



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР МЕДИКО-ПРАВОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
НАПРН УКРАЇНИ ТА НАМН УКРАЇНИ
МІЖНАРОДНА АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА**

ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

23 травня 2019 року



м. Запоріжжя

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР МЕДИКО-ПРАВОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НАПРН ТА НАМН УКРАЇНИ
МІЖНАРОДНА АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА**

**ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ
ТРАНСФОРМАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

23 травня 2019 року

Запоріжжя
2019

УДК 342.9: 614.2

М 58

Редакційна колегія:

Аніщенко Михайло Анатолійович, доцент кафедри управління і економіки фармації, медичного та фармацевтичного права ЗДМУ, кандидат юридичних наук;

Алексєєв Олександр Германович, вчений секретар, доцент кафедри управління і економіки фармації, медичного та фармацевтичного права ЗДМУ, кандидат фармацевтичних наук;

Гамбург Леонід Самойлович, доцент кафедри управління і економіки фармації, медичного та фармацевтичного права ЗДМУ, кандидат юридичних наук, доцент.

За загальною редакцією

ректора Запорізького державного медичного університету, доктора медичних наук,
професора, Заслуженого діяча науки і техніки України

Колесника Юрія Михайловича

М 58 Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 23 травня 2019 р.) / за заг. ред. Ю.М. Колесника. - Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. - 148 с.

У збірнику представлені матеріали тез доповідей, що виражають теоретичні та практичні правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я. Авторами статей є науковці та практики галузі правознавства та охорони здоров'я з різних регіонів України та з інших держав, колом професійних інтересів яких є правові питання медицини та фармації.

УДК 342.9: 614.2

© М.А. Аніщенко, О.Г. Алексєєв, Л. С. Гамбург, 2019

© Видавництво ЗДМУ, 2019

ISBN 978-966-417-186-7

ЗМІСТ

Агиевец С. В. ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦІЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	6
Степенко В. Ю. ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТРАХОВОЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	10
Пашков В. М. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОКРЕМИХ НАПРЯМІВ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ: КОРУПЦІЙНІ РИЗИКИ.....	14
Булеца С. Б., Менджул М. В. ДОГОВІР СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ.....	19
Авдей А. Г. О ПРАВОВОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ.....	23
Аніщенко М. А. АНТИКОРУПЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ В ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЗАКОНОДАВЧО ПЕРЕДБАЧЕНА НЕОБХІДНІСТЬ.....	27
Галстян Н. В., Алексеев О. Г. ВІДОМЧЕ ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТЕХНІЧНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКІВ У АПТЕЧНИХ УМОВАХ.....	30
Гамбург Л. С, Гамбург І. А. РЕОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ У КОМУНАЛЬНІ НЕКОМЕРЦІЙНІ ПІДПРИЄМСТВА: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПРАВАЗАСТОСУВАННЯ.....	32
Гарасимів О. Ю. ОСОБЛИВОСТІ ОБРОБКИ МЕДИЧНИХ ДАНИХ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ ПРАКТИКИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ).....	36
Герц А. А. ПРИЧИННИЙ ЗВ'ЯЗОК ЯК УМОВА НАСТАННЯ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	39
Головчак Я. В. ПРОБЛЕМИ ЮРИДИЧНОЇ ДОЗВОЛЕНОСТІ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА.....	42
Давидов П. Г., Антончук В. Н., Ковальчук Б. А. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСКРИМИНАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ	45
Давидов П. Г., Ліперт Л. С. ПРАВОВІ АСПЕКТИ У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ТА РЕПРОДУКТИВНОМУ КЛОНУВАННІ.....	49
Давидов П. Г., Шевченко Е. Ю. КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА МЕДИЧНЕ ПРАВОПОРУШЕННЯ..	53

Дічко Г.О. ВИПАДКИ ПРАВОМІРНОГО РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНОЇ ТАЄМНИЦІ.....	57
Доценко М. Я., Боєв С. С., Шехунова І. О., Герасименко Л. В., Любітов Д. Ю. ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВОВОГО ПОЛЯ В УМОВАХ ЗДІЙСНЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.....	61
Жарлінська Р. Г., Гаврилук А. О., Зверховська В. Ф. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	63
Загнибіда А. Ю., Гамбург Л. С. ПИТАННЯ ЗАКОНОДАВЧОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ І МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ.....	67
Кадуліна І. С. ПРОБЛЕМИ ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС ДОСУДОВОГО РОЗСЛІДУВАННЯ ТА СУДОВОГО РОЗГЛЯДУ «МЕДИЧНИХ СПРАВ».....	69
Капітаненко Н. П. ОСОБЛИВОСТІ АДМІНІСТРАТИВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПРАВопорушення у сфері охорони здоров'я.....	71
Квіт Н. М. ПЕРСПЕКТИВИ ