая, напечатанная с оригинала патриарха Иосифа. – М. : Журнал «Церковь», 1912 \(1650\). – 1481 с.](#)
9. Огієнко І. (Митрополит Іларіон) Дохристиянські вірування українського народу / упорядник М. Тимошик. – Київ: Наша культура і наука, 2016. – 440 с.
10. Владимирский-Буданов М. Ф. Подробный конспект истории русского права. Киев, 1907. – 147 с.
11. Киево-Печерський патерик. Ізборник. URL: <http://litopys.org.ua/paterikon/paterikon.htm>
12. Клосс Б. М. Никоновский свод и рус. летописи XVI-XVII вв. М., 1980. – 312 с.
13. Білоус В.І., Білоус В.В. Б 61 Історія медицини і лікувального мистецтва. – Чернівці, 2019, – 284 с.
14. Кравченко О. Князівна, яка заслужила ім'я Євпраксія – Добродія. Медицина. URL: <https://www.volyn.com.ua/news/177100-kniazivna-ia-ka-zasluzhyla-im-ia-ievpraksiia-dobrodiia>

Литвин Наталія Анатоліївна,

доктор юридичних наук, професор, професор кафедри службового та медичного права Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Артеменко Олена Вікторівна,

кандидат юридичних наук, професор, доцент кафедри адміністративного та фінансового права Національного університету біоресурсів і природокористування України

ОКРЕМІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Європейська конвенція з прав людини визначає, що «право кожного на життя охороняється законом» [ст. 2, 1]. Відповідно до ст. 3 та ст. 49 Конституції України життя і здоров'я є цінністю та первинною, вихідною передумовою життєдіяльності кожної людини. Тому з численних прав, які передбачає Основний Закон, можна виділити право людини на життя та охорону здоров'я як право, яке гарантують її фізичне існування мовою забезпечення здійснення всіх інших прав людини [2]. З огляду на це, питання побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні на сьогодні є вкрай актуальним.

Медична реформа проведена за останні роки, спричинила значні зміни в системі охорони здоров'я, як позитивні, так і негативні. Загалом, варто констатувати факт, що вітчизняна сфера охорони здоров'я, незважаючи на реформу, перебуває в затьманій кризі, спричиненій хронічними політичною, економічною та соціальною нестабільностями в державі. Крім того, у зв'язку з бойовими діями, що охопили значну частину території країни, проблема доступності послуг, спрямованих на охорону здоров'я населення, лише загострилася, набувши катастрофічних масштабів.

Як результат – ефективність сфери охорони здоров'я на сьогодні має найгірші показники за весь період незалежності України. Відомо, що результативність сфери охорони здоров'я пов'язана з рівнем тривалості життя населення країни. Усі методики оцінки заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя тією чи іншою мірою спираються саме на показник тривалості життя. В Україні середня тривалість життя, як чоловіків, так і жінок, нижча за середньосвітовий показник (враховуючи африканські країни). Середня тривалість життя чоловіків в Україні становить 63 роки, жінок – 73 роки. Зазначимо, що такий низький показник обумовлюється високим рівнем передчасної смертності.

Так, в Україні у 2019 році з кожної тисячі 40-річних чоловіків до 65 років не дожили 343, тоді як у Швейцарії – 81, а у Польщі – 210 чоловіків [3]. При цьому військові дії, які проводилися на території країни в 2019 році, значного впливу на даний показник не мали. Втрати Збройних сил України за цей період склали 111 військовослужбовців.

В Україні простежується негативна тенденція функціонування системи охорони здоров'я через:

- зростання загального рівня захворюваності, причому ситуація обтяжується розвитком у населення хронічних захворювань, зумовлених зменшенням кількості звернень населення за медичною допомогою та загальним зниженням доступності медичної допомоги (що пов'язано як із проведеною в країні медичною реформою, так і з бойовими діями);

- зростання рівня незадоволеності населення медичною допомогою та санітарно-епідеміологічним обстеженням;

- зростання кількості випадків передчасної смертності та набуті інвалідності, викликані неякісним медичним обслуговуванням тощо.

Сфера охорони здоров'я не повною мірою і недостатньо ефективно використовує наявні в її розпорядженні ресурси. Оцінка втрат у виробництві валового національного продукту України, пов'язаних із тимчасовою непрацездатністю працюючих, за різними джерелами становить від 1,5% до 2,1% ВВП. Даний рівень недовиробництва дорівнює, в середньому, 50% видатків бюджету на охорону здоров'я.

Однією із проблем, про яку неодноразово наголошують науковці є недостатнє фінансування сфери охорони здоров'я, що у свою чергу, має великі негативні наслідки реформування даної сфери. Так, сучасна сфера охорони здоров'я у зв'язку із слабким фінансуванням орієнтована, переважно, на лікування захворювань, а не на їх запобігання та профілактику. Крім того відсутня координація заходів щодо розвитку медичної галузі, спрямованих на покращення культури здорового способу життя серед населення.

Брак фінансування провокує проблему ефективності організації лікувального процесу. Необхідна диференціація стаціонарів та ліжкового фонду за інтенсивністю та обсягами лікувальної діяльності. Ефективна діяльність у даній сфері призведе до скорочення тривалості найдорожчого госпітального етапу, забезпеченого високотехнологічним обладнанням та кваліфікованими кадрами, брак яких відчувається в Україні. У країні фіксується також низька кваліфікація та мотивація медичного персоналу до якісної праці. Спостерігається відтік медичних працівників до країн ЄС, які у зв'язку із пандемією COVID-19 спрощують працевлаштування іноземних медиків. Станом на початок 2020 року розрив між штатними посадами лікарів і працюючими на той момент становив 33707 осіб, були вакантними 35 тисяч штатних посад для фахівців середнього медичного персоналу.

Відтоку лікарів перешкоджав введений у зв'язку з пандемією в Україні та країнах ЄС локдаун, але після вторгнення в Україну військ Російської Федерації та відкриття кордонів для біженців – він був нівельований. На початок травня 2022 року Україну, у зв'язку з бойовими діями, залишило понад 5,5 мільйона біженців, десятки тисяч із яких були працюючими медичними працівниками. Акцентуємо увагу на тому, що в Україні на початок 2022 року 83% медичних працівників були жінками, виїзд яких за кордон на період воєнного стану не обмежується.

В Україні завжди була актуальною проблема низьких заробітних плат медичного персоналу. Вона призвела до того, що лікарі та медичні сестри, мало зацікавлені у своїй професійній діяльності, змушені були шукати додаткові заробітки у вигляді підробітків, що також посилює негативні тенденції у сфері охорони здоров'я. За даними Організації Об'єднаних Націй в Україні по причині низьких зарплат та збільшення навантаження багато медиків звільнилися з роботи. У 2020 році медиків у країні стало на 5,4% менше. На початку року в лікарнях та поліклініках країни працювало 777 тисяч осіб, а наприкінці року – менше 735 тисяч осіб. Крім того, близько 80% медичних працівників є пенсіонерами або мають передпенсійний вік, що ще раз свідчить про важливість кадрового забезпечення сфери. Спостерігається дефіцит хірургів, діагностів, вузькопрофільних спеціалістів та лаборантів.

Варто також і акцентувати увагу на правовому забезпеченні сфери охорони здоров'я. Аналіз правових актів вказаної сфери показав, що нині існує безліч нерегульованих питань, які постають перед керівниками медичних установ, медичним персоналом, а загалом – перед усією вітчизняною системою охорони здоров'я країни, зокрема:

- не урегульовані правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні;

- не розроблені плани заходів щодо виконання Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року;

- не розділені на законодавчому рівні функції відповідних інституцій щодо формування стандартів надання медичної допомоги та розробки клінічних рекомендацій/протоколів;

- не реалізовано право окремих категорій населення (осіб, які не мають документів, що підтверджують громадянство або інший спеціальний статус) на доступ до програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- не врегульований механізм реалізації прав осіб, які перебувають в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС, ізоляторах тимчасового тримання Національної поліції України, на доступ до програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- відсутні інструменти та механізми захисту прав та законних інтересів пацієнтів, зокрема, від фінансових ризиків від вимоги оплати за медичні послуги, що оплачуються державою;
- специфікація надання медичних послуг по лікуванню туберкульозу не включає перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання послуг у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює Національна служба здоров'я України згідно з договором;
- законодавчо не врегульовано розподіл лікарських засобів для лікування хворих на вірусний гепатит С;
- відповідальність за відмову від вакцинації не унормована;
- не врегульований механізм реалізації прав осіб, які утримуються в установах інтернатного типу, підпорядкованих Міністерству соціальної політики (геріатричні заклади), зокрема на отримання медичних послуг за програмою медичних гарантій;
- неузгодженість положень законодавства про право на медичну допомогу та права на відмову від лікування;
- відсутність системного правового регулювання на рівні закону якості надання медичних послуг та оцінки якості медичної допомоги;
- не врегульований алгоритм припинення декларації за заявою лікаря, що надає первинну медичну допомогу;
- відносини, які виникають у зв'язку із залученням та використанням міжнародної технічної допомоги не регулюються профільним законодавством України та ін. [4].

Акцентуємо увагу на тому, що в міру подальшого розвитку організаційно-правових форм лікувальної та профілактичної діяльності кількість нерегульованих питань лише зростатиме. При цьому, загалом, юридична основа сфери охорони здоров'я в Україні, що складається з базових правових актів, є досить повною, але водночас, вона втратила свою гнучкість. У процесі проведення реформ та затвердження України як правової держави з перспективою інтеграції до ЄС очевидною є необхідність модернізації правових відносин у сфері охорони здоров'я. Правова медицина неможлива без медичного права та розвиненого сучасного медичного законодавства. Для реалізації даних положень у практику медичної законотворчості потрібні фахівці, які однаково розбираються і в медичній специфіці, і в юридичних питаннях діяльності медичних установ та управлінні охороною здоров'я. Лише наявність зазначених спеціалістів зможе підняти нормотворчу діяльність, пов'язану зі сферою охорони здоров'я, на належний рівень.

Таким чином, на сьогоднішній день система охорони здоров'я в Україні має безліч взаємопов'язаних системних проблем, які ускладнюються гострою нестачею матеріальних, трудових та, звичайно ж, фінансових ресурсів, що вже призвело до розвитку масштабної волонтерської діяльності в даній сфері.

Варто вказати на те, що проблеми не обмежуються лише браком ресурсів. Ті фінанси, які спрямовуються у сферу охорони здоров'я завдяки бюрократичним перешкодам використовуються з низькою ефективністю. Загалом у державі відсутній вибір правильних пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я, як на найвищому рівні, так і на місцевих рівнях. Усе це вказує на необхідність проведення систематичних та узгоджених дій на всіх рівнях влади, спрямованих на оновлення інститутів охорони здоров'я. Сфера охорони здоров'я потребує невідкладного коригування всіх організаційних та правових рішень, які приймаються в державі та безпосередньо стосуються здоров'я нації. Необхідне проведення чітко визначеної політичної, організаційно-управлінської та фінансової стратегії держави, спрямованої на оздоровлення населення країни.

Використані джерела

1. Європейська конвенція з прав людини. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_015. (дата звернення: 20.06.2021)
2. Конституція України [Текст] К.: Преса України, 1997. 80 с.
3. Тривалість життя українців менша за середній показник у світі, – Інститут демографії. URL: <https://one.kr.ua/news/35556> (дата звернення: 20.06.2021)
4. Аналіз нормативно – правових актів у галузі охорони здоров'я. Київ, 2020. 21 с. URL: https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/UA_Analiz-normativno-pravovih-aktiv_Rezyume_final.pdf (дата звернення: 19.06.2021)

Литвинова Ольга Несторівна

кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського

Гришук Максим Олександрович

перший заступник керівника Спеціалізованої антикорупційної прокуратури Офісу Генерального прокурора

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО АНАЛІЗУ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: НОРМАТИВНІ ГАРАНТІЇ ТА ПРОБЛЕМИ

Якщо говорити про реформу охорони здоров'я в широкому діапазоні, то слід розглядати її з двох важливих ракурсів. Один з них – це реформа власне системи охорони здоров'я, яка мала би бути, по суті, наскрізною сферою. Усі виробництва та їх інфраструктура у яких працюють люди, мають забезпечувати максимально безпечні умови для збереження здоров'я цих людей. Політично заангажовані структури, які займаються розвитком культури, спорту, освіти, соціального захисту тощо в основу своєї пропаганди мають покласти культ здоров'я. Щоб така політика була ефективною, має бути створена нормативно-правова база, яка урегулюватиме ці взаємовідносини, вводитиме обов'язки та відповідальність за дотримання даних правил.

Першими кроками до змін ситуації саме у цій царині було реформування санепідемслужби. Правда, реформуванням знищення системи санепідемстанцій назвати важко. Почалось це реформування ще у 2012 році з створення Головних управлінь Державної санітарно-епідеміологічної служби, які підпорядковувались Державній санітарно-епідеміологічній службі України і були її територіальними органами [1].

У цей же час для забезпечення проведення лабораторних та інструментальних досліджень і випробувань у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення до складу Держсанепідслужби України на базі цілісних майнових комплексів СЕС було створено лабораторні центри [2].

Початком проблем стало те, що відповідно до Закону України «Про особливості здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності щодо фізичних осіб – підприємців та юридичних осіб, які застосовують спрощену систему оподаткування, обліку та звітності» та п.1-1 ст.22 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» введено мораторій,

тобто заборонено планові перевірки СЕС щодо фізичних осіб – підприємців, які не зареєстровані платниками податку на додану вартість, діяльність яких не віднесена до високого ступеня ризику відповідно до цього Закону, та юридичних осіб, які застосовують спрощену систему оподаткування, обліку та звітності, що передбачає включення податку на додану вартість до складу єдиного податку, діяльність яких не віднесена до високого ступеня ризику [3].

Одразу ж після того, як були заборонені перевірки санслужбою, кількість випадків отруєнь в країні значно побільшало. У Тернопільській області з початку 2013 року серед населення зареєстровано 651 випадок гастроентероколітів встановленої етіології (61,03 випадків на 100 тис. населення) проти 497 за аналогічний період попереднього року (46,45 випадків на 100 тис. населення). Слід зацентувати, що передача функцій контролю СЕС в структури, які зацікавлені в реалізації своєї продукції викликає сумнів в об'єктивності контролю і породжує пріоритет власних інтересів виробників над інтересами споживачів. Відповідно до офіційного роз'яснення Державної регуляторної служби мораторій на проведення перевірок стосувався всіх органів державного нагляду (з окремими винятками для державних фіскальних органів) та продовжував діяти після 1 липня 2015 року. Таким чином фактично був даний карт-бланш на безконтрольність виробничої сфери, що явно працювало не на охорону здоров'я. Із санслужби за цей період було звільнено понад 20 тисяч осіб [4].

Передбачалось, що підприємці будуть консультуватися із спеціалістами санепідемслужби щодо застереження ризиків впливу потенційно шкідливих для здоров'я викидів і слідуватимуть їх рекомендаціям. Постанова КМУ від 19.09.2012 р. №896 «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності для санітарного та епідемічного благополуччя населення та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю)» [5] регламентувала кількість і частоту планових заходів державного нагляду (контролю) залежно від ступеня ризику. Так, для суб'єктів із високим ступенем ризику кратність планових перевірок становила 1 раз на рік (раніше – щоквартально), з середнім – 1 раз на 3 роки (раніше – 1 раз на півроку) та з низьким ступенем ризику – 1 раз на 5 років (раніше – 1 раз на рік). Таким чином частота перевірок значно скоротилась. Деретуляції господарської діяльності у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення не призвела до підвищеної зацікавленості підприємців забезпечити свою діяльність, тим більше на основі ринкових відносин із санепідемслужбою, швидше навпаки – підприємці відчули певну свободу від обов'язків перед збереженням здоров'я населення в протизагаду своїм економічним інтересам, на жаль.

Таким чином, МОЗ України наказом від 21.09.2012 р. №176-О «Про ліквідацію бюджетних закладів, установ і організацій, що належать до сфери управління міністерства охорони здоров'я України», фактично розпочало процедуру ліквідації всіх закладів Державної санітарно-епідеміологічної служби України [6]. А 29 березня 2017 року Постановою КМУ №348 «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби» Державну санітарно-епідеміологічну службу було ліквідовано [7].

Функції розформованої структури вирішили розподілити між Центром громадського здоров'я, Держспоживслужбою, Міністерством соціальної політики, Мінагрополітики, Міністерством захисту довкілля та природних ресурсів України, Державною службою України з питань праці та Лабораторним центром МОЗ України. Також дана постанова закріплює основний контроль за дотриманням санітарного законодавства за Держпродспоживслужбою. Зазначені повноваження виконують лікарі, які працевлаштовані за переведенням з Держсанепідслужби. Масштаби їх діяльності порівнювати зайве.

Чи можна допустити, що всі ці служби будуть максимально зацікавлені у збереженні здоров'я людини – питання риторичне. Кожна з них, в першу чергу відстоюватиме власні інтереси, відповідно до своєї місії. Тут слід сказати, що у жодній країні світу немає ідеальної системи громадського здоров'я. Кожна країна, виходячи з власних потреб, можливостей і традиційного розподілу функцій розділяє сфери впливу та відповідальності у цій царині. То ж і Україна шукає свою оптимальну модель системи охорони здоров'я.

31 травня 2016 року Міністерством охорони здоров'я України зареєстровано у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Центр громадського здоров'я реалізовує першочергові заходи щодо профілактики масових неінфекційних захворювань (отруєнь), координує роботи з проведення гігієнічного виховання та навчання населення; вивчає, оцінює і прогнозує показники здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності, визначає фактори, що шкідливо впливають на стан здоров'я людини, аналізує причини та умови виникнення і поширення інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей; здійснює міжнародне співробітництво, бере участь у розробленні проектів та укладенні міжнародних договорів України з питань безпеки для здоров'я і життя людини середовища життєдіяльності та забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, забезпечує в межах своїх повноважень виконання укладених міжнародних договорів України;

Отож, в ідеалі, саме Центр громадського здоров'я мав би бути тією центральною інстанцією, яка б виробляла державну політику охорони здоров'я та мала важелі впливу. Щоб забезпечити її виконання. Та на жаль, «Не так склалось, як гадалось».

Сьогоднішнє законодавство у сфері захисту здоров'я базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», Закону «Про захист населення від інфекційних хвороб», Закону «Про протидію захворюванню на туберкульоз», Закону «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності», інших нормативно-правових актів та санітарних норм.

Очевидною є необхідність створення гармонійного та наскрізного, взаємопов'язаного законодавства у царині громадського здоров'я, яке б дозволило забезпечувати умови для збереження та зміцнення здоров'я, орієнтованого на превентивні заходи, а не боротьбу з уже існуючими шкідливими впливами, а тим паче регулювати їх допустимі рівні. Надією на початок такої роботи був Проєкт Закону «Про систему громадського здоров'я» №4142 від 22.09.2020 року [8].

Сподівання на адекватне законодавче врегулювання забезпечення системної, ефективної профілактики як інфекційної так і неінфекційної захворюваності, порядку проведення епідеміологічного нагляду й розслідування спалахів захворювань, без яких неможливо ефективно реагувати на виклики сьогодення, виявились у даному законопроєкті, м'яко кажучи, марними.

У вступі до законопроєкту йдеться про те, що він встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя. Однак для цього потрібна структура, яка здійснюватиме такий нагляд, і чітко розмежувати функції Центру громадського здоров'я, Держпродспоживслужби, МОЗ України та інших державних органів, які здійснюють регулювання та нагляд за чинниками довкілля, котрі впливають на здоров'я. Все це повинно знайти відображення в окремому нормативному акті.

В даному законопроєкті йдеться про нову структуру у сфері громадського здоров'я, яка є центральним органом виконавчої влади. Однак її місце у виконавчій гілці влади не визначено чітко, тож виникають питання і щодо її співфункціонування з іншими структурами, і щодо фінансування. Також виглядає не зовсім виправданою позиція законопроєкту про те, що Кабінет Міністрів визначає критерії, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності у сфері санітарно-епідемічного благополуччя та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) за дотриманням вимог санітарного законодавства у відповідній сфері.

Адже у ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» чітко вказано, що Кабмін «забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя... тощо», а критерії може визначати й профільний орган, подаючи їх на затвердження Кабміну[9].

Варто звернути увагу на ч.3 статті 2, де йдеться про те, що положення цього Закону не поширюватимуться на продукти харчування, крім тих, щодо яких проводяться санітарно-епідеміологічні розслідування захворювань, спричинених інфекційними хворобами, масовими неінфекційними захворюваннями, отруєннями та радіаційним ураженням людей, а також випадків, безпосередньо передбачених цим Законом. Виходить, що інтерес наглядових органів до безпеки харчових продуктів виникатиме постфактум, коли шкоди здоров'ю вже завдано? З позицій профілактики і з огляду на те, що харчові продукти є постійним фактором впливу на здоров'я людини, нагляд за ними мав би бути постійним і багаторівневим, а не епізодичним і вибіркоким. Пояснення на зразок того, що «тотальний контроль вбиває бізнес» є недолугим виправдовуванням, особливо на тлі потенційної небезпеки для здоров'я населення через вживання часто недоброякісних харчових продуктів.

Позитивним у даному законопроекті слід відзначити вимогу систематичного гігієнічного навчання та виховання дітей, популяризації здорового способу життя та заходів профілактики інфекційних хвороб серед батьків. Натомість попри гарні та благі наміри в законі не йдеться про джерела фінансування заходів, спрямованих на збереження здоров'я і профілактику хвороб.

Боротьба зі стійкістю до протимікробних препаратів також регламентується в даному законопроекті як варіант лайт, замість того, щоб суворо заборонити вільну реалізацію антибіотиків та їх безконтрольне використання у ветеринарії, запровадивши адекватну відповідальність за порушення.

Тож проаналізувавши новий законопроект, можна зробити однозначний висновок: у такому викладі він не зможе претендувати на статус ще одного закону у сфері безпеки життєдіяльності, оскільки не має структурованих зв'язків із чинними нормативними актами, грішить певними пробілами у фінансовому забезпеченні. І найголовніше – не має профілактичного спрямування. Якщо ж він претендує на те, аби повністю замінити чинне законодавство у цій сфері, тоді мусить бути дуже чітко структурованим, орієнтованим на стратегічний план розвитку громадського здоров'я і комплексним – хоча б на зразок Основ законодавства чи Кодексу.

Таким чином, можемо відмітити, що царина охорони здоров'я в Україні потребує чіткого стратегічного визначення, побудови стрункої інфраструктури, налагодження однозначних системних зв'язків і, як основа, розробки досконалої нормативно-правової бази.

Що ж до реформи системи медичної допомоги, то фактично вона почалася із прийняттям в дію Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [10] у 2018 році та з перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [11,12] у цьому ж році. При цьому залишилось у силі правове регулювання системи охорони здоров'я, яке здійснювалося і раніше. Виникає запитання, чому ж спостерігається така постійна нестабільність у системі медичної допомоги, що породжує незадоволення усіх її учасників, як пацієнтів, так і медичних працівників, так і держави в цілому.

Основною місією реформи цього напрямку було забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню України.

Основною і суттєвою зміною в системі медичної допомоги було створення у 2017 році Національної служби здоров'я України, як центрального органу виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [13].

Відповідно до Положення про НСЗУ, воно узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до її компетенції, розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правових актів міністерств та в установленому порядку вносить їх на розгляд Міністра охорони здоров'я; проводить аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах з метою розроблення проекту програми медичних гарантій, здійснення стратегічних закупівель медичних послуг та реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій; розробляє проект програми медичних гарантій та проекти специфікацій і умов закупівлі медичних послуг за програмою медичних гарантій, вносить пропозиції щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів; визначає референтні заклади охорони здоров'я та аналізує витрати таких закладів на медичне обслуговування у встановленому законодавством порядку; надає пропозиції та консультації щодо формування, структури, функціонування та підвищення ефективності мережі закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, структури та функціонування госпітальних округів; аналізує звіти про доходи і витрати надавачів медичних послуг з метою проведення розрахунку тарифів і коригувальних коефіцієнтів та здійснення інших повноважень, передбачених законодавством; укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію; здійснює заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог,

установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій, умов договорів про медичне обслуговування населення шляхом здійснення моніторингу у спосіб, передбачений у Типовій формі договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. №410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» (Офіційний вісник України, 2018 р., №45, ст. 1570) – із змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 6 жовтня 2021 р. №1067, а також моніторинг виконання договорів про реімбурсацію аптечними закладами; отримує та обробляє необхідні для здійснення своїх повноважень персональні дані та іншу інформацію про пацієнтів (у тому числі інформацію про стан здоров'я, діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження пацієнтів), надавачів медичних послуг, суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами та уклали договір про реімбурсацію (далі – аптечні заклади), незалежно від форми власності та підпорядкування з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних»; забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я (далі – система), визначає напрями її розвитку, проводить верифікацію даних у системі, затверджує технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем; забезпечує ведення реєстрів, що входять до складу електронної системи охорони здоров'я, інших державних електронних баз та реєстрів, інших інформаційних систем у сфері, що належить до її компетенції; здійснює оплату згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги (включаючи медичні вироби) та лікарські засоби за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; здійснює відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій; надає особі інформацію про неї, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, та відомості про осіб, які подавали запити щодо зазначеної інформації відповідно до законодавства; опубліковує на своєму офіційному веб-сайті дані, накопичені в електронній системі охорони здоров'я, за умови знеособлення персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» в обсязі та в порядку, встановлених Кабінетом Міністрів України; аналізує звітність надавачів медичних послуг щодо переліку та обсягу наданих медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; аналізує звітність аптечних закладів про відпущені лікарські засоби та їх вартість, яка підлягає реімбурсації; інформує уповноважені державні органи про виявлені порушення умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій і договорів про реімбурсацію та звертається до суду у випадках, передбачених законом; розглядає звернення та скарги з питань, що належать до її компетенції,

виявляє та вживає заходів для усунення причин, що призводять до подання скарг; інформує Раду громадського контролю щодо запропонованого складу програми медичних гарантій, тарифів та коригувальних коефіцієнтів, розмірів реімбурсації лікарських засобів, отримує та забезпечує доведення позиції Ради громадського контролю з цього приводу до відома МОЗ; забезпечує інформування населення про програму медичних гарантій, організовує роз'яснювальну роботу, пов'язану з практикою застосування законодавства з питань, що належать до компетенції НСЗУ; забезпечує створення можливості для реалізації пацієнтами їх права на вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, шляхом надання роз'яснень стосовно надавачів медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, та інформації про лікарів, що працюють у таких надавачів медичних послуг; складає і подає фінансову, бюджетну звітність про отримання та використання бюджетних коштів у встановленому законодавством порядку; публікує щорічний звіт про результати діяльності, який включає результати аналізу та середньостроковий прогноз потреб населення у медичному обслуговуванні та лікарських засобах за програмою медичних гарантій, результати аналізу виконання надавачами медичних послуг договорів про медичне обслуговування населення, аналізу виконання аптечними закладами договорів про реімбурсацію, та оприлюднює інші відомості, що можуть сприяти підвищенню якості медичного обслуговування за програмою медичних гарантій, розпорядником або володільцем яких вона є, з дотриманням вимог законодавства про захист персональних даних та інформації з обмеженим доступом; забезпечує доступ до публічної інформації, розпорядником якої є НСЗУ; проводить фінансовий аналіз та довгострокове планування сталого фінансування програми медичних гарантій; узагальнює інформацію та розробляє стратегічні напрями розвитку медичного обслуговування населення з метою досягнення універсального охоплення населення України необхідними медичними послугами та лікарськими засобами за програмою медичних гарантій; розробляє проекти державних цільових програм з питань, що належать до її компетенції, бере участь у забезпеченні виконання таких програм; здійснює управління знаннями у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; сприяє розвитку наукових досліджень у сфері реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, забезпечує впровадження наукових підходів; здійснює моніторинг та оцінювання виконання програми медичних гарантій; збирає та обробляє аналітичні дані на підставі інформації, яка міститься в електронній системі охорони здоров'я; оприлюднює відомості, що можуть сприяти підвищенню якості медичного обслуговування за програмою медичних гарантій, розпорядником або володільцем яких вона є, з дотриманням вимог законодавства про захист персональних даних та щодо інформації з обмеженим доступом; здійснює інші повноваження, визначені законом.

Таким чином, саме НСЗУ сьогодні є тим центральним елементом, від якого залежить вся діяльність служби медичної допомоги, бо «хто платить – той замовляє музику». Але закон перетворення енергії говорить про те, що ніщо ні з чого не береться. Скільки коштів виділяє на цю сферу бюджет – стільки НСЗУ і може витратити. Саме у цьому криється проблема взаємовідносин закладів охорони здоров'я та НСЗУ. З одного боку, після перетворення лікувально-профілактичних закладів в окремі господарські некомерційні структури, які ніби то можуть самостійно вести свою господарську діяльність, відповідно до Господарського Кодексу[14], з другого – вони обмежені численними розпорядженнями НСЗУ, що базуються, по суті, на економії бюджетних коштів.

Виглядає, що, незважаючи на значну кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, серед яких існує багато колізій та проблем в цій сфері, основну дієву роль відіграє лише НСЗУ, що породжує ще додаткові проблеми. Останній приклад із підвищенням заробітної плати медичним працівникам Указом Президента №261/2021 «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників» до 20 тис.грн – лікарям та 13,5тис.грн медсестрам [15]. Заклади охорони здоров'я зобов'язані виконати даний Наказ, але за рахунок власних асигнувань. НСЗУ додаткових коштів на цю позицію не виділяло, а, враховуючи, що капітаційні ставки на ПМГ (пакет медичних гарантій) є меншими за реальну вартість, то заклади опинились у патовій ситуації. Більше 75% закладів не змогли справитись з цією ситуацією і вдавались до найгіршого шляху вирішення проблеми – скорочення персоналу... Про цю проблему відомо було Кабінету Міністрів України, але, через COVID-19, а тепер ще і війну – питання чекає на своє вирішення.

Питання оплати праці дуже складне і повинно враховувати багато чинників, починаючи з кваліфікації працюючого (а це затрати на його підготовку, інакше кажучи – певна «собівартість» фахівця), енергетичних і часових витрат його праці, психологічної складової (рівень відповідальності, складність праці), мотиваційних компонентів. На жаль, усе вищенаведене не має жодного стосунку до визначення нинішньої оплати праці українського лікаря.

Дещо по-іншому виглядає оплата праці керівників у системі медичної допомоги. Проблема полягає не у тому, що у керівників висока заробітна плата, проблема полягає у тому, що вона дуже суттєво відрізняється від заробітної плати лікарів, робота саме яких фактично і оплачується НСЗУ. Якщо порівнювати з доходами лікарів, які працюють у медичних закладах, то їх заробітна плата 20 тис. грн, а їхніх керівників подекуди мільйони гривень...

Тож виникає питання, який чинник вважати вихідним під час визначення оплати праці керівника. Маючи важелі впливу на людські та матеріальні ресурси організації, керівник здебільшого працюватиме в напрямку, який принесе йому найбільші дивіденди.

Саме тому організація його праці має бути вибудована так, щоб зрозуміле прагнення до зростання власного добробуту було орієнтоване на забезпечення відповідного розвитку організації, якою він керує. Що вищий рівень розвитку організації – то вищі доходи керівника. Залишається лише визначитися з показниками діяльності організації та критеріями їхньої оцінки.

Якою ж на сьогодні є система призначення окладу керівників КНП? Здобуття статусу КНП дало закладам охорони здоров'я певну свободу у призначенні окладів усіх працівників, зокрема й керівника. Такі фінансові вольності дозволяють як довільне призначення окладів працівникам, так і користування старими нормами єдиної тарифної сітки, але не менше розміру, визначеного Президентом. Вибір залишається за колективом, а визначені умови обов'язково фіксують у трудовому договорі.

Що ж до оплати праці керівників, то вибір стратегії теж залишається, хоча певні умови прописані в чинному законодавстві.

Відповідно до Закону України «Про оплату праці» [16] механізм нарахування зарплати керівникам установ державної та комунальної форми власності підлягає державному регулюванню шляхом зазначення цих умов в контракті з власниками закладу.

В основі зарплати керівника лежить його посадовий оклад. Оклад директора КНП визначає Постанова Кабінету Міністрів України від 19.05.1999 р. №859 [17]. Його розмір залежить від мінімального окладу медпрацівника в закладі (на той час таким був оклад медсестри) та від обсягів господарської діяльності підприємства, зокрема чисельності працівників. Зазвичай у таких КНП працює менше 500 осіб, тому норма для визначення окладу керівника становитиме 10 мінімальних посадових окладів працівника основної професії.

Оклад медсестри у 2021 році становив 13500 грн. Відтак оклад керівника такого закладу становитиме 135000 грн.

Ця сама постанова передбачає виплату премій керівникові, якщо в закладі, яким він керує, немає заборгованості по заробітній платі та комунальним чи іншим платежам до державного/місцевих бюджетів. Розміри цих виплат прив'язані до посадового окладу керівника. Щоквартальна премія становить три посадові оклади (у згаданому випадку це $135000 \times 3 \times 4 = 1620000$ грн), річна – 24 посадові оклади (ще 3240000 грн). За ефективне управління державним майном керівникові наприкінці року нараховують 6 його посадових окладів (1620000 грн).

Таким чином, за адекватної діяльності річний дохід керівника КНП сягає 6480000 грн. Це теоретичний максимум. На практиці, генеральні директори, зазвичай не отримують таких сум, через банальну причину – такої суми просто заклад охорони здоров'я немає, бо, відповідно до згаданої постанови окладу, премії та інші частини зарплати не можуть виходити за межі затвердженого фонду оплати праці (фінансовий план КНП затверджують в управлінні комунальним майном місцевої ради).

Тому трапляються випадки, коли керівник закладу охорони здоров'я не включає у колективний договір надбавки і доплати окремим категоріям медиків, які прописані в нормативних актах, що поширюються на бюджетні установи. Так він ніби й не порушує закону, бо заклад охорони здоров'я не є бюджетною установою, і водночас економить фонд оплати праці. І суд не визнає такий «хитрий» договір недійсним, тож на премії керівнику майже завжди вистачить...

Також треба врахувати, що законодавство не передбачає керівникам КНП доплати за медичний стаж, однак уможлиблює доплати за науковий стаж і наукові звання (кандидат наук – 15%, доктор наук – 20%, звання доцента (або старшого наукового співробітника) – 25%, звання професора – 33%). Таким чином, посадовий оклад керівника, який водночас є, наприклад, доктором медичних наук і професором, ще має шанси суттєво збільшитися.

З огляду на значні розбіжності в зарплатах керівників і медичних працівників закладів охорони здоров'я МОЗ і напрацювало зміни до Постанови №859 та додатку 3 до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. У проєкті нової Постанови уточнюється категорія працівника основної професії, від якої розраховується посадовий оклад керівника (це вже буде не медсестра, а лікар). А також пропонується встановити єдиний підхід до визначення розміру заробітної плати керівника. Далі конкретизується механізм розрахунку його вихідного посадового окладу. При цьому вказано, що розмір посадового окладу керівника закладу не може перевищувати розмір середньої заробітної плати медичних працівників підприємства більше ніж на 60 відсотків. *Ситуація, як у байці: «і шуку кинули у річку». Тепер розрахунки треба буде проводити не від 13,5 тис грн, а від 32 тис. грн. Сума, в кінцевому рахунку вийде багатомільйонна..., якби ж лише такі кошти були у закладі охорони здоров'я. Тому, на цілком законних підставах, генеральний директор закладу матиме заробітну плату максимально можливу в даних умовах...*

У липні 2021 року вийшов Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» №369/2021 [18], де передбачено запровадження ключових показників ефективності роботи керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності.

Саме ці показники і могли б лягти в основу оплати їхньої праці, однак у проєкті нової постанови Уряду про це жодним чином не згадується! Тому ситуація, коли заробітна плата керівника виражено дисбалансує з оплатою праці його підлеглих, але не залежить від якості його роботи, вочевидь збережеться. Проєкт змін орієнтований лише на певне «зменшення» доходів керівників, тож і надалі головною «мотивацією» для них буде утриматися у своєму кріслі, а не забезпечити розвиток закладу.

Останнє можливо лише шляхом надання високоякісних медичних послуг, зменшення витрат ресурсів, запровадження інновацій, налагодження позитивного морально-психологічного клімату та стабільного соціального розвитку колективу, покращення умов праці, забезпечення професійного росту працівників та справедливості в оплаті їхньої праці.

Проблемою даного підходу є те, що наразі система визначення оплати праці керівника закладу охорони здоров'я в Україні вибудовується за аналогією з оплатою праці керівників державних підприємств. Її мета – унеможливити виникнення спокуси використовувати активи очолюваного ними підприємства на свою користь й брати участь у корупційних схемах. Отримуючи зарплатню, яка наближається до рівня зарплат у приватних структурах, такий керівник мав би так само дбати про розвиток ввіреного йому підприємства. Але практика засвідчила хибність такого підходу. Більшість державних підприємств хиріють, попри величезні доходи їхніх керівників. А ринковий підхід до нарощування доходів закладів охорони здоров'я є антигуманним. Вони апіорі не можуть збагачуватися шляхом продажу медичних послуг. Такий «бізнес» є злочинним. Тому й мотивація праці керівників не може базуватися на матеріальних стимулах збільшення збуту продукції.

Якість надання медичної допомоги, яка оговорена стандартами лікування є, до певної міри, фіксованою і ніяк не може зростати через міфічні прибутки. Найвища якість роботи медичного працівника – це здоровий пацієнт. Тому лікарю слід платити не за роботу, а за здорового пацієнта. Тож і пріоритетом підходів до оплати праці керівників галузі має бути здоров'я. «Процвітання» закладу шляхом збільшення хворих – ганебний стимул.

З маркетинговими структурами дещо простіше: що більший обсяг реалізації продукції, то вищі доходи керівництва. Тут чудово працює ланцюгова реакція – керівник напряму зацікавлений у збільшенні доходів команди підлеглих, бо його заробіток кратний їхнім досягненням.

У системі медичної допомоги такий підхід негуманний. Не можна ж платити лікарям за кількість наданих послуг і стимулювати керівника ці послуги збільшувати. Не може заклад охорони здоров'я прагнути до зростання чисельності пацієнтів та нарощування обсягів наданих медичних послуг. Мета держави – презумпція здоров'я, а не процвітання медичних закладів за рахунок хворих.

Здавалось би, що у випадку неспроможності держави за стільки років навести лад у системі, то слід самому братися на її вирішення.

У 1987 році 39-та Всесвітня медична асамблея прийняла Мадридську декларацію щодо професійної автономії лікарів і самоуправління. Основна її мета – дати можливість лікарям вільно реалізовувати свої професійні рішення під час надання медичної допомоги.

Водночас передбачалася й відповідальність за контроль над професійною поведінкою та діяльністю окремих лікарів. Таким чином, професію лікаря було практично визнано й задекларовано як вільну професію. Водночас ніхто не скидає з рахунків тисячолітню традицію *clinical practice guideline* – клінічної практичної настанови, яка визначає критерії діагностики, полегшує прийняття рішень, ведення та лікування пацієнтів. Це прообраз нинішніх стандартів лікування. Сьогодні клінічний протокол – це детальна інструкція для лікаря. Тобто він не мусить (і не має права) щоразу «винаходити велосипед» – є перевірені способи діагностики й лікування, які довели свою ефективність.

У тих країнах, де є лікарське самоврядування, існує певна дилема: з одного боку, є клінічні протоколи, яким лікар у більшості випадків має слідувати, а з іншого – лікарське самоврядування, яке допускає свободу його дій. Вибір – за лікарем: слідувати «інструкції» чи прийняти власне рішення під особисту відповідальність. Практика засвідчує, що в більшості випадків лікарі слідують рекомендаціям клінічних протоколів – так легше, простіше і безпечніше у випадках претензій з боку пацієнтів. Та й держава ініціює дедалі більше форм контролю за діяльністю лікаря, підвищує вимоги до його кваліфікації. Безумовно, це працює на користь пацієнта. Що ж до самого лікаря, то держава не особливо переймається його інтересами. Більшість цих питань залишаються на рівні умовного вирішення, тобто його шляхи теоретично обґрунтовані, але майже не реалізовані на практиці. Зазвичай ці проблеми має «розрулювати» заклад охорони здоров'я, де працює медик, або ж він сам, власним коштом. Оскільки жорсткого регламентування цих питань у нашій державі немає (як і не передбачено відповідальності за їх не вирішення), це відбувається залежно від можливостей та зацікавленості кожного закладу, але здебільшого такого бажання немає.

Безпеку лікаря в Україні сьогодні можна описати відомим висловом «порятунок того, хто тоне, – справа рук того, хто тоне», аніж як гарантію з боку закладу та держави.

Отож вирішення цього блоку питань також повинні контролювати й відстоювати органи лікарського самоврядування.

Ще один напрямок діяльності органів лікарського самоврядування – турбота про підвищення кваліфікації медиків. Більшість вебінарів, дистанційних курсів підвищення кваліфікації, конференцій відбуваються на платній основі, що є абсолютно логічним. Але вартість навчання і заробітна плата лікаря незіставні. Тож лікарі опиняються між молотом і ковадлом: з одного боку, законодавство вимагає від них постійного підвищення кваліфікаційного рівня, а з іншого – фінансове вирішення цього питання майже не оговорюється в правовому полі. Саме органи лікарського самоврядування можуть пропонувати та реалізовувати проекти й схеми підвищення кваліфікації, застосовуючи різноманітні мотиваційні чинники.

18 серпня 2021 року Президент України підписав Указ №369/2021, який вводить у дію рішення РНБО «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою». Зокрема, документ вказує на проблему з медичними кадрами, однак не містить пропозицій щодо її вирішення. Така позиція держави певною мірою зрозуміла. Її цікавить ефективний результат – здоров'я нації з найменшим вкладенням коштів, тому й пропонується посиленна система контролю за діяльністю лікарів, оптимізація вторинного та третинного рівнів медичної допомоги тощо. Така позиція аргументує негайну необхідність вирішення цих питань системою лікарського самоврядування, якої наразі в нашій державі не створено.

В Україні вже було кілька спроб запровадити принципи медичного самоврядування. Здебільшого вони зводилися до створення громадських організацій на кшталт Лікарського товариства, асоціацій лікарів тощо, які мали на меті запровадження методів участі медичної громадськості у вирішенні проблемних питань у медицині та охороні здоров'я на державному рівні. Але слабкою їх стороною було те, що їм надано право лише дорадчого голосу. Законодавчих важелів впливу на виконання своїх рішень такі організації не мали і не мають априорі – через свій статус. Тому і виникла необхідність створення самоврядної медичної організації на принципово нових засадах.

Відповідних проєктів законів в Україні було вже близько десяти. Частина з них подавали на розгляд Парламенту, але всі вони були відхилені.

У січні 2021 року народні депутати України розглядали проєкт Закону №2445-д «Про самоврядування медичних професій в Україні» [19] та альтернативні проєкти. В результаті розгляду цей законопроєкт теж було відхилено через неузгодженість певних позицій.

Остаточного не визначено: обов'язковою чи добровільною має бути участь у самоврядній організації – (від цього залежить схема фінансування організації).

У законопроєкті №2445-д згадуються два варіанти: в одному випадку йдеться про внески членів організації, в іншому – пропонується запровадити професійне самоврядування медичних професій як особливий вид професійного самоврядування, що забезпечується державою.

Також постає питання – хто має (всі медичні працівники чи лише члени самоврядування) затверджувати акти організації (етичні кодекси, правила та стандарти професійної діяльності тощо), ухвалювати рішення, обов'язкові до виконання для тих, на кого поширюється професійне самоврядування? І хто відповідатиме за притягнення згаданих осіб до дисциплінарної (професійної) відповідальності?

Зрештою, саме визначення професійного самоврядування в законопроєкті як «особливого виду професійного самоврядування, яке гарантуватиметься та забезпечуватиметься державою і надасть кожному представнику медичних професій право управляти діяльністю професії, самостійно виконувати завдання та здійснювати повноваження», – це суцільне протиріччя!

Водночас передбачалася й відповідальність за контроль над професійною поведінкою та діяльністю окремих лікарів. Таким чином, професію лікаря було практично визнано й задекларовано як вільну професію. Водночас ніхто не скидає з рахунків тисячолітню традицію *clinical practice guideline* – клінічної практичної настанови, яка визначає критерії діагностики, полегшує прийняття рішень, ведення та лікування пацієнтів. Це прообраз нинішніх стандартів лікування. Сьогодні клінічний протокол – це детальна інструкція для лікаря. Тобто він не мусить (і не має права) щоразу «винаходити велосипед» – є перевірені способи діагностики й лікування, які довели свою ефективність.

У тих країнах, де є лікарське самоврядування, існує певна дилема: з одного боку, є клінічні протоколи, яким лікар у більшості випадків має слідувати, а з іншого – лікарське самоврядування, яке допускає свободу його дій. Вибір – за лікарем: слідувати «інструкції» чи прийняти власне рішення під особисту відповідальність. Практика засвідчує, що в більшості випадків лікарі слідують рекомендаціям клінічних протоколів – так легше, простіше і безпечніше у випадках претензій з боку пацієнтів. Та й держава ініціює дедалі більше форм контролю за діяльністю лікаря, підвищує вимоги до його кваліфікації. Безумовно, це працює на користь пацієнта. Що ж до самого лікаря, то держава не особливо переймається його інтересами. Більшість цих питань залишаються на рівні умовного вирішення, тобто його шляхи теоретично обґрунтовані, але майже не реалізовані на практиці. Зазвичай ці проблеми має «розрулювати» заклад охорони здоров'я, де працює медик, або ж він сам, власним коштом. Оскільки жорсткого регламентування цих питань у нашій державі немає (як і не передбачено відповідальності за їх не вирішення), це відбувається залежно від можливостей та зацікавленості кожного закладу, але здебільшого такого бажання немає.

Безпеку лікаря в Україні сьогодні можна описати відомим висловом «порятунок того, хто тоне, – справа рук того, хто тоне», аніж як гарантію з боку закладу та держави.

Отож вирішення цього блоку питань також повинні контролювати й відстоювати органи лікарського самоврядування.

Ще один напрямок діяльності органів лікарського самоврядування – турбота про підвищення кваліфікації медиків. Більшість вебінарів, дистанційних курсів підвищення кваліфікації, конференцій відбуваються на платній основі, що є абсолютно логічним. Але вартість навчання і заробітна плата лікаря незіставні. Тож лікарі опиняються між молотом і ковадлом: з одного боку, законодавство вимагає від них постійного підвищення кваліфікаційного рівня, а з іншого – фінансове вирішення цього питання майже не оговорюється в правовому полі. Саме органи лікарського самоврядування можуть пропонувати та реалізовувати проекти й схеми підвищення кваліфікації, застосовуючи різноманітні мотиваційні чинники.

Виникає низка питань до пункту про наділення органів професійного самоврядування повноваженнями щодо допуску до професійної діяльності у сфері охорони здоров'я (надання права на здійснення медичної діяльності), а також щодо тимчасового призупинення та припинення такого права. На сьогодні це функції винятково МОЗ (до того ж пов'язані з вимогами чинного законодавства про ліцензування видів господарської діяльності).

Попри твердження, що в проекті Закону відсутні правила і процедури, які можуть містити ризики вчинення корупційних правопорушень, вони все-таки виникнуть, якщо реалізується позиція видачі дозволу на право професійної діяльності та її припинення.

Також не обґрунтовані прогнози соціально-економічних та інших наслідків прийняття законопроекту, зокрема через те, що не визначені джерела фінансування, які дадуть змогу запровадити й забезпечити постійний професійний розвиток медичних фахівців.

Зважаючи на всі ці недопрацювання законопроекту, виникає великий сумнів щодо висновків, викладених у його прикінцевих положеннях, де вказано, що після впровадження професійного самоврядування більше медичних працівників побажають залишитися працювати в Україні, а якість медицини та її орієнтованість на пацієнта підвищаться.

Підсумовуючи все вищевказане, можемо зробити висновок, що система охорони здоров'я України терміново потребує єдиної структурованої законодавчої бази. Основи законодавства України про охорону здоров'я є до певної міри програмним документом, який потребує подальшої детальної розробки нормативної бази по кожній своїй позиції. Потрібен своєрідний Кодекс Законів про охорону здоров'я, який буде чітко структурованим, з однозначно визначеними взаємозв'язками, обов'язками та відповідальністю всіх учасників системи охорони здоров'я.

Використані джерела

1. МОЗ України Наказ «Про затвердження Положення про територіальні органи Держсанепідслужби України» від 19.01.2012, №34 Електронний ресурс]. Доступно:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0413-12#Text>
2. Кабінет Міністрів України. (Постанова КМУ від 14 листопада 2012 р. №1050 «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби», наказ МОЗ України від 19.11.2012 р. №924 «Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції 26.11.2012 р. за №1980/22292; наказ МОЗ України від 30.11.2012 р. №976 «Про затвердження Примірних штатних нормативів лабораторного центру Держсанепідслужби України»).
3. Верховна Рада України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2012, №49, ст.558) Закон України «Про особливості здійснення державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності щодо фізичних осіб – підприємців та юридичних осіб, які застосовують спрощену систему оподаткування, обліку та звітності» Електронний ресурс]. Доступно:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4448-17#Text>

4. Єрмолова Ю.В. Санстанції ліквідовано. Хто нині стоятиме на сторожі санепідблагополуччя населення? Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.umi.com.ua/article/48401/sanstancii-likvidovano-xto-nini-stoyatime-na-storozhi-sanepidblagopoluchchya-naselennya>
5. Кабінет Міністрів України. Постанова КМУ від 19.09.2012 р. №896 «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності для санітарного та епідемічного благополуччя населення та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю)» Електронний ресурс]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80#Text>
6. МОЗ України Наказ від 21.09.2012 р. №176-О «Про ліквідацію бюджетних закладів, установ і організацій, що належать до сфери управління міністерства охорони здоров'я України» Електронний ресурс]. Доступно: http://online.budstandart.com.ua/catalog/doc-page.html?id_doc=51976
7. Кабінет Міністрів України. Постанова КМ України від 29 березня 2017 р. №348 «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби» Електронний ресурс]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/348-2017-%D0%BF#top>
8. Верховна Рада України. 2020, №4142 від 22.09.2020 року) Проект Закону України «Про систему громадського здоров'я» Електронний ресурс]. Доступно: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JI03270A.html
9. Верховна Рада України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2014, №13, ст.222) Закон України Електронний ресурс]. Доступно: «Про Кабінет Міністрів України» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text>
10. Верховна Рада України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2018, №5, ст.31) Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Електронний ресурс]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
11. МОЗ України Наказ «Про деякі питання реорганізації державних установ МОЗ України» від 07.09.2018 №1636 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1636282-18#Text>
12. МОЗ України Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.apteka.ua/article/446803>
13. Кабінет Міністрів України. Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» Електронний ресурс]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
14. Верховна Рада України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, №18, ст.144) Закон України Господарський Кодекс України Електронний ресурс]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>
15. Президент України Указ №261/2021 «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників» Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.president.gov.ua/documents/2612021-39229>
16. Верховна Рада України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1995, №17, ст.121) Закон України «Про оплату праці» Електронний ресурс]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80#Text>
17. Кабінет Міністрів України. Постанова Кабінету Міністрів України від 19.05.1999 р. №859. «Про умови і розміри оплати праці керівників підприємств, заснованих на державній, комунальній власності, та об'єднань державних підприємств» Електронний ресурс]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/859-99-%D0%BF#Text>
18. Президент України Указ «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» №369/2021 Електронний ресурс]. Доступно: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>.
19. Верховна Рада України. Проект «Закону про самоврядування медичних професій в Україні» 2445-д від 03.07.2020 Електронний ресурс]. Доступно: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=69359

СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА ЗА ДОБИ УКРАЇНСЬКОЇ ДЕРЖАВИ ГЕТЬМАНА ПАВЛА СКОРОПАДСЬКОГО

Актуалізуючи питання державотворення в Україні, неможливо оминати сторінки нашої минувшини, що ілюструють спроби становлення та розбудови медичного права, які нерозривно пов'язанні із природним прагненням кожної людини до покращення якості здоров'я, подолання хвороб та продовження життя. Однак, означені бажання мали приватний характер і залежали особисто від кожної людини, традицій її сім'ї чи суспільства. На державний рівень питання захисту охорони здоров'я виходило лише в період загроз епідемії чуми, холери, тифу та інших хвороб і носило карантинно-обмежувальний характер.

Про формування медичного права, як сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги, з метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я, маємо можливість говорити лише з початку ХХ ст., а саме з моменту приходу до влади гетьмана Павла Скоропадського та встановлення Української Держави [1, с. 217 – 218].

Саме в цей період склалися сукупність непростих умов, а саме: державницька криза пошуку політичної моделі становлення, поствоєнний економічний занепад, інтервенція з боку більшовицької Росії, а також складна епідеміологічна ситуація, покликана епідемією грипу вірусу H1N1. Спочатку від нього почали нездужати солдати в останні місяці Першої світової війни. Масштаби хвороби були настільки різкими, що військове командування країн Четвертого союзу та Антанти не наважилося розголошувати справжні дані, а відтак частина смертей від хвороби зараховувалися як втрати на фронті.

Повернення військових із фронтів Першої світової війни зумовило швидке поширення пандемії. Перші офіційні повідомлення про таємничу хворобу з'явилися в Іспанії, яка у тогочасній світовій геополітиці зберігала нейтралітет, а відтак там не була поширена військова цензура. Місцеві газети постійно тиражували інформацію про спалах епідемії, на яку тяжко захворів, в тому числі, іспанський король Альфонсо XIII [2, с. 447]. Як результат, склалося помилкове враження про Іспанію як про місце появи вірусу, і тому закріпилася його назва «іспанка».

Запеклі бої, хімічні атаки, недоїдання, недосипання, стресові ситуації для солдатів послабили їх імунну систему,

тим самим створивши ідеальні умови для посилення тяжкості перебігу хвороби, а постійні дислокації військ, збільшення кількості подорожей через розвиток транспортної системи стали каталізатором поширення епідемії та перетворення її у пандемію [3, с. 44].

Україна також не змогла ізолюватися від вірусної хвороби, адже по обидва боки фронту Російської та Австро-Угорської імперій воювали понад 4,5 мільйони українців, які по завершенню війни поверталися на батьківщину [4]. «Після підписання делегацією УНР Брестського мирного договору 27 січня (9 лютого) 1918 р. з державами Четверного союзу, Україна стала транзитною територією руху значної кількості людей, стверджує вітчизняний історик Любов Жванко, – на залізничних станціях купчилися біженці, колишні військовополонені, українські та іноземні вояки, усі вони могли переносити інфекцію» [5].

Перші випадки захворювання на новий грип були зафіксовані в м. Одесі на початку травня 1918 року. Вважається, що хвороба «прийшла» разом із гарнізоном австро-німецьких військ, які деякий час дислокувалися у місті [6]. Окрім того, в цей час в Україні лютували епідемії тифу, віспи, кору, скарлатини, дизентерії, на Херсонщині були зафіксовані випадки холери. Газета «Нова рада» від 29 травня 1918 р. констатувала: «Скрізь лютують пошесті тифу, скарлатини, корости, цинги» [7].

Гідно її зустріти тогочасна вітчизняна медицина не могла. Попереднє медичне законодавство Російської імперії мало застарілий, архаїчний характер. «Врачебний устав» 1857 року, який із незначними доповненнями діяв до 1917 року, та земська фабрично-заводська модель медицини (утримання лікарень власниками підприємств) із падіння самодержавства рухнула [8, с. 19]. Військові дії у світі не сприяли розвитку медицини, а лише забирали життя лікарів. Так, на початку 2018 року Українська Держава гетьмана Павла Скоропадського успадкувала медико-санітарну систему, яка мала у десять раз гірші показники (кадрові, фінансові, забезпечення медикаментами) ніж до початку Першої Світової Війни.

Прийшовши до влади, гетьман визначив сферу соціального захисту та охорону здоров'я пріоритетною для держави [9, арк. 140]. 8 травня 1918 р. було створено Міністерство народного здоров'я та державного опікування, якого раніше ніколи не було. Програмні цілі діяльності міністерства були зафіксовані у Положенні про «Міністерство народного здоров'я та державного опікування». Його очолив міністр Всеволод Юрійович Любинський із доволі широкими повноваженнями. Так, він мав виняткове право законодавчих повноважень у сфері охорони здоров'я. Зокрема, за потребою міністр міг звертатися із законодавчими ініціативами до вищих органів влади Української Держави. У випадку не підтримки законопроекту, при політичному затягуванні процесу, він був вправі урегулювати відповідне питання, пов'язане із сферою охорони здоров'я чи соціальним захистом, самостійно, шляхом видання власних розпоряджень, циркулярів, постанов, які одразу набирали загальнодержавної сили [10, с. 62 – 75].

Робота міністерства одразу розпочалася у декількох напрямках, а саме: створення ефективної моделі адміністрування у сфері охорони здоров'я (планувалося поділити країну на тринадцять округів, у кожному з яких заснувати управління та включити туди інспекторів з лікарсько-санітарної, навчально-медичної сфер та консультанта з санітарної безпеки), будівництво медичних закладів, розвиток медичної освіти (відкриття медичних училищ, вузів), популяризація санітарної гігієни (відкривалися мобільні медичні музеї-виставки, читалися освітні лекції, роздавалася просвітницька література) та подолання епідеміологічної кризи [11, с. 140 – 144].

З метою реалізації останнього завдання у складі міністерства було засновано санітарний департамент під керівництвом професора гігієни Київського Університету імені Святого Володимира Овксентія Васильовича Корчак-Чепурківського. Саме на нього покладался обов'язок розроблення плану заходів для подолання епідемій. Досвідчений епідеміолог одразу запропонував доцільність створення карантинних, санітарних, пропускних та медичних пунктів в усіх прикордонних та великих містах. Значна увага приділялася розробленню та виготовленню вакцин. Для реалізації задуманого, незважаючи на економічні повоєнні та революційні труднощі, влада країни виділила 10 млн. карбованців [12, арк. 5].

Кадрову кризу санітарних лікарів, нестачу медикаментів, медичних інструментів вдалося покращити за підтримки урядів Німеччини, Австро-Угорщини та допомогою Червоного Хреста [10, с. 62 – 75]. Важлива місія покладалася і на так звані «летючі загони», які доставляли ліки, вакцину, медичний інвентар у найвіддаленіші куточки держави [9, с. 140 – 144].

Окрім зазначених кроків у напрямку формування медичного права, в Українській Державі гетьмана Павла Скоропадського також було ухвалено ряд законодавчих новел, зокрема: «Тимчасовий статут перестереження та боротьби із заразними захворюваннями», «Коротка програма діяльності санітарно-технічного відділу», «Проект реформування вищої та середньої фармацевтичної освіти», «Проект санаторно-курортної комісії», «Статут Ради Міністра Міністерство народного здоров'я та державного опікування», «Положення Міністерство народного здоров'я та державного опікування про опіку дітей», «Положення про місцеві органи державного опікування», «Проект штатів Департаменту Державного Опікування» [13, с.32].

Таким чином, в період існування Української Держави гетьмана Павла Скоропадського були закладені підвалини для формування основних засад національного медичного права, що відображаються у ряді нормативних актів, присвячених проблемам надання медичної допомоги населенню, подоланню захворюваності, забезпечення якості медичної освіти та встановлення державної опіки над соціально-незахищеними верствами населення.

Використані джерела

1. Бойко О. [Територія, кордони і адміністративно-територіальний поділ Української Держави гетьмана П.Скоропадського \(1918\) / О. Бойко // Регіональна історія України. Збірник наукових статей. – 2009. – Випуск 3. – С.217 – 218.](#)
2. [Barry, John M. The Great Influenza: The Epic Story of the Greatest Plague in History. New York :Viking Penguin, 2004. 580 p.](#)
3. Qureshi Adnan I. [Ebola Virus Disease: From Origin to Outbreak. Academic Press. 2016. С. 42 – 47](#)
4. Українці у Першій світовій: «На пострадянському просторі - непередбачуване минуле». Історична правда. URL: <https://www.istpravda.com.ua/articles/2014/08/4/143924/> (дата звернення 30.06.2022)
5. Жванко Л. М. Пандемія-1918: карантин, щеплення та закриті кордони. Історична правда. URL: <https://www.istpravda.com.ua/articles/2020/03/23/157219/> (дата звернення 30.06.2022)
6. Шевцова С. «Іспанка» 1918-го. Уроки, які потрібно винести в 2020-му. Мультимедійна платформа іномовлення України Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3128036-ispanska-1918go-uroki-aki-potribno-vinesti-v-2020mu.html> (дата звернення 30.06.2022)
7. Жванко Л. М. Тиф, холера, «іспанка»: заходи уряду Скоропадського з подолання епідемій. Україна модерна : міжнародний інтелектуальний часопис. URL: <http://uamoderna.com/md/zhvanko-skoropadsky-pandemics/> (дата звернення 30.06.2022)
8. Акопов, В. И. Медицинское право : учебник и практикум для вузов. М. : Издательство Юрайт, 2016. 287с.
9. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України. Ф. 1064. Оп. 1. Спр. 12. Арк. 140 зв.
10. Жванко Л. Основи політики Української держави у сфері охорони здоров'я та соціального захисту населення (квітень–грудень 1918 р.). Київська старовина. Науковий історико-філологічний журнал. №2 (368). Березень – квітень. 2006. С. 63 – 75.
11. Демочко Г. Охорона здоров'я в Українській державі. Вісник КНЛУ. Серія. Історія, економіка, філософія. Випуск 17. 2012. С. 140 – 144
12. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України. Ф. 1064, оп. 1, спр. 3, арк. 5.
13. Жванко Л. М. Внутрішня політика Української Держави у галузі охорони здоров'я та соціального захисту населення (квітень–грудень 1918 року). Харків : Прапор, 2003. 304 с.

ЯКІСТЬ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ

Термін «якість» належить загалом до категорії економічних. Однак його загальна інтерпретація дещо ширша. Крім економічних визначень, якість – це внутрішня визначеність явища, яка становить специфіку, що відрізняє його від інших; ступінь вартості, цінності, придатності чого-небудь для його використання за призначенням; та чи інша характерна ознака, властивість, риса кого-чого-небудь [1]. У такій інтерпретації якість нормативно-правових актів має розглядатись насамперед як їх визначальна риса та властивість й виражатися у відповідності нормативно закріплених правил поведінки аксіологічним установам суспільства. Оскільки соціум завжди неоднорідний і має здатність до еволюції, якість нормативно-правової бази також є багатоаспектною. Професор Н.М. Оніщенко вирізняє два компоненти якості законодавства – соціальний, пов'язаний зі змістом права, і юридичний, пов'язаний із його формою [2].

Термін «законодавство у сфері охорони здоров'я» складається із двох змістовних елементів: «законодавство» та «сфера охорони здоров'я». Нормативного визначення терміна «законодавство» в Україні немає, незважаючи на те, що даний термін широко використовується в юридичній науці та практиці. Законодавство включає в себе всю систему нормативно-правових актів, які можуть ухвалюватись у встановленому порядку органами державної влади та місцевого самоврядування [3, с. 51]. Один із найбільш цитованих і прийнятих підходів до визначення терміна «законодавство» – підхід, який надав Конституційний Суд України. Законодавство треба розуміти так, що ним охоплюються закони України, чинні міжнародні договори України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, а також постанови Верховної Ради України, укази Президента України, декрети і постанови Кабінету Міністрів України, ухвалені в межах їхніх повноважень та відповідно до Конституції і законів України [4]. Хоча зазначається, що, оскільки Конституційний Суд України в даній справі виходив зі змісту положень трудового законодавства, то таке тлумачення терміна «законодавство», поширене в теорії права й інших нормативно-правових актах, буде не зовсім коректним [3, с. 52]. Якщо поєднувати законодавство і право, то законодавство як система взаємоузгоджених законодавчих і підзаконних нормативно-правових актів є основним джерелом права у сфері охорони здоров'я України [5, с. 63].

Іншими джерелами права є: практика Європейського суду з прав людини, судова практика, правовий прецедент, правова доктрина й інші. Охорона здоров'я – система заходів, що здійснюються органами державної влади й органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку й одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості її життя [6].

Проблематика підвищення якості законодавства сучасної держави є об'єктом активних наукових досліджень вітчизняних фахівців. Та, попри це, аналіз чинного законодавства України ілюструє наявність у її нормативно-правових актах різноманітних недоліків. Така ситуація зумовлюється тим, що однією з тенденцій формування національного законодавства останніми роками було, як зазначають фахівці, прогресуюче зниження якості законів, насамперед – їх юридико-технічного рівня [7,11]. Констатується, що сучасний стан розвитку національного законодавства характеризується певною незбалансованістю, недотриманням у законодавчій діяльності правил єдиної термінології, прийняття нових законів без узгодження з чинним тощо [8, 42].

Сфера охорони здоров'я не є виключенням. Проявом цієї проблеми є прогалини у законодавстві, колізії, а також «низька якість» цілої низки норм чинних законодавчих актів у сфері охорони здоров'я. Зазначене стосується законодавчого забезпечення прав людини в охороні здоров'я, а також регулювання майже усіх складових системи охорони здоров'я, які є необхідними для належного функціонування системи охорони здоров'я [9, 5].

Недосконалість законодавства, що регламентує діяльність сфери охорони здоров'я, зокрема: – неузгодженість нормативно-правової бази, що визначає та регулює механізми фінансування сфери охорони здоров'я, зокрема відсутні законодавчо закріплені терміни «медична допомога» та «медичне обслуговування». Це потрібно для встановлення базового пакету медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безоплатно тобто за рахунок державних та місцевих бюджетів. Так, в законопроектах «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я» (стаття 1) та «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» (стаття 3), що знаходяться на етапі громадського обговорення на сайті МОЗ України, внесено зазначену термінологію. Але аналіз цих законопроектів показав, що по різному трактуються такі поняття, як: «Медичне обслуговування – допомога, що надається з метою сприяння зміцненню здоров'я,

профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнта та не обов'язково обмежується медичною допомогою»; «Медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, що сприяє зміцненню здоров'я, профілактиці, діагностиці, лікуванню та реабілітації громадян та не обов'язково обмежується медичною допомогою». Це може призвести до подальшої неузгодженості при розробці пакету підзаконних актів, маніпуляції відповідним неузгодженням тощо.

Належне законодавче забезпечення і правозастосовна практика є запорукою успішного реформування охорони здоров'я. В Україні, де у цей час діє значна кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я (за підрахунками фахівців, близько 5,5 тисяч), рівень систематизації законодавства є недостатньо високим. Правові норми подекуди створюються без урахування вимог часу і значно відстають від потреб регулювання, гальмуючи перетворення в охороні здоров'я. У таких умовах великого значення набуває реформування законодавства у цій сфері. Не менш важливим є удосконалення судової та слідчої практики, без чого неможливий захист прав людини в охороні здоров'я, так само як і охорона прав та законних інтересів закладів охорони здоров'я та держави.

Як якість самої охорони здоров'я, так і стан її правової забезпеченості далекі від оптимальних. Тому одним із пріоритетних напрямів удосконалення законодавства про охорону здоров'я в Україні є систематизація чинної нормативно-правової бази, тобто зведення до внутрішньої єдності нормативно-правових актів шляхом зовнішньої або внутрішньої обробки їхнього змісту.

Ключовим завданням правового забезпечення розвитку охорони здоров'я є кодифікація законодавства України у сфері охорони здоров'я. Мається на увазі необхідність, по-перше, створення єдиного зведеного законодавчого акта – Медичного кодексу; по-друге, внести зміни до чинних нормативно-правових актів, щоб вони відповідали даному Кодексу.

Як справедливо зазначає Р.Ю. Гревцова, що розробка такого Кодексу матиме сенс після законодавчого визначення архітектури системи охорони здоров'я України та апробації основних законодавчих рішень, спрямованих на її побудову, а також на розвиток основних інститутів права охорони здоров'я [10, 46].

Відповідно до загальних принципів нормотворчої практики Медичний кодекс повинен складатися із загальної й особливої частин і включати всі діючі галузеві закони; закони, які варто розробити для усунення прогалин правового поля; певну частину відомчих НПА, які варто трансформувати в законодавство. Кодекс повинен бути законом прямої дії, систематизованим по напрямках діяльності в сфері надання медичної допомоги й охорони здоров'я громадян, що усуне дублюючі положення, протиріччя й різночитання, правові прогалини законодавства, підвищить доступність і зручність використання законодавства в сфері охорони здоров'я.

Прийняття Медичного кодексу буде сприяти вдосконалюванню керованості охороною здоров'я, дозволить сформувати медичне законодавство у вигляді єдиної й цілісної системи законодавчих актів прямої дії, доступної не тільки керівникам організацій охорони здоров'я, але й всім медичним працівникам і населенню.

Використані джерела

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. – К.: Перун, 2007. – С.1647.
2. Оніщенко Н. Гармонізація правової системи України: основні напрями та тенденції/ Н. Оніщенко // Юридична газета. – №18/78. – 28.09.2006.
3. Мельник В. Поняття та ознаки законодавства: проблеми, підходи, напрями вирішення. Держава і право. 2009. Вип. 44. С. 50-54.
4. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням Київської міської ради професійних спілок щодо офіційного тлумачення ч. 3 ст. 21 Кодексу законів про працю України (справа про тлумачення терміна «законодавство»): рішення Конституційного Суду України №12-рп/98 від 9 липня 1998 р., код акта 5855/1998. Офіційний вісник України. 1998. №32. С. 59. Ст. 1209.
5. Майданик Р. Законодавство України у сфері охорони здоров'я: система і систематизація. Медичне право. 2013. №2 (12). С. 63-74.
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України №2801–XII від 19 листопада 1992 р. (зі змінами).
7. Законодавчий процес і парламентська законодавча процедура в Україні (проблеми якості, рекомендації щодо вдосконалення в контексті європейської практики) / О.В.ю Скрипнюк, М.О. Теплюк, О.І. Ющик. – К.: Атіка-Н, 2010.
8. Теплюк М.О. Теоретико-правові основи введення закону в дію: монографія / М.О. Теплюк. – К.: Парламентське видавництво, 2013.
9. Гревцова Р.Ю. Деякі питання законодавчого забезпечення розвитку охорони здоров'я в Україні // Часопис Академії адвокатури України. – 2013. – №2.
10. Гревцова Р.Ю. Правове забезпечення розвитку охорони здоров'я: пропозиції до порядку денного (матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобальних процесів», м. Київ, 12 грудня 2018 року).

Миронова Галина Анатоліївна

доктор юридичних наук, провідний науковий співробітник відділу міжнародного приватного права та правових проблем євроінтеграції Науково-дослідного інституту приватного права і підприємництва імені академіка Ф.Г. Бурчака НАПрН України

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОГО ПРАВА: РОЗДУМИ НАД НАУКОВОЮ СПАДЩИНОЮ

З. С. ГЛАДУНА

Зиновій Степанович Гладун залишив достойну наукову спадщину, гідну плідного мислителя, практика та викладача. Відмітною рисою та червоною стрічкою творчого доробку шановного автора стало палке бажання конструктивних змін у вітчизняній системі охорони здоров'я та науці медичного права, послідовним провідником та глашатаєм яких він особисто став. У своїх працях З. С. Гладун послідовно відстоював європейський вектор української політики у сфері медицини, людиноцентричний пацієнторієнтовний підхід до організації надання медичної допомоги, необхідність комплексних змін у законодавство та організаційну модель системи охорони здоров'я в Україні.

Як справедливо зазначав З. С. Гладун, «європейський вектор української політики у сфері медицини та охорони здоров'я передбачає узгодження всієї цієї системи зі стандартами Європейського Союзу, а це, своєю чергою, вимагає реформування і поліпшення якості діяльності всієї системи охорони здоров'я, а отже, дотримання міжнародних стандартів медичної допомоги, в т. ч. визнання і дотримання прав пацієнтів, а також розробки новітнього законодавства, яке регулювало б ці питання» [1, с.11]. З цієї тезою не можна не погодитись, адже в основі здатності правового механізму ефективно виконувати соціальне замовлення лежить адекватне відображення закономірностей та актуальних потреб суспільного розвитку. З огляду на це, важливо будувати теоретичну модель правового регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги в контексті бажаного вектору руху суспільного життя. Для України це є вектор західноєвропейського розвитку.

Наразі на порядку денному стоїть питання про ратифікацію підписаної Україною Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини від 4 квітня 1997 р. Враховуючи наведене, актуальним науково-практичним напрямком є аналітично-порівняльна робота із принципами та нормами Конвенції, яка включає в себе: аналіз нормативного змісту тексту угоди; дослідження європейського досвіду застосування її положень; проведення доктринальних та нормативних кореляцій із вітчизняним законодавством та практичним досвідом.

Загальним позитивним наслідком такої дослідницької роботи стануть нові правові положення, доктринальні та нормативні пропозиції, які будуть покладені в основу напрацьованих проектів нормативних актів, необхідних для проходження процедури ратифікації цієї європейської угоди Українським парламентом.

У низці праць Зиновій Степанович виклав ґрунтовні ідеї, що стали основою для сучасної доктрини медичного права, концепції прав пацієнтів та заклав фундамент для подальших концептуальних та законодавчих рухів в цій сфері. Зокрема, програмна стаття «Медицина і права пацієнтів» [2] стала видатним кроком на шляху формування теоретичних засад, термінологічного апарату та правового інструментарію вітчизняного медичного права. Авторські наробки та пропозиції щодо необхідності реформування всієї системи охорони здоров'я на нових фінансових та управлінських засадах, законодавчого закріплення гарантованого державою рівня медичної допомоги, визнання медичної допомоги видом послуг, необхідності термінологічної чіткості у нормативно-правових актах та однозначних правових дефініцій понять «пацієнт», «медичне втручання», «медична послуга», «інформована добровільна згода» з часом знайшли свого втілення або чекають на розроблення та узгодження.

Зиновій Степанович, вважаючи себе представником науки адміністративного права, зміг вийти за межі вузького галузевого підходу заради відстоювання об'єктивної істини та фактично відкрив для української правової науки проблематику ролі та значення приватноправових норм у регулюванні діяльності, спрямованої на охорону і зміцнення здоров'я людини. Автор наполягав, що регулювання відносин між пацієнтом та медичним закладом чи працівниками сфери охорони здоров'я регулюються нормами приватного (цивільного) права. [3, с.106; 4, с.714].

Сміливі та не завжди беззаперечні у свій час ідеї шановного автора стосовно єдності морально-етичного та правового регулювання, визнання пріоритету прав людини, необхідності систематизації норм медичного права в єдиному кодифікованому акті, розширення сфери дії цивільно-правового методу регулювання набули свого підтвердження, обґрунтування та розвитку у низці захищених у наступні роки кандидатських та докторських дисертацій. Зокрема, авторкою цих рядків було покладено у методологічну базу докторського дисертаційного дослідження «Приватноправове регулювання особистих немайнових відносин у сфері надання медичної допомоги» [5] декілька евристичних ідей, на які свого часу звернув особливу увагу З. С. Гладун, – про важливість європейського вектору української політики у сфері медицини, про визнання єдності морально-етичного та правового регулювання, про виняткову роль доктрини та теорії прав людини у формуванні інституту прав пацієнта. В результаті проведення дослідження було обґрунтовано авторську концепцію особистої автономії людини в сфері надання медичної допомоги, яка репрезентує сучасну інтегровану модель регулювання досліджуваних відносин за допомогою засобів приватного права та визначає стратегічні цілі оновлення цивільного законодавства України у цій частині [6, с.6].

Як підкреслював у своїх працях З. С. Гладун, вирішення актуальних наукових та практичних завдань у царині медичного права неможливо досягти без ретельного опрацювання низки вихідних методологічних питань. Методологія буквально означає вчення про методи, способи і стратегії дослідження предмету. У філософській гносеології методологія розглядається у двох аспектах: як практична, яка орієнтується на вирішення практичних проблем, та як теоретична, яка прагне до пізнання ідеальної моделі предмета. Загалом у цих двох обличчях методологія у науці переслідує мету точніше вказувати шлях до пізнання і конструювання ідеальної моделі явища, що досліджується. То ж як така методологія покликана надати а) набір вихідних постулатів та б) алгоритм прийомів та способів, які в сукупності дозволять отримати нове якісне знання. Перехід від ідеальної моделі до вирішення нагальних практичних питань відбуватиметься тим простіше, чим ретельніше було підбрано адекватну методологію, за якою проведено дослідження.

Методологія правового дослідження виконує своє важливе завдання через базовий набір постулатів, на засадах яких вирішуються актуальні проблеми правового регулювання. Тому найважливішу частину методології правового дослідження складає теоретико-світоглядний рівень, який, утворюючи своєрідний методологічний імператив, орієнтує на пошук надійних засад правового регулювання, які є об'єктивними, то ж існують поза межами позитивного писаного права, і як такі слугують для останнього в якості базових тверджень для подальшого аналізу. Цей базовий рівень методології включає вихідні концептуальні позиції, які спрямовують пошук дослідника у вірному напрямі та шляхом визначених логічних операцій реалізують кінцеву мету дослідження – забезпечення теоретичної обґрунтованості та валідності результатів та висновків. Основні концептуальні елементи методології дослідження проблем медичного права включають обраний набір доведених у науці доктринальних підходів та постулатів, які мають безпосередній вплив на особливості правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги.

В умовах заявленого напряму європеїзації українського права перший глибинний рівень методології правового регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги складають фундаментальні ідеї та принципи, на яких базується концепт сучасного приватного права західного типу. Ознакою західноєвропейської традиції приватного права є, перш за все, визнання цінностей прав людини, її гідності основою праворозуміння. В свою чергу, визнання певним суспільством цих прав як цінностей означає його ідентифікацію як європейського. Ціннісні поняття є за своєю метою та значенням моральними орієнтирами для суспільних практик. Інтерпретовані в певному культурному контексті, вони набувають визначеного семантичного навантаження, слугують орієнтиром для правового регулювання та тягнуть за собою необхідність формування та застосування відповідного набору правових засобів.

Значний вплив моральних цінностей та етичних норм на відносини в охороні здоров'я пояснюється особливим характером даного виду відносин, які є дотичними до абсолютних цінностей та благ, та як наслідок, є вкрай чутливими до міри добра і людяності, залежними від надто тонких та рухомих меж, що відділяють належне від неналежного. Не зважаючи на очевидні коливання в етичних цінностях, пріоритетах та нормах залежно від особливостей кожного етносу, медична етика західноєвропейської традиції формувалася під великим впливом декількох основоположних етичних цінностей, на яких послідовно формувалася низка фундаментальних моральних ідей та принципів. Серед таких фундаментальних етичних цінностей, що залишаються моральними стовпами у сучасному плюралістичному і багатокультурному світі, є гідність людини, права людини, автономія людини, щодо яких існує принципова узгодженість у сучасному європейському етичному дискурсі.

Правовий статус людини у сфері надання медичної допомоги розглядається сьогодні саме в даному контексті ідеологічних засад сучасного громадянського суспільства та в безпосередньому зв'язку із фундаментальними соціальними цінностями та правовими пріоритетами сьогодення, серед яких найважливішими є фундаментальні природні права людини – на свободу, гідність, приватність, фізичну та психічну цілісність. Їхнє правове тлумачення у проекції на сферу надання медичної допомоги є наразі актуальним завданням.

З приводу правового тлумачення цінності гідності людини Європейський суд з прав людини зазначив, що «сама суть Європейської конвенції полягає у повазі до гідності й свободи людини, а поняття самовизначення та особистої автономії є важливими принципами, що лежать в основі тлумачення гарантій їх дотримання... при наданні медичної допомоги». [7]. Як видно, у проекції на сферу надання медичної допомоги абсолютна цінність гідності людини та тісно пов'язані з нею – цілісність, недоторканність, інтерпретуються через поняття свободи, самовизначення та автономії, та передбачають правову можливість для людини самостійно користуватися і розпоряджатися своїм тілом, окремими органами, частинами тіла та дозволяти або обмежувати доступ до них.

Отже, окремі особисті права людини як учасника відносин у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги є похідними від абсолютних цінностей та конституційних прав людини на повагу до її гідності, на особисту недоторканність, на ознайомлення з усіма відомостями про себе. Такими визнаними сьогодні абсолютними правами є право на згоду на медичне втручання, право на відмову від медичного втручання, право на отримання медичної інформації про себе. Включення фундаментальних прав людини у цивільне законодавство в якості особистих немайнових прав фізичної особи має на меті забезпечити додаткові правові гарантії для поваги до гідності та недоторканності особи у цивільних відносинах та додаткові цивільно-правові засоби для реалізації у максимально можливій мірі автономії волевиявлення людини в сфері медицини [8, с.67-68].

Таким чином, організація системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги в країні віддзеркалює пануючу парадигму цінностей та провідні правові орієнтири суспільства. Об'єктивні процеси сучасної історії України пов'язані із орієнтацією на євроатлантичну інтеграцію, європейські цінності та ідеологію людиноцентризму. З цієї причини у новітньому законодавстві України людина та її непорушні права, європейські моральні цінності очікувано набувають першості в ієрархії суспільних пріоритетів, чим висуваються відповідні вимоги до держави щодо забезпечення цих прав реальним правовим змістом: позитивно-правовими механізмами здійснення та ефективним захистом.

Новітні соціокультурні орієнтири та тенденції суспільного руху України, безумовно, актуалізують дослідження, застосування та розвиток творчої спадщини З. С. Гладуна та спрямовують на здійснення основної мрії його життя: наукового обґрунтування для створення основних правових інститутів у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги на засадах імплементації норм міжнародного та європейського права в українське законодавство.

Використані джерела

1. Гладун З. Скарга пацієнта: правові підстави і порядок розгляду. Медичне право. 2014. №1. С. 11-18.
2. Гладун З. Медицина і права пацієнтів. Медичне право. 2008. №1. С. 7-25.
3. Гладун З. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я у законодавстві України. Вісник Національної академії правових наук України. 2014. №1 (76). С. 103-111.
4. Гладун З. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення України: Монографія. – К.: Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
5. Миронова Г. А. Приватноправове регулювання особистих немайнових відносин у сфері надання медичної допомоги: дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03. Нац. акад. прав. наук України, НДІ приват. права і підприємництва ім. Ф. Г. Бурчака. – К. 2020. – 515с. URL: https://drive.google.com/file/d/1IEYiBbq7QGa6PxBbQIDcK9_5b9pOt9An/view
6. Миронова Г. А. Приватноправове регулювання особистих немайнових відносин у сфері надання медичної допомоги: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.03. Нац. акад. прав. наук України, НДІ приват. права і підприємництва ім. Ф. Г. Бурчака. – К. 2020. – 40с. URL: <https://drive.google.com/file/d/1s8vIV1ONPRKMWEaHvXDaoV1vqdSYO-To/view>
7. Постановление Европейского Суда по правам человека по делу «Религиозная община Свидетелей Иеговы г. Москве против Российской Федерации» (Заявление 302/02). Страсбург. 10.06.2010 г. URL: <http://www.portal-credo.ru/site/?act=lib&id=2743>
8. Миронова Г. А. Абсолютні права людини у сфері охорони здоров'я: правові підстави обмеження. Медичне право. 2021. №2. С. 57-70.

ПОСТМОРТАЛЬНА РЕПРОДУКЦІЯ: ПРОБЛЕМИ ЗАКРІПЛЕННЯ У ЗАКОНОДАВСТВІ

З розвитком технологій перед правовою регламентацією постає чимало питань, вирішення яких, потребує вироблення стандартів та визначення тенденцій за наявності репрезентативної вибірки практичних кейсів. Особливо стрімкість технологій прослідковується у репродуктивній сфері, що допомагає реалізувати особам своє право на батьківство та материнство, стає вирішенням проблеми демографічної кризи, тощо. Одним із таких досягнень поступово стає постмортальна репродукція. Як феномен, вона поєднує в собі не лише репродуктивні права та права людини на життя, повагу до приватного життя, але розширює наслідки настання такого юридичного факту як смерть.

Актуальність тематики дослідження. Активні бойові дії на території нашої держави спричинили погіршення й демографічної ситуації. Скорочення частки чоловічого населення репродуктивного віку особливо гостро ставить питання можливості реалізації свого права на батьківство й після смерті, відтворення собі подібних. Оскільки постмортальна репродукція має безпосередній стосунок до особи, особливої уваги потребує дослідження технологій, які з нею пов'язані, в контексті прав людини, а саме: яка межа між правами, які здатні забезпечити реалізацію посмертної репродукції, а щодо яких така реалізація буде становити порушення. Адже саме права людини є мірилом свободи інших осіб та діяльності держави, зокрема у законодавчій практиці. Також, значення вбачається у визначенні постмортальної репродукції у репродуктивних правах кожного з батьків.

Питання й проблематику постмортальної репродукції відображено в декількох міжнародних правових дослідженнях. В Україні дане питання не знайшло свого закріплення у нормативно-правових актах. Не визначено природи та, відповідно, приналежності до конкретного права людини.

Висновки наявні в нечисельних дослідженнях присвячених постмортальній репродукції значно різняться. Питання виникають щодо самої природи репродуктивних прав, їх взаємозалежність із правом на життя, їх віднесенням до категорії суб'єктивних прав.

Зокрема, Г. Б. Романовський [1, с.121] та О. Дроздова [2], вважають, що репродуктивні права знаходять своє відображення саме в праві на життя. На їх думку, поняття «репродуктивного здоров'я» та «репродуктивних можливостей» становлять «об'єкти регулювання таких правовідносин зі сторони держави, яке зачіпає найбільш «чутливі» особисті права громадян. Таким чином, потрібно виявляти зміст кожного конкретного права (наприклад, право на життя, право, на недоторканність приватного життя, право на особисту недоторканість) зважаючи на конкретну ситуацію.

На думку Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини, репродуктивні права охоплюють певні права людини, які вже визнані у національному законодавстві, міжнародному праві та інших документах правового консенсусу [3].

Ще однією позицією є похідний характер репродуктивних прав від права на охорону здоров'я, що, в свою чергу, є похідним від права на життя [2]. Репродуктивне здоров'я може бути як складовою загального здоров'я, так і з його проблемами.

Репродуктивні права також визнаються такими, що не можуть бути похідними від жодних інших прав людини. Так, можливість здійснення комплексу допоміжних репродуктивних технологій, після посмертного (або у людини, яка помирає) вилучення статевих клітин сприяє реалізації таких репродуктивних прав, як право на материнство чи батьківство, право на планування сім'ї та дітей, право на продовження роду, право на засоби для реалізації репродуктивних прав і досягнення найвищого рівня репродуктивного здоров'я. І тому встановленим нами фактом є відсутність детальної визначеності та юридизованості таких на міжнародному рівні.

Охарактеризувати репродукцію *post mortem* можна як зачаття дитини шляхом допоміжних репродуктивних технологій та її народження, коли один з партнерів є мертвим, або перебуває в стані клінічної смерті. З цього визначення випливає взаємозв'язок із допоміжними репродуктивними технологіями.

Згідно з п. 1.2. Наказу МОЗ від 09.09.2013 №787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», допоміжні репродуктивні технології (далі – ДРТ) – методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються *in vitro* (техніка виконання експерименту чи інших маніпуляцій у спеціальному лабораторному посуді або у контрольованому середовищі поза живим організмом) [4].

Однак дещо поспішним є думки щодо віднесення постмортальної репродукції до ДРТ [5]. Безумовно, використання ДРТ є складовою репродукції, однак треба зважити на деякі важливі нюанси.

Права людини, які закріплені в міжнародних та національних нормативно-правових актах, мають живі особи, з урахуванням поваги до людини, її волі і прав ще за життя, навіть гарантуючи йому результат реалізації таких прав та волі довго після смерті. Позбавленим сенсу видається протилежна думка. Проте, з концепції прав людини вивели існування «critical interest» турбування людини про те, що відбувається після її смерті, моральне переконання чи вимога до прийняття рішень з посмертним ефектом [6]. З одного інтересу неможливо вивести гарантування відповідного права.

З цього випливає, що реалізація свого репродуктивного права донором за допомогою здійснення постмортальної репродукції значно відрізняється від кріоконсервування або сурогатного материнства, адже передбачається реалізація репродуктивних прав вже після смерті особи, яка втрачає активний вимір правового суб'єкта. З огляду на це, виникає необхідність наукового дослідження репродукції *post mortem*, розробка законодавчої регламентації її реалізації, визначення прав донора як біологічного батька або матері та розгляд питання щодо прав зачатої дитини після смерті.

Застосування постмортальної репродукції є значним кроком вперед у розвитку репродуктивних прав, шляхом до реалізації жінки та чоловіка права на сім'ю. Проте постає питання, кого з батьків інтереси превалюють, чи не є це неправомірним втручанням у тіло людини, яке навіть після смерті охороняється законом (ст.297 КК України).

Відповідно до наказу МОЗ від 09 вересня 2013 року №787 донорство гамет та ембріонів може здійснюватися лише за наявності оформленої згоди у письмовій формі. За змістом форми відсутня можливість вносити інформацію про розпорядження генетичним матеріалом після смерті донора. Якщо ширше розглядати питання інформованої згоди, не прив'язуючись до національного законодавства, у якому відсутня згадка про постмортальну репродукцію, то варто зважати на те, що згода це не лише про висловлення бажання особи після смерті реалізувати свої репродуктивні права, але й інформування пацієнта про усі можливі ризики від діагностики лікування чи будь-яких інших медичних дій (зокрема, про ризики під час збирання статевих клітин, процесу запліднення, про вибір ДРТ для виношування плоду, тощо). Оскільки застосування репродукції є посмертним, доречним є включення у інформовану згоду інформації про медичну послугу, добровільність особи-донора та його/її партнера, а також мету та порядок вилучення й зберігання статевих клітин, на прикладі положень *The Human Fertilisation and Embryology Act* від 2008 року [7].

Законодавча вимога щодо обов'язковості письмової згоди є обґрунтованою з огляду на недопущення зловживань, встановлення та роз'яснення усіх або більшості правових й медичних аспектів застосування такого виду репродукції.

Якщо розглядати вилучення і використання репродуктивних клітин за згодою, яка презюмується (на прикладі країн, які використовують презюмовану згоду для вилучення органів з потенційних донорів), то її застосування значною мірою є суперечливим. У перспективі розвитку цієї технології та відповідного закріплення у законодавстві, постає питання чи буде це відповідати свідомому вибору особи. Тому застосування за аналогією в цьому випадку не є доречним.

У 2007 році в Ізраїлі вирішувалося питання у судовому порядку щодо надання дозволу на вилучення статевих клітин чоловіка померлого за відсутності його письмового розпорядження. Було враховано та визнано аргументованими доводи щодо бажання особи мати дітей й задоволення прохання матері померлої особи [8].

Ще одним підходом є пріоритет інтересів живих партнерів-донорів, за якого помертне вилучення гамет стає можливим без існування письмової інформованої згоди померлої особи [9]. Останній підхід не узгоджується з практикою Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ), який у справі Еванс проти Сполученого Королівства вказав на відсутність переваг права на батьківство над правом на материнство і навпаки.

Судова практика Австралії пройшла шлях від буквального тлумачення закону щодо вилучення і застосування статевих клітин після смерті особи до формування позицій зважаючи на інші суспільні регулятори, обставини справи, врахування побажань померлої особи. У рішенні *Simone Baker v. Queensland* Суд відмовив позивачці через відсутність письмової згоди/розпорядження її померлого чоловіка своїми статевими клітинами [10]. Через рік, у справі *Elizabeth Ann Denmann* було дозволено відібрати статеві клітини померлого партнера з огляду на відсутність правової заборони у законодавстві [11].

Ключовою справою щодо здійснення постмортальної репродукції є *Hecht v. Superior Court* [12]. Рішення судів першої та вищих інстанцій різняться, і фінальним висновком було тлумачення конклюдентних дій особи як бажання здійснити реалізацію своїх репродуктивних прав після смерті: заповідання сперми партнерці, звернення до кріобанку, біологічний матеріал як частина власності особи з чого впливає можливість їм розпоряджатися на власний розсуд.

Тобто, формування позицій щодо правового регулювання постмортальної репродукції зазнає значних змін, реформацій, більш поглибленого аналізу та врахування не тільки формально визначених факторів.

Отже, на нашу думку, постмортальна репродукція має бути закріплена та врегульована у Вітчизняному законодавстві для можливості реалізації репродуктивного права після смерті, розширивши чинне законодавство України, а саме Загальні положення щодо допоміжних репродуктивних технологій.

Використані джерела

1. Романовский Г. Б. Гносеология права на жизнь. Монография. СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. 368 с.
2. Наведено за Марків А. Правовий аналіз постмортальної репродукції в аспекті прав людини URL: <http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/16158> (дата звернення: 16.06.2022). Цит. за Drozdova, O. «Reproductive Rights: International Legal Aspect,» Law of Ukraine: Legal Journal (Ukrainian) vol. 2016, no. 6 (2016): p. 183-189. HeinOnline
3. UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Reproductive Rights are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions Published jointly with UNFPA and the Danish Institute for Human Rights, 2014, HR/PUB/14/6, URL: <https://www.refworld.org/docid/5566d2984.html> (дата звернення: 16.06.2022).
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 09.09.2013 №787
5. Михайліна Т. Реалізація права на помертну та постмортальну репродукцію: порівняльно-правовий аспект. URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2021/3/37.pdf> (дата звернення: 16.06.2022).
6. Young, Hilary. «Presuming Consent to Posthumous Reproduction,» Journal of Law and Health vol. 27, no. 1 (2014): p. 63-97. HeinOnline, URL: <https://heinonline.org/HOL/P?h=heinjournals/1ah27&i=72> (дата звернення 16.06.2022)
7. The Human Fertilisation and Embryology Act. The United Kingdom legislation, 2008. URL: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/pdfs/ukpga_20080022_en.pdf (дата звернення 16.06.2022)
8. Mother wins dead son sperm case / BBC News: електрон. версія служби новин. Дата оновлення: 19 січня 2007. URL: http://news.bbc.co.uk/2/hi/middle_east/6279061.stm?ls (дата звернення 16.06.2022)
9. Evans, Jon B. «Post-Mortem Semen Retrieval: A Normative Prescription for Legislation in the United States,» Concordia Law Review 1 (2016): p. 133-160. HeinOnline, URL : <https://heinonline.org/HOL/P?h=heinjournals/concordia!&i=137> (дата звернення 16.06.2022)
10. Simone Baker v. Queensland. Decision Supreme Court Of Queensland No 39 of 2003 URL: <https://www.queenslandjudgments.com.au/caselaw/qsc/2003/2> (дата звернення: 16.06.2022).
11. Re Denman Supreme Court Of Queensland No QSC 70 of 2004 URL: <https://www.queenslandjudgments.com.au/caselaw/qsc/2004/70> (дата звернення: 16.06.2022).
12. Hecht v. Superior Court (Kane).[No. B073747. Second Dist., Div. Seven. June 17, 1993. Superior Court of Los Angeles County, No. BPO12006/ URL: <https://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/4th/16/836.html> (дата звернення: 16.06.2022).

ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА АПТЕЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ: ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ

З початком війни, всі прорахунки правового забезпечення аптечної діяльності стали помітними. Внаслідок війни частина населення з регіонів бойових дій була змушена мігрувати як за кордон, так і всередині країни [1], внаслідок чого, в окремих регіонах країни змінилася структура споживання товарів аптечного асортименту. Більш того, відбувалося масове закриття аптек, внаслідок зникнення необхідного асортименту фармацевтичної продукції. Справа в тому, що більшість аптек мали трьохденний запас лікарських засобів, і саме це є необхідною умовою забезпечення прибутковості аптек. Тобто, основним завданням аптек було і є отримання прибутків, а мова про соціальну складову взагалі не йшла.

Тотальна комерціалізація аптечної діяльності та нівелювання соціальних функцій аптек була спровокована монополізацією аптечної діяльності. Як наслідок, саме власники аптечних мереж почали встановлювати правила аптечної діяльності, умови співпраці як з виробниками фармацевтичної продукції так і з дистриб'юторами [2]. В подальшому, ще в мирні часи, саме монополізація аптечної діяльності спровокувала підвищення цін на фармацевтичну продукцію в роздрібному сегменті аптечної діяльності [3]. Саме за допомогою монопольного становища аптечні мережі запровадили так звані «маркетингові угоди», нівелювавши позитивний досвід минулих часів і використовуючи ці угоди як інструмент підвищення цін на фармацевтичну продукцію та отримання надприбутків [4].

З початком війни відношення власників аптечних мереж приватної форми власності не змінилося і, в умовах війни, політика здириництва була продовжена [5].

Так, у перший день війни, згідно з даними аналітичної системи дослідження ринку PharmXplorer/«Фармстандарт» компанії Proxima Research, аптечний продаж ліків зріс більш ніж удвічі, порівняно з аналогічним днем минулого року, і продовжував зростати високими темпами в перші 11 днів війни [6].

Найвищий попит у цей період був на лікарські засоби для лікування артеріальної гіпертензії, протизапальні та протипростудні засоби, анальгетики й антибіотики, препарати для лікування цукрового діабету.

Активно скуповувалися психолептичні засоби, антисептики й дезінфектанти. Обсяги аптечного продажу кровоспинних засобів зросли в кілька разів. А рештки ліків стрімко зменшувалися, оскільки були проблеми з поставками [6]. Так, шляхом опитування, було встановлено те, що перші два тижні з аптек зникли всі групи лікарських засобів. Факт відсутності необхідних запасів ліків на випадок надзвичайної ситуації або особливого стану підтверджується і спеціалізованими ЗМІ [7]. Більш того, в цей період працювало лише 10% аптек [7]. При цьому, за підсумками I кв. 2022 р. загальні обсяги аптечного продажу всіх категорій товарів «аптечного кошика» збільшилися до 17,5% порівняно з аналогічним періодом минулого року. Також зросли обсяги продажу в доларовому еквіваленті на 15,7%. Однак в упаковках обсяги продажу зменшилися на 2% [1]. Хоча шляхом опитування представників аптечних закладів Полтавської, Харківської, Миколаївської, Київської, Одеської та Львівської областей, які належать до аптечних мереж як міжрегіонального, так і регіонального рівнів, було встановлено, що товарообіг збільшився до 30% [8]. А за інформацією «Proxima Research» середньозважена вартість 1 упаковки товарів «аптечного кошика» за підсумками I кв. 2022 року становила 90,5 грн. і зросла на 20% порівняно з аналогічним періодом 2021 року [1].

Аналіз правової правового забезпечення аптечної діяльності з урахуванням соціальної складової її діяльності, дозволив встановити деякі факти, що, на нашу думку, негативно вплинули на організацію аптечної діяльності. Такими ми вважаємо, серед іншого: 1) поступову, протягом останніх років, ліквідацію державних та комунальних аптечних закладів; 2) монополізацію аптечного ринку і, як наслідок зловживання монопольним становищем; 3) неконтрольоване поширення маркетингових договорів серед аптечних мереж.

Необхідно констатувати, що такий стан справ привів до неконтрольованого підвищення цін на фармацевтичну продукцію саме в аптеках до 30%. І хоча Комітет ВРУ з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування констатував факт підвищення цін на ліки, в окремих випадках, до 40%, однак проти впровадження більш жорсткого контролю за вартістю ліків та посилення адміністративного тиску. На їх думку, є всі передумови для зниження цін ринковими методами [9]. Хоча ми з цим не погоджуємося. На нашу думку, в системі монополізації аптечної діяльності, ринкові методи не спрацьовують.

Проаналізуємо кожний с фактів, що на нашу думку, негативно вплинув на розвиток аптечної діяльності.

Так, на сьогодні, в Україні, відсутній будь який законодавчий акт, який би безпосередньо впливав та регламентував діяльність аптек, саме як закладів охорони здоров'я. Зрозуміло, що опоненти цієї точки зору відразу можуть згадати Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності», який відсилає до ліцензійних вимог.

Проте на нашу думку, підзаконний акт Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), що затверджений постановою КМУ №929 від 30.11.2016 року, фактично лише регламентує правила торгівлі з аптек, як з звичайних торговельних об'єктів, жодним чином не регламентуючи їх діяльність згідно з вимогами, наприклад, Директиви №2001/83/ЄС «Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів (для застосування людиною)». Також цікавим прикладом Закон ФРН «Про аптеки» [6], який діє поряд Законом ФРН «Про лікарські засоби» [10] та Федеральними правилами фармацевта [11], які передбачають наявність індивідуальної ліцензії для фармацевтів.

До 24.02.2022 року в ході досліджень, в тому числі анкетування фармацевтичних працівників було встановлено, що ціни на фармацевтичну продукцію в Україні були до війни завищені на 40-60% через використання маркетингових угод і перевищують ціни на аналогічну продукцію окремих країн ЄС [2] (це було також підтверджено листом АМКУ від №126-29/01-14481 від 08.11.2019 року на ім'я БФ «Пацієнти України»).

Виникає питання, а яким чином фармацевтичний маркетинг (до якого відноситься діяльність, яка спрямована на створення попиту та досягнення цілей фармацевтичного підприємства через максимальне задоволення потреб споживачів у лікарських засобах та виробів медичного призначення), може впливати на негативне ціноутворення фармацевтичної продукції?

Справа в тому, що в Україні фармацевтичний маркетинг має свої національні особливості. Фактично, в українських реаліях завданням фармацевтичного маркетингу є надання послуг по просуванню ліків, у першу чергу саме того виробника, який уклав «маркетингову угоду» з відповідною аптекою. Мова, навіть йде і про рецептурні лікарські засоби, що заборонено законодавством.

Фармацевтичний маркетинг реалізується через угоди: 1) за участю звичайних аптечних мереж (сторонами маркетингових угод є фармацевтичні виробники та суб'єкти з аптечної діяльності при сприянні медичних представників та лікарів); 2) за допомогою цифрового маркетингу (сторонами угод з цифрового маркетингу є суб'єкти з дистанційної торгівлі фармацевтичною продукцією (Інтернет аптеки, служби доставки, он-лайн аптеки) та кінцеві споживачі (пацієнти, приватні медичні заклади). Веб сайти таких суб'єктів можуть знаходитися за національною юрисдикцією).

Особливості фармацевтичного маркетингу в Україні полягають в тому, що українська версія фармацевтичного маркетингу сприяла, по-перше, неналежному виконанню своїх обов'язків фармацевтичним і медичним працівником, що полягає у просуванні певної продукції, іноді небезпечної для здоров'я конкретного пацієнта або яка не має необхідного терапевтичного ефекту і, як наслідок: 1) Отриманню неправомірної вигоди фармацевтичними і медичними працівниками за просування такої продукції; 2) Спричиненню шкоди здоров'ю пацієнта.

По-друге, монополізації аптечної діяльності, що відбувається у прихованих формах і, як наслідок: 1) Значному підвищенню цін на лікарські засоби та медичні вироби; 2) Порушенню права пацієнтів на доступні, ефективні лікарські засоби та медичну продукцію; 3) Фальсифікації фармацевтичної продукції.

Реалізація фармацевтичної продукції (через легальні аптечні заклади) відбувалася за схемою: медичний представник – лікар – фармацевт. Тобто, пацієнт не завжди обирає для себе те, що йому потрібно, а те, що вигідно для цієї зв'язки осіб.

Як наслідок для всіх лікарів була розроблена схема взаєморозрахунків за рекомендовані для закупівлі пацієнтами фармацевтичної продукції: 1) Жодна поставка до аптеки фармацевтичної продукції не здійснювалася без винагороди суб'єкта аптечної діяльності, підставою якої є маркетингова угода; 2) Внаслідок цього фармацевтичні виробники та імпортери вимушені завищувати собівартість кінцевої продукції.

Крім того, великий сегмент ринку роздрібних продаж з аптек, за рекомендацією лікарів (під видом лікарських засобів) є продукція, що не зареєстрована як лікарські засоби (дієтичні добавки, продукти харчування для медичного використання тощо).

В ході дослідження були встановлені факти значного завищення цін на окремі групи важливих лікарських засобів у порівнянні з референтними країнами.

Мова йде про принципи ціноутворення та продажу окремих груп лікарських засобів організаціям, що фінансуються з бюджету на основі цін на лікарські засоби, які зареєстровані в Республіці Польща, Словацькій Республіці, Чеській Республіці, Латвійській Республіці, Угорщині (референтні країни).

Так, постанова КМУ №426 від 03.04.2019 року «Про референтне ціноутворення на деякі лікарські засоби, що закуповуються за бюджетні кошти»: заклади і установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів, закуповують лікарські засоби, які включені до переліку, за цінами, що не перевищують установлених Міністерством охорони здоров'я граничних оптово-відпускних цін з урахуванням податків та зборів, а також граничних постачальницько-збутових і торговельних (роздрібних) надбавок, визначених постановою КМУ від 17.10.2008 р. №955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби».

Це означає, що загальна ціна на ці групи лікарських засобів, навіть при використанні торговельної (роздрібною) надбавки до закупівельної ціни передбаченої постановою КМУ №955 не повинна перевищувати ціну яка встановлена в Реєстрі граничних оптово-відпускних цін на деякі лікарські засоби, що закуповуються за бюджетні кошти, станом на 01.02. 2021 року, затвердженому наказом МОЗ №205 від 08.02.2021 року.

З початком війни стан справ лише погіршився. За окремими позиціями фармацевтичні виробники вимушені платити міжрегіональним аптечним мережам до 60% вартості товару. Ці додаткові витрати вони часом мусять закладати у власні витрати, зменшуючи тим самим обігові кошти.

У цьому контексті, при опитуванні фармацевтичних виробників було отримано цікавий лист-звернення до виробників фармацевтичної продукції від керівництва мережі аптек «Подорожник». З одного боку, у фармвиробників наполегливо вимагають знижку. З іншого, попереджають про необхідність збереження ретро-бонусів (премія від постачальників дистриб'юторам за виконання певного плану продажу).

Також, шляхом опитування було встановлено, що вітчизняні дистриб'ютори безпідставно підвищили націнку на фармацевтичну продукцію до 30-40%.

При цьому, наприклад, Дерлікслужба лише здійснює моніторинг цін без втручання в діяльність суб'єктів аптечної діяльності.

Проблема також пов'язана з поступовою ліквідацією державних та комунальних аптечних закладів і, яка не лише пов'язана з вищевикладеним питанням, а і створила інші перешкоди в доступності ліків для українців.

Справа в тому, що у своїй більшості, відпуск лікарських засобів, що містять наркотичні речовини здійснюють лише державні та комунальні аптеки господарські товариства, які засновані за участю територіальних громад (тобто, мають частку комунального майна). Тобто, всім відомо, що діяльність пов'язану з обігом лікарських засобів які містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, можна здійснювати лише при наявності окремих видів ліцензій (окремо на виробництво, на перевезення, на зберігання, на торгівлю тощо). Те є саме відбувається щодо відпуску ліків за референтними цінами для визначених верств населення, зокрема «чорнобильці».

Першою проблемою, з якою стикнулося багато пацієнтів у перші дні, навіть часи, з початку війни це питання забезпечення пацієнтів лікарськими засобами, що містять наркотичні засоби та прекурсори. До штучної руйнації державної та комунальної мережі [12] необхідні групи лікарських засобів за усіма позиціями зберігалися на державних та комунальних аптечних складах [2].

Раніше у комунальних (регіональних) аптечних складах знаходилась на зберіганні необхідні групи лікарських засобів для потреб у випадку надзвичайних ситуацій. Зрозуміло, що ця ситуація вимагала економічної підтримки від органів місцевого самоврядування та нормативно-правового забезпечення органів державної влади.

Як наслідок, в тих регіонах, де була збережена комунальна аптечна мережа (або співзасновниками є територіальні громади), функції щодо відпуску контрольованих груп лікарських засобів, а також на які встановлюються референтні ціни, більш менш виконуються.

На нашу думку, зазначене, потребує розробки окремого проекту закону про фармацевтичну діяльність. Також доцільно, в рамках правового забезпечення створити умови для підвищення стійкості медикаментозного забезпечення для чого необхідно створення чергових аптек, готових до роботи в безперервному режимі,

захищених від зовнішніх пошкоджень, що мають реєстр фармацевтів, допущених до роботи у воєнний час, та чий ліки запаси призначені для того, щоб бути готовими до надзвичайного стану. Можливі різні варіанти, з хорошим потенціалом партнерства, при якому держава відповідає за норми та специфікацію запасів лікарських засобів та несе фінансову відповідальність за забезпечення наявності мінімального запасу основних лікарських засобів.

Використані джерела

1. Деніс Кірсанов. Аптечний продаж в перші місяці війни. АПТЕКА online UA. 2022. №10/11 (1331/1332). URL: <https://www.apteka.ua/article/636253> (Дата звернення 22.06.2022)
2. Nataliya Gutorova, Vitalii Pashkov, Oleksii Soloviov LEGAL MEANS OF ENSURING COMPETITION IN PHARMACY. Wiadomości Lekarskie, VOLUME LXXIII, ISSUE 12 PART 2, DECEMBER 2020. 2701 – 2708
3. Пашков В.М. Нові вимоги до аптечного сегменту – відповідь на інтерв'ю директора ГС «АПАУ». Щотижневик АПТЕКА. URL: <https://www.apteka.ua/article/468381> (Дата звернення 27.06.2022)
4. Законопроект щодо економічної конкуренції в аптечній ланці має бути якнайшвидше винесений у Парламент – ООРММП України. Щотижневик АПТЕКА. URL: <https://www.apteka.ua/article/468665> (Дата звернення 27.06.2022)
5. Віталій Пашков. Українські аптеки: соціальна функція чи бізнес на крові? ZN,UA. URL: <https://zn.ua/ukr/HEALTH/ukrajinski-apteki-sotsialna-funksija-chi-biznes-na-krovi.html> (Дата звернення 22.06.2022)
6. Котляр А. Питання забезпечення ліками нині стоїть як ніколи гостро. ZN,UA. URL: <https://zn.ua/ukr/HEALTH/jak-derzhava-mozhe-dopomohiti-virishiti-problemu-defitsitu-liktiv.html> (Дата звернення 27.06.2022)
7. PHARMACY SALES DURING WAR – UDT 26/04/2022. URL: <https://www.apteka.ua/article/630608> (Дата звернення 22.06.2022)
8. За матеріалами t.me/radutsky. АПТЕКА online UA. 2022. URL: <https://www.apteka.ua/article/636411> (Дата звернення 22.06.2022)
9. Bundesamt für Justiz. Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/apog/_1.html (Дата звернення 22.06.2022)
10. Bundesamt für Justiz. Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/index.html (Дата звернення 22.06.2022)
11. Bundesamt für Justiz. Bundes-Apothekerordnung. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bapo/BJNR006010968.html> (Дата звернення 22.06.2022)
12. Віталій Пашков Терміново: все про руйнацію державних та комунальних аптечних закладів. Щотижневик АПТЕКА. 2020. №12(1233). С. 10

Проневич Олексій Станіславович

*доктор юридичних наук, професор, професор кафедри
службового та медичного права Навчально-наукового
інституту права Київського національного університету
імені Тараса Шевченка*

ТРАНСФОРМАЦІЯ ЛОКАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ЛЕГАЛЬНИЙ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ АСПЕКТИ

Вітчизняна система охорони здоров'я традиційно еволюціонувала за екстенсивним типом, була націлена на лікування нетяжких станів і практично не враховувала потреб здорових людей. Наразі досягнуто публічний консенсус щодо демонтажу надмірно громіздкої та фінансованої з державного бюджету на основі методу постатейного кошторису пострадянської «системи Семашко» та децентралізації публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Децентралізація публічно-владних повноважень у відносинах між національною адміністрацією та органами місцевого самоврядування є ефективним засобом усунення штучних бюрократичних бар'єрів для реалізації суб'єктивних прав і легальних інтересів приватних осіб. Сенс започаткованої в Україні реформи децентралізації влади полягає у передачі публічно-владних повноважень, відповідальності та бюджетних коштів від органів державної влади до органів місцевого самоврядування. Тобто фактично йдеться про скасування обтяжливої державної опіки і диктату на локальному/місцевому рівні, звуження повноважень держави у відносинах з муніципалітетами до моніторингу їх діяльності та участі у фінансуванні соціально значущих сфер, а також набуття об'єднаними територіальними громадами реальної функціональної та інституційної спроможності вирішувати широкий спектр «питань місцевого значення». Зважаючи на екзистенційний характер сфери охорони здоров'я, одним з стратегічних пріоритетів децентралізації було визнано переваження національної системи охорони здоров'я на засадах людиноцентризму, субсидіарності, інклюзивності та раціональності. Консолідація ресурсів місцевих громад і держави має сприяти максимальному наближенню медичних послуг до кінцевих споживачів, формуванню сталого єдиного медичного простору, підвищенню щільності закладів охорони здоров'я, розбудові на локальному рівні потужних високотехнологічних закладів охорони здоров'я, а також створенню інтегрованих регіональних «кластерів охорони здоров'я» (госпітальних округів/об'єднаних лікарняних мереж).

Глибинні трансформаційні зміни у сфері охорони здоров'я було започатковано після затвердження Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні від 1 квітня 2014 року, якою до основних повноважень органів місцевого/базового рівня було віднесено забезпечення надання послуг первинної ланки охорони здоров'я. Важливе значення для реформування сфери охорони здоров'я мали також прийняті у подальшому Концепції розвитку системи громадського здоров'я (затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №1002-р), Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я (затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №1003-р), Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів (затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2017 року №582-р).

Законодавче підґрунтя для реформування системи охорони здоров'я на локальному рівні було створено внаслідок ухвали законів України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» 14 листопада 2017 року та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2019 року.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 27 листопада 2019 року №1074 було передбачено створення госпітальних округів з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики. Принагідно зазначимо, що цим нормативно-правовим актом було закріплено спеціальні вимоги до госпітальних округів: багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб; багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб; багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого та другого рівня визначаються таким чином, щоб жителі, які проживають у зоні їх обслуговування (у тому числі суміжних госпітальних округах) у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом, мали доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Зasadничим компонентом реформи первинного рівня надання медичної допомоги упродовж 2017-2018 років стало прийняття органами місцевого самоврядування рішень про трансформацію медичних закладів як державних бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, які перейшли на фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

Більшість територіальних громад заснували нові або ж адаптували створені раніше комунальні заклади охорони здоров'я первинного та/або вторинного рівнів. Наразі територіальні громади можна умовно розмежувати залежно від рівня забезпечення населення медичними послугами на 3 категорії, а саме: територіальні громади, що не мають комунальних закладів охорони здоров'я; територіальні громади, що мають лише заклади первинної медико-санітарної допомоги; територіальні громади, де функціонують два або більше заклади охорони здоров'я, що надають як первинну, так й вторинну медичну допомогу.

Примітно, що стратегічні охоронооздоровчі документи локального рівня затверджуються рішеннями сесій, сільських, селищних та/або міських рад. Стратегічне планування у сфері охорони здоров'я здійснюється територіальними громадами за однією з трьох усталених макромоделей, а саме: охорона здоров'я як невід'ємний стратегічний компонент комплексної стратегії розвитку територіальної громади; окрема стратегія розвитку сфери охорони здоров'я у територіальній громаді; стратегічний план підвищення інституційної спроможності заснованого територіальною громадою комунального некомерційного підприємства (лікарні, амбулаторії, фельдшерсько-акушерського пункту тощо) як надавача медичних послуг населенню. На цьому рівні особлива увага приділяється проведенню реконструкції/ремонтів будівель і приміщень закладів охорони здоров'я, забезпеченню доступності медичної допомоги та покращанню надаваних якості медичних послуг.

Основна мета муніципальних стратегій/програм/планів розвитку сектору охорони здоров'я полягає у забезпеченні тривалого активного життя і високої працездатності населення, усунення чинників негативного впливу на здоров'я мешканців, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності. Аналіз цих документів дає підстави стверджувати, що упродовж останнього часу відбулося суттєве коригування пріоритетів розвитку сфери охорони громадського здоров'я. Традиційна система охорони здоров'я мала реактивний характер, оскільки апіорі була зорієнтована на лікування, усунення руйнівних наслідків захворювання. Натомість актуальними пріоритетами визнано вакцинавання, онкопrevenція, профілактика неінфекційних захворювань, пропагування здорового способу життя тощо. Як наслідок, у муніципальних стратегіях розвитку сектору охорони здоров'я першочергова увага приділяється реалізації заходів за такими напрямками: профілактики, діагностики та лікування онкологічних хвороб; протидії захворюванню на туберкульоз; профілактики серцево-судинних захворювань; лікуванню цукрового діабету тощо.

Вже на початках трансформації локально-регіонального компоненту системи охорони здоров'я окреслилася суттєві суперечності.

Так, масове несприйняття у місцевих спільнотах викликала «оптимізація мережі лікарень» шляхом зменшення кількості ліжок-місць у закладах охорони здоров'я та/або закриття малих чи неефективних сільських лікарень, які традиційно надавали ресурсоємні види медичних послуг. При масовому зубожінні населення, відсутності можливостей для своєчасного надання якісної медичної допомоги на рівні територіальної громади, кризовому стані дорожнього господарства та нерозвиненості транспортної інфраструктури такі рішення неминуче спричиняють деморалізацію населення та підвищення рівня конфліктності й тривожності, оскільки сприймаються крізь призму порушення права людини на охорону здоров'я як пряма екзистенційна загроза для локальної спільноти, штучно створена непереборна перешкода в отриманні медичної допомоги або ж навіть як смертельний вирок для конкретної людини за відсутності екстреного реагування при виникненні невідкладних станів. В умовах перманентного погіршення демографічної та епідеміологічної ситуації, включаючи наслідки пандемії SARS-Cov-2, мешканці віддалених об'єднаних територіальних громад масово потерпають від неможливості доступу до амбулаторної допомоги (денного догляду, денної хірургії, лікування хронічних захворювань, реабілітації, паліативної допомоги тощо).

У контексті запровадження інноваційних підходів до забезпечення охорони здоров'я на локальному та регіональному рівнях викристалізувалася низка проблем, що потребують комплексного осмислення та оперативного вирішення, а саме:

- незалученість представників професійної медичної спільноти до розроблення локальних муніципальних стратегій охорони здоров'я;
- відсутність належного економічного обґрунтування обсягу субвенцій для «вирівнювання» можливостей об'єднаних територіальних громад надавати належний рівень медичної допомоги;
- поширеність дискримінаційної практики «зависання» на регіональному рівні додаткових дотацій на здійснення переданих з державного бюджету видатків для утримання закладів охорони здоров'я;
- недостатній обсяг цільових медичних субвенцій для оплати лікування орфанних захворювань, цукрового діабету тощо;
- фінансова неспроможність переважної більшості комунальних закладів охорони здоров'я попри запроваджені стимули для підвищення якості надання медичної допомоги населенню. В умовах пулінгу коштів на медичні послуги у Національній служби здоров'я України та запровадження договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (на основі капітаційної ставки, тобто тарифу за надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою за обслуговування одного пацієнта; пролікованого випадку;

фіксованого тарифу; глобальної ставки тощо) заклади охорони здоров'я потребують додаткового фінансування з місцевого бюджету, оскільки тарифи на медичні послуги не покривають усіх витрат. Додаткові ресурси також потребуються для оплати комунальних послуг, покращання інфраструктури, закупівлі та обслуговування обладнання тощо;

- дублювання сфер відповідальності Національної служби охорони здоров'я та органів місцевого самоврядування/»місцевих бюджетів», наслідком чого є «перекладання витрат і відповідальності» між профільними суб'єктами владних повноважень;
- відсутність науково обґрунтованих рекомендацій для територіальних громад щодо оптимальних моделей управління комунальними закладами охорони здоров'я, у тому числі уніфікації порядку встановлення розміру посадових окладів, преміювання і доплат медичним працівникам;
- існування низки організаційно-правових колізій при передачі органам місцевого самоврядування права власності на заклади охорони здоров'я;
- невиправдано завищена норма кількості декларацій на одного сімейного лікаря у сільській місцевості, що суттєво ускладнює надання медичних послуг населенню через різну щільність населення в об'єднаних територіальних громадах;
- відсутність швидкісного Інтернету, нестабільне функціонування медичних інформаційних систем, архаїчність програмного забезпечення комп'ютерної техніки, що нівелює переваги телемедицини та гальмує формування і використання електронних баз даних;
- відсутність та/або застарілість медичного обладнання, кисневих станцій, медико-санітарного транспорту класу В для транспортування пацієнтів до закладів охорони здоров'я вищого рівня, а також спеціалізованого медичного транспорту для сімейних лікарів;
- часткова фізична доступність приміщень і будівель закладів охорони здоров'я, що надають первинну, вторинну та інші види медичної допомоги, для маломобільних груп населення (оперативне інклюзивне пристосування приміщень і будівель зазвичай унеможливлено фінансовою неспроможністю об'єднаних територіальних громад);
- недостатня урегульованість питань щодо фінансування обов'язкових профілактичних медичних оглядів окремих категорій працівників бюджетної сфери і призовників;
- відсутність в уповноважених посадових/службових осіб органів і закладів охорони здоров'я локального та регіонального рівнів достатніх управлінських компетенцій та позитивного менеджерського досвіду у сфері охорони здоров'я;
- дефіцит та/або демотивація висококваліфікованого медичного персоналу у закладах охорони здоров'я локального рівня тощо.

Резюмуючи, зазначимо, що розбудова локальних кластерів охорони здоров'я здійснюється у контексті остаточного демонтажу архаїчної «системи Семашко». Підвищена управлінсько-правова колізійність суспільних відносин у сфері охорони здоров'я на локальному та регіональному рівнях загрожує хаотизацією національної системи охорони здоров'я, дискредитацією апробованих позитивних управлінських практик, поглибленням недовіри громадян до владних інституцій. Перспектива збереження динаміки реформування системи охорони здоров'я полягає в коригуванні державної політики у сфері охорони здоров'я на засадах людиноцентризму, максимальній консолідації зусиль держави та місцевих спільнот при реалізації реформаторських здоров'яохоронних заходів, імплементації принципів належного врядування, проактивному реагуванні на екзистенційні загрози, виробленні оптимальних уніфікованих алгоритмів вирішення управлінсько-правових колізій, поглибленні державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, забезпеченні перманентної зовнішньої комунікації та налагодженні партнерської взаємодії з громадськістю тощо.

Сенюта Ірина Ярославівна

доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри медичного права Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, голова Комітету медичного і фармацевтичного права та біоетики НААУ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ У СФЕРІ НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КРИЗЬ ПРИЗМУ НОВЕЛЬНОЇ ПРАКТИКИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ

Умови воєнного часу актуалізують проблематику прав людини, адже в такий особливий період загроза порушення досягає апогею. Євроінтеграційний вектор України, вкотре повертає до практики Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ), аби формувати національну доктрину та практику в праволюдінній системі координат.

У межах дослідження проаналізуємо правові позиції ЄСПЛ, які слугуватимуть викристалізації національних нормотворчих, правозастосовних і правореалізаційних алгоритмів. Привертаємо увагу, що згідно зі ст. 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини»: суди застосовують при розгляді справ Конвенцію та практику ЄСПЛ як джерело права. Практикою ЄСПЛ є практика ЄСПЛ та Європейської комісії з прав людини.

Сьогодні реалії на вістрі актуальності тримають питання захисту прав військовослужбовців, отож, рішення у справі «Плохові проти Росії» (2021) [1] становить неабиякий інтерес.

Справа стосувалася смерті сина заявників під час проходження строкової військової служби та відсутності ефективного розслідування його смерті. 17 травня 2004 р. сина заявника призвали в армію. На думку заявників та лікарів, які проводили огляд до призову, він був здоровий. У серпні 2005 р. син заявників скаржився на біль, звертався до лікаря принаймні двічі, коли відчув, що його стан погіршився. Його прохання було задоволено лише 3 вересня 2005 р., після того, як його стан знову погіршився. У нього діагностували гострий гастрит.

Йому були призначені діагностичні обстеження, проте так і не проведені. 10 вересня 2005 р. він посварився з іншим солдатом. Після нібито неодноразового удару в голову, він повідомив лікарю про блювоту, кров у сечі та біль у лівому боці. Наступного тижня син заявників був госпіталізований почергово до двох лікарень, йому було проведено різні діагностичні та лікувальні заходи. Проте 19 вересня 2005 р. військовослужбовець помер.

У 2005 та 2006 р.р. (двічі) прокурор відмовляв у відкритті кримінального провадження щодо смерті сина заявників. Заявники подали цивільний позов проти військової частини свого сина у зв'язку з його смертю. Позов було визнано необґрунтованим у першій та в апеляційній інстанції. Посилаючись на ст. 2 (право на життя) Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (далі – Конвенція), заявники скаржилися, що загибель їхнього сина під час проходження військової служби та відсутність належного розслідування з цього приводу порушили їхні права.

Правова позиція ЄСПЛ щодо матеріального аспекту полягала в такому:

1) не є вирішальним з точки зору зобов'язання держави захищати життя чи могли б аналізи крові та сечі забезпечити правильний діагноз і лікування, але проведення цих аналізів було б розумним кроком у будь-якому випадку. Пояснення лікаря медичної частини, що аналізи не проводилися, оскільки лаборант був у відпустці, є неприпустимим. Це лише демонструє, що медична частина не була належним чином обладнана чи укомплектована для надання належного рівня медичної допомоги.

Це важлива заувага для провадження медичних справ, адже невиконання необхідного обсягу, приміром, діагностичних заходів через несправність обладнання, відсутність фахівця тощо, не може бути виправданям неповноти обсягу наданої медичної допомоги пацієнтові. Цінним також є акцент на тому, що медичний працівник зобов'язаний здійснювати всі необхідні в кожному випадку втручання відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я, або принципів доказової медицини/доказової реабілітації. Національна судова практика майорить схожими прикладами щодо проблем діагностики, яка є складовою медичної допомоги згідно зі ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи), яка містить дефініцію юридичної конструкції «медична допомога».

В ухвалі Шевченківського районного суду м. Львова від 12.07.2021 [2] зазначено: лікар – хірург Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги неналежно виконував свої професійні обов'язки, внаслідок недбалого до них ставлення, зокрема: не призначив та не провів додаткових обстежень, які передбачені чинним законодавством про охорону здоров'я для надання допомоги хворим з травмою живота та гострим перитонітом, а саме: рентгенографію органів черевної порожнини, за результатами якої можна було б виявити вільний газ у черевній порожнині, який свідчить про перфорацію порожнистого органу (травматичний розрив тонкої кишки); ультразвукову діагностику органів черевної порожнини (паренхіматозних органів), за результатами якої можна було б побачити пошкодження печінки та вільну рідину в черевній порожнині, як реактивне запалення черевної порожнини; лапароцентез шляхом проколювання черевної стінки пацієнта з встановленням дренажної трубки чи голки з метою виявлення внутрішньо черевної кровотечі, або розриву порожнистих органів; лапароскопію, якою можна було б виявити наявність вмісту калу, крові, реактивної рідини в черевній порожнині пацієнта, перфорацію внутрішніх органів, кровотечу.

Не проведено також біохімічний аналіз крові хворого, за результатами якого можна було б діагностувати погіршення стану хворого ОСОБА_5. Несвоєчасне призначення черговим лікарем та не проведення додаткового обстеження пацієнту ОСОБА_5, не встановлення вчасно правильного діагнозу, неправильна тактика лікування хворого та відтермінування оперативного втручання на ранніх стадіях патологічного процесу призвели до того, що стан хворого ОСОБА_5 став критичний та його було переведено в реанімаційне відділення КМК ЛШМД. Згодом пацієнт помер.

Діагностиці приділяється фрагментарна увага на практиці при кваліфікації діянь, а це нерідко призводить до уникнення притягнення до юридичної відповідальності винних і слугує примноженню негативних випадків.

2) органи влади поставили під загрозу життя сина заявників, затримуючи доступ його до медичної допомоги, а потім відкладаючи належні обстеження, тестування і лікування, та не вжили необхідних заходів для захисту його життя. Проблематика своєчасності надання медичної допомоги має вагоме значення, зокрема при правовій оцінці діянь.

У Постанові Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 27.02.2019 [3] зазначено: У сфері надання медичної допомоги протиправними необхідно вважати дії медичного працівника, які не відповідають законодавству у сфері охорони здоров'я, зокрема стандартам у сфері охорони здоров'я та нормативним локальним актам. Відповідно до ч. 2 ст. 34 Основ обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта.

Таким чином, надання несвоєчасної або некваліфікованої медичної допомоги є протиправною поведінкою медичного працівника. Чітке обґрунтування ролі діагностики в наданні медичної допомоги відображено в Постанові Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 09.02.2022 [4]: встановлено наявність дефекту (у вигляді бездіяльності лікаря) в наданні медичної допомоги ОСОБА_4 – не проведення інструментальних обстежень – УЗД та/або рентгенографії органів грудної, черевної порожнини з метою виключення/підтвердження наявності у хворого такого ускладнення перебігу виразкової хвороби як перфорація виразки, що стало причиною несвоєчасного встановлення правильного клінічного діагнозу та, відповідно, несвоєчасного надання адекватної (хірургічне втручання) медичної допомоги – існує прямий причинно-наслідковий зв'язок між смертю ОСОБА_4 та даним дефектом. За умов проведення вищезазначених дій (до розвитку перитоніту) – життя пацієнта можна було б врятувати.

Щодо процесуального аспекту в цій справі ЄСПЛ вказав:

Відсутність кримінального розслідування чи інших засобів юридичного захисту, які могли б достовірно встановити обставини смерті сина заявників, дає підстави ЄСПЛ дійти висновку, що органи влади не виконали свого зобов'язання щодо проведення ефективного розслідування. Отож, видається, що відмова у відкритті кримінального розслідування також підірвала шанси заявників на успіх у цивільних судах, які не проводили незалежного встановлення фактів з метою встановлення причини смерті та притягнення винних до відповідальності.

У цій справі ЄСПЛ підкреслив, що кримінальне провадження може бути інструментом для цивільно-правового захисту прав людини, слугуватиме збору доказів для об'єктивного встановлення обставин події, пов'язаної з наданням медичної допомоги пацієнтові. Така процесуальна «наступність» ефективно механізми захисту цивільних прав, зокрема способом відшкодування шкоди.

У даному випадку ЄСПЛ констатував порушення ст. 2 Конвенції в матеріальному та процесуальному аспектах.

Одним з особливо складних є питання процесуальної перспективи медичних справ при відсутності патологоанатомічного розтину трупа. У власному адвокатському портфоліо була справа, яка стосувалась смерті жінки внаслідок неналежного надання медичної допомоги медичними працівниками районної лікарні. Зокрема, у висновку експерта було зазначено, що діагностично-лікувальний процес хворої було організовано не в повному об'ємі, без дотримання протоколів надання медичної допомоги, затверджених МОЗ України. Дати відповідь про причинно-наслідковий зв'язок неможна через відсутність інформації про патологоанатомічне дослідження трупа. Відсутність розтину ставала «вироком» у медичних справах і свідчила про процесуальну безперспективність.

Проте сьогодні такі правові ситуації вже мають майбутнє. У рішенні ЄСПЛ у справі «Третьякова проти України» (2021) [5] зазначено: під час повномасштабного розслідування, яке було розпочато в 2008 р. та припинено в 2012 р., органи влади визнали, що поведження з матір'ю заявника було неправильним, однак вони припинили це провадження, оскільки більше не було можливості довести причинний зв'язок між лікарською помилкою і смертю хворого. Відсутність розтину, очевидно, була однією з істотних причин припинення розгляду справи. За таких обставин впливає, що спосіб проведення кримінального розслідування підриває принцип ретельного вивчення основних фактів справи.

ЄСПЛ зазначає, що через місяць після того, як стався інцидент, головний лікар лікарні оголосив догану лікареві матері заявника. Однак ця дисциплінарна процедура не свідчить, що лікарня встановила всі відповідні факти або дослідила причинний зв'язок між поведінкою лікаря та смертю пацієнта. За таких обставин ЄСПЛ вважає, що розслідування, проведені лікарнею й органами охорони здоров'я, не відповідали процесуальним вимогам ст. 2 Конвенції. Тому було констатовано порушення процесуального аспекту ст. 2 Конвенції.

ЄСПЛ вважає, що національна система загалом, зіткнувшись із спірним випадком медичної недбалості, яка призвела до смерті матері заявника, не надала ефективної відповіді, яка б відповідала зобов'язанням держави за ст. 2 Конвенції.

Отож, ЄСПЛ підкреслив, що незважаючи на відсутність розтину, ускладнення процесуальної ситуації, все ж слід об'єктивно розслідувати справу і надати відповіді про причини смерті пацієнта.

Екстраполюючи справу з портфоліо на процесуальні варіанти успішного провадження справи, розглянемо цікавий алгоритм навіть при відсутності кримінально-правової перспективи. Процесуальний потерпілий «трансформується» у позивача шляхом подачі позову про відшкодування моральної шкоди, яка полягає у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо членів її сім'ї чи близьких родичів на підставі ч. 2 ст. 23 Цивільного кодексу України (далі — ЦК України). Справа розглядатиметься у порядку цивільного судочинства і що важливо без необхідності застосування ст. 1168 ЦК України, адже моральна шкода заподіяна протиправними діями щодо члена сім'ї, а не смертю члена сім'ї. Позивачу заподіяно моральну шкоду через протиправну поведінку щодо померлої за її життя, а саме порушення її права на медичну допомогу, що встановлено низкою доказів, зокрема у висновку експерта, що наведений в аналізованій справі.

Правильність позиції ілюструється і судовою практикою, а саме Постановою Львівського апеляційного суду від 27.02.2019 [6], в якій зазначено: «Таким чином, необхідно виключити з мотивувальної частини рішення висновки суду першої інстанції про те, що надання несвоєчасної та не в повному обсязі медичної допомоги медичними працівниками ОСОБА_6 районної лікарні спричинило смерть сина позивачів ОСОБА_11.

Проте, наведені обставини справи у їх сукупності дають підстави для висновку, що неправомірність дій працівників ОСОБА_6 районної лікарні під час надання сину позивачів медичної допомоги, яка встановлена висновками перевірок ЛОДА та МОЗ України, висновком комісійної судово-медичної експертизи №225 від 17.11.2015 року, свідчить про порушення права особи на належну медичну допомогу та заподіяння у зв'язку з такими протиправними діями працівників відповідача моральної шкоди батькам потерпілого ОСОБА_11».

Велика Палата Верховного Суду в постанові від 01.09.2020 [7] зазначила: «Виходячи з положень статей 16 і 23 ЦК України та змісту права на відшкодування моральної шкоди в цілому як способу захисту суб'єктивного цивільного права, компенсація моральної шкоди повинна відбуватися у будь-якому випадку її спричинення – право на відшкодування моральної (немайнової) шкоди виникає внаслідок порушення права особи незалежно від наявності спеціальних норм цивільного законодавства».

Наведений аналіз практики ЄСПЛ у поєднанні з національними судовими рішеннями дає підстави дійти кількох висновків:

1. Діагностика як складова медичної допомоги повинна обіймати чільне місце в медичній практиці, адже неправильність її призводить як мінімум до помилкового лікування, а як максимум – до смерті пацієнта. При правовій оцінці факту надання медичної допомоги діагностика повинна розглядатись як окремий сегмент медичної допомоги, не можна ототожнювати медичну допомогу виключно з лікуванням, що нерідко зустрічається у підходах правоохоронних органів, пам'ятаючи, що незворотність наслідків для пацієнта може настати саме через діагностичні заходи, здійснення яких було, або без дотримання стандартів у сфері охорони здоров'я, або їх не проводилось загалом.
2. У правовій практиці формуються новельні конструкції, підкріплені доктринальними розробками, судовими рішеннями, зокрема ЄСПЛ. Тому сьогодні ні відсутність патологоанатомічного розтину, ні закриття справи у зв'язку з відсутністю складу злочину через неможливість встановити причино-наслідковий зв'язок між діями медичних працівників і смертю пацієнта не є «вироком». Отож, професійний арсенал правників розширюється, для віртуозного оволодіння юридичними інструментами необхідний системний підхід, який навіть при особливо складних процесуальних ситуаціях допоможе віднайти необхідні способи захисту прав людини.

Використані джерела

1. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Плохові проти Росії» від 22.03.2021. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/rus/?i=001-206605>
2. Ухвала Шевченківського районного суду м. Львова від 12.07.2021 (справа №466/7510/18). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/98229557>

3. Постанова Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 27.02.2019 (справа №755/2545/15-ц). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/81020404>
4. Постанова Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 09.02.2022 (справа 161/7881/20). URL: <http://iplex.com.ua/doc.php?regnum=103282818&red=100003f3b176149034e94c11cd775704341fca&d=5>
5. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Третьякова проти України» від 04.11.2021. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng/?i=001-212963>
6. Постанова Львівського апеляційного суду від 27.02.2019 (справа №438/413/14-ц). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/80293611>
7. Постанова Великої Палати Верховного Суду від 01.09.2020 (справа №216/3521/16). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/91644731>

Стеценко Семен Григорович

*доктор юридичних наук, професор, член-кореспондент
НАПрН України, суддя Верховного Суду*

ПРИНЦИПИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Однією із найважливіших сфер суспільного життя справедливо вважається охорона здоров'я, яка за своєю сутністю є ні чим іншим як системою органів та установ, діяльність яких спрямована на забезпечення охорони найважливіших загальнолюдських цінностей – життя та здоров'я. Без перебільшення можна констатувати, що коли держава спроможна на належному рівні вибудувати сферу охорони здоров'я – вона може констатувати спроможність забезпечувати левову частину соціальних потреб людини. Реалії першої чверті двадцятого століття свідчать про необхідність суттєвого перегляду поглядів науковців та практиків щодо державного управління в сфері охорони здоров'я громадян. Поряд із збереженням відношення до медичної діяльності як однієї з соціальних функцій держави, за останній час виникли та посилились тенденції відносно охорони здоров'я громадян як фактору забезпечення національної безпеки України. Виокремимо лише декілька факторів, котрі засвідчують актуальність виокремлення та аналізу принципів державного управління у сфері охорони здоров'я: – по-перше, надання медичної допомоги представникам військових формувань в умовах оголошення в Україні воєнного стану потребує переосмислення функціонування державної, комунальної, приватної, відомчої медицини та вочевидь ставить питання про запровадження єдиного медичного простору, виокремлення основних засад його функціонування;

– по-друге, процеси децентралізації, котрі останніми роками досить активно упроваджуються у державотворчі явища України, ставлять питання про паралельну трансформацію закладів та установ охорони здоров'я;

– по-третє, необхідність урахування пріоритету забезпечення прав, свобод і законних інтересів пацієнтів у контексті статті 49 Основного закону держави;

– по-четверте, виклики останніх років (зокрема, пандемія COVID-19) та необхідність у цьому зв'язку побудови дієвої системи запобігання негативним проявам цього захворювання;

– по-п'яте, потреби зміни акцентів при визначенні державного фінансування сфери медичної діяльності в Україні.

Ведучи мову про принципи державного управління в сфері охорони здоров'я, необхідно зазначити, що це питання, не дивлячись на його перш за все теоретичне спрямування, має неабияке практичне значення. Адже принципи державного управління – це основні засади, закономірності, на яких здійснюється регулюючий вплив держави на сферу медичної діяльності. Від якісно сформульованих принципів багато в чому залежить подальша реалізація державного управління в такій важливій галузі, якою є медицина. З нашої точки зору, на сьогоднішній день даними принципами можуть визнані наступні:

- загальнодоступність медичної допомоги;
- безоплатність мінімуму медичних послуг;
- пріоритетність первинної медичної допомоги;
- запровадження обов'язкового медичного страхування;
- формування єдиного медичного простору.

Загальнодоступність медичної допомоги полягає в можливості рівного доступу громадян до ресурсів та можливостей медицини незалежно перш за все від місця мешкання. Ще зовсім недавно ми говорили про загальнодоступність в даній сфері незалежно від матеріального стану та соціального положення, в той же час на сьогоднішній день актуалізувався саме територіальний аспект. Адміністративно-територіальна реформа як складова частина адміністративної реформи в Україні ставить за мету наблизити до громадян так звані адміністративні (управлінські) та соціальні послуги з боку державних органів та органів місцевого самоврядування. Лише за останні 2-3 роки в Україні у декілька разів скорочена кількість районів, натомість посилена ланка місцевого самоврядування, акцентована увага на підтримці об'єднання територіальних громад. Все це ставить перед очільниками сфери охорони здоров'я питання належного супроводження цих загальнодержавних процесів на рівні медичної галузі.

Скоріше недосяжною мрією можна вважати безоплатність всіх видів та об'ємів медичної допомоги для громадян. Навіть такі високорозвинені (США, Німеччина, Японія) чи природно багаті країни (Саудівська Аравія, ОАЕ) не можуть собі дозволити таку розкіш, як повністю безкоштовну медицину. Згадуючи радянські часи нашої країни, теж необхідно відзначити, що за певні види медичних послуг (наприклад в стоматології, косметології, санаторно-курортній справі) громадяни здійснювали плату особисто. Тому сьогоднішній стан розвитку охорони здоров'я в Україні свідчить про необхідність чіткого визначення переліку тих видів (об'ємів) медичної допомоги, які надаються пацієнтам безкоштовно. Тут другорядною може вважатись проблема того, звідки ж будуть надходити кошти за реально проведені медичні обстеження (профілактику, лікування) – чи то безпосередньо з бюджетів різних рівнів, чи то від роботодавців, чи з інших джерел. Основний критерій, який може вважатись ключовим з точки зору державного управління – безоплатність даного мінімуму медичних послуг для конкретного пацієнта. Маємо вказати на важливість тієї обставини, що ринок медичних послуг достатньо трансформувался за роки незалежності України. Частина громадян України має спроможність купувати для себе медичні послуги, проте вона природно вимагає високої якості цих послуг. За отримання цих коштів уже зараз відзначається конкуренція між різними лікувально-профілактичними закладами.

У всі часи, коли мова заходила про медицину, з точки зору держави поставало питання щодо тих чи інших пріоритетів в управлінні даним видом діяльності. Пріоритети стосувались як суто управлінських аспектів, так і фінансування, підготовки кадрів тощо. Немає жодних сумнівів, що в XXI століття Україна ввійшла з такими показниками здоров'я нації та станом медицини, які обумовлюють необхідність сприйняття як першочергового пріоритету розвиток первинної ланки медичної допомоги. До неї з певним ступенем допустимості можуть бути віднесені амбулаторно-поліклінічна допомога, сімейна медицина, фельдшерсько-акушерські пункти та амбулаторії в сільській місцевості. Світова практика свідчить, що до 50% лікарів у провідних країнах світу – це лікарі загальної практики (типові представники первинної ланки надання медичної допомоги), в той час як в Україні їх кількість на сьогодні не перевищує 10%. Водночас на первинну медичну допомогу в світі витрачається до 60% всіх коштів, що йдуть на медицину, а у нас цей показник не сягає і 20%. Виходячи з того, що лівова частина всіх звернень громадян з приводу стану свого здоров'я реалізується шляхом надання їм відповідної медичної саме на первинному рівні, а спеціалізованої медичної допомоги потребують не більше 30% пацієнтів, безумовним пріоритетом державного управління в сфері охорони здоров'я громадян має бути саме первинна медична допомога.

Медичне страхування – це окремий вид соціального страхування, який гарантує з боку держави рівні можливості для громадян України в отриманні медичної допомоги та забезпеченні ліками. Реалії сьогодення свідчать, що цей шлях в організації медичної діяльності вибрали більшість передових країн світу. Якщо добровільне медичне страхування в певних варіантах в Україні вже існує, то дискусії з приводу введення обов'язкового не вщухають вже декілька років. На думку автора, альтернативи обов'язковому медичному страхуванню нині в Україні немає. Позитивні риси, які притаманні даному виду страхування – це перш за все запровадження договірних відносин між суб'єктами медичного страхування (пацієнт, лікувальна установа, страхова медична компанія, роботодавець), зміни в системі фінансування медичної сфери та вдосконалення контролю за якістю надання медичних послуг. Думається, що шляхом законодавчого впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні, держава зможе набагато в більшій мірі забезпечити реалізацію права громадян на отримання медичної допомоги.

І, насамкінець, – формування єдиного медичного простору. Цей простір передовсім спрямований на функціональне об'єднання можливостей державної, комунальної, приватної та відомчої медицини задля покращення якості та доступності медичної допомоги. У сенсі пошуку шляхів створення та належного правового регулювання єдиного медичного простору важливим видається попереднє формулювання правових підходів, за якими буде відбуватись створення та публічне управління означеним медичним простором. Дані підходи повинні стати свого роду фундаментом побудови даного функціонального медико-правового утворення. Зазначимо, що сама побудова єдиного медичного простору України не повинна суперечити більш об'ємному явищу, у парадигмі якого знаходиться єдиний медичний простір. Мова йде про державне управління сферою охорони здоров'я громадян як організаційно-правовий феномен, завдяки якому держава та інші публічно-правові інституції мають можливість впливати на суспільні відносини у сфері охорони здоров'я та здійснювати керівний вплив на їх розвиток.

Таким чином, якісно сформульовані принципи дають можливість прогнозувати та реально здійснювати державне управління в сфері охорони здоров'я громадян. Це в подальшому дасть можливість належним чином упроваджувати у життя медичні реформи, ключова спрямованість яких – покращення доступності та якості медичної допомоги.

Е-HEALTH В УКРАЇНІ: ДОСЯГНЕННЯ ТА НЕДОЛІКИ

ВООЗ визначає e-Health як безпечне та економічно обґрунтоване використання інформаційних і комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я, враховуючи надання медичної допомоги, організацію нагляду за здоров'ям населення, медичну освіту, поширення знань, навиків і результатів дослідження.

Міжнародний досвід свідчить, що в умовах браку ресурсів інформаційно-комунікаційних технологій стають важливою інфраструктурою, на якій можуть ґрунтуватися більшість сфер для досягнення ефективних рішень. Стрімкий розвиток інформаційно-комунікаційних технологій, зокрема в сфері великих даних, штучного інтелекту розглядається більшістю країн як основна відповідь на зазначені виклики [1].

Електронна система охорони здоров'я – інформаційно-комунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною інформацією, шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

Слід зауважити, що Україна, зокрема, є визнаним лідером у сфері розроблення програмного забезпечення. Крім того, накопичено позитивний досвід щодо впровадження електронного урядування, електронної системи закупівель, системи електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів. Єдиного державного веб-порталу електронних послуг «Портал Дія», що створює сприятливі умови для розроблення і реалізації технічних рішень у сфері інформаційно-комунікаційних технологій та охорони здоров'я.

Вже декілька років як в Україні запроваджено e-Health і вже сьогодні можемо говорити про досягнення та прорахунки у запровадженій моделі електронного здоров'я.

Запроваджена електронна система охорони здоров'я покликана реалізувати принцип «гроші йдуть за пацієнтом», спростити всебічний аналіз стану здоров'я населення, за результатами якого можна оперативно розробити оптимальний план закупівлі медичних послуг і лікарських засобів й ефективно витратити кошти.

Так, на сьогодні електронна система охорони здоров'я забезпечує укладення електронних декларацій із сімейними лікарями, виписку електронних рецептів за програмою «Доступні ліки» та електронних направлень, ведення електронної медичної картки тощо.

На жаль, сьогодні термін e-Health використовується скоріш як система обліку та планування ресурсами в галузі охорони здоров'я з метою ефективного використання коштів платників податків. Це дуже обмежений підхід адже не враховує щонайменше медичний аспект. Декілька років тому планувалося створити мінімально життєздатний продукт, який би забезпечив облік декларацій пацієнтів. Безумовно, це стало поштовхом для створення та впровадження медичних інформаційних систем у медичних закладах, проте, так і не вирішило принципове питання – забезпечення ефективного доступу до медичних послуг населення. Зрештою, це не відповідає основній меті – пацієнтоорієнтована система охорони здоров'я. Досі не вирішеним залишається питання обміну медичними даними, при тому, що саме цифрові рішення дозволяють це зробити максимально ефективно.

Варто зазначити, що для забезпечення доступу пацієнта до управління власними медичними даними, а також якості, безпечності та доступності медичних послуг перед електронною системою охорони здоров'я стоїть ряд викликів, пов'язаних з:

1. Необхідністю визначення загальнодержавного стратегічного бачення розвитку та застосування електронної системи охорони здоров'я;
2. Недостатністю ресурсного забезпечення системи;
3. Необхідністю зміцнення інституційної спроможності адміністратора центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, а також розблокування моделі «Vendor lock-in»;
4. Відсутністю узгодженого плану розвитку функціональних компонентів електронної системи охорони здоров'я, а також необхідністю удосконалення існуючих та впровадження нових компонентів системи;
5. Паралельним існуванням паперових та електронних форм, зокрема двох маршрутів для пацієнта – старого (паперового) та нового (електронного), що нерідко суперечать один одному [1].

Попри значний нормативний фундамент, електронна система охорони здоров'я все ж доволі хитка та потребує значного укріплення.

Відтак, пропонуємо кілька зауваг до нормативного панно електронної системи охорони здоров'я:

У ст. 24-2 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2] (далі – Основи) міститься положення відповідно до якого доступ до його відомостей про пацієнта, що містяться в електронній системі охорони здоров'я можливий лише за його згодою.

Також законодавець передбачив вичерпний перелік випадків, коли такий доступ можливий без згоди пацієнта, зокрема:

- за наявності ознак прямої загрози життю пацієнта;
- у разі неможливості отримання згоди такого пацієнта чи його законного представника (до часу, коли отримання згоди стане можливим);
- за рішенням суду.

Здавалося б питання щодо доступу до даних вичерпано, але ж ні у п. 3 ст. 24-2 Основ законодавець надає доступ до даних про пацієнта, без його безпосередньої згоди, усім лікарям за направленням сімейного лікаря. Така пропозиція вже мала місце в первинній редакції наказу МОЗ України №503 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [3], проте зазнала значної наукової критики та була змінена законотворцем практично одразу після прийняття.

У Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затверженому Постановою Кабінету Міністрів України №411 від 25.04.2018 [4] (далі – Порядок) зазначено:

а) п. 30: «Заява пацієнта (його законного представника) про відкликання заяви про надання згоди на обробку персональних даних або про надання доступу третім особам до інформації, що міститься у центральній базі даних, повинна бути опрацьована протягом трьох робочих днів»;

б) ч. 3 п. 41: «пацієнт (його законний представник) має право: подавати заяви про відкликання заяви про надання згоди на обробку персональних даних, що міститься у центральній базі даних».

У цих положеннях йдеться про право пацієнта відкликати свою раніше подану заяву про надання згоди на обробку персональних даних. Згідно з п. 6 ч. 2 ст. 7 Закону України «Про захист персональних даних» [5], обробка персональних даних, зокрема медичних, здійснюється відповідно до закону з метою функціонування електронної системи охорони здоров'я нормативно встановленим колом суб'єктів, отже, згоди на таку обробку не потрібно. Найдивніше, що нормотворець в аналізованому Порядку в п. 23 теж констатує, що «персональні дані у реєстрах можуть оброблятися у цілях охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення лікування або надання медичних послуг, функціонування електронної системи охорони здоров'я. Персональні дані, що стосуються здоров'я, можуть оброблятися за умови, що вони обробляються медичним працівником або іншою особою закладу охорони здоров'я чи фізичною особою – підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та її працівниками, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю, працівниками НСЗУ, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних».

Відповідно до ст. 7 Закону України «Про захист персональних даних», з метою виконання подання Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини від 2 червня 2014 р. №1-1014/14-105 МОЗ України скасовано форму «Інформована добровільна згода пацієнта на обробку персональних даних» (Наказ МОЗ України від 8 серпня 2014 р. №549) та зазначено, що персональні дані, які містяться у формах первинної облікової документації, затверджених Наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 р. №110, обробляються відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних». Отож, постає запитання: чому в Порядку немає прямої вказівки на те, що пацієнт дає згоду на обробку персональних даних, проте міститься положення, що пацієнт має право подати заяву про відкликання заяви про надання згоди на обробку персональних даних.

Ще однією законодавчою колізією, до якої варто привернути увагу, є положення ч. 5 п. 8 Порядку, в якому йдеться про можливість надання пацієнтами (їхніми законними представниками) згоди в письмовій формі або у формі, що дає змогу дійти висновку про надання згоди, на доступ до даних про себе (про пацієнта для законних представників), що міститься в електронній системі охорони здоров'я, лікарям, третім особам. Проте вже в п. 10 цього ж Порядку зазначено: «обробка персональних даних у електронній системі охорони здоров'я здійснюється з дотриманням вимог Закону України «Про захист персональних даних». Як уже зазначалось, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», згоди на обробку персональних даних пацієнта не потрібно. То ж як буде здійснюватись така обробка на практиці: «за згодою» чи «без згоди»?

Порядок як підзаконний документ повинен відповідати нормам закону, не суперечити їм, тому законотворцям треба узгодити його з чинною нормативною базою.

Електронізація системи охорони здоров'я покликана слугувати забезпеченню прав людини у сфері охорони здоров'я. Незважаючи на проблеми з якими стикається вітчизняна система e-Health, все ж свої ключові завдання вона поетапно досягає.

Використані джерела

1. Концепція розвитку електронної системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України №1671-р від 28.12.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992. №2801-XII URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
3. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: наказ МОЗ України №503 від 19.03.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>
4. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 №411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>
5. Про захист персональних даних: Закон України від 01.06.2010 №2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

«Медичне право України: історичні аспекти, новітні тенденції та перспективи розвитку»



Пам'яті

ГЛАДУНА Зіновія Степановича (12.04.1950 – 11.07.2021)

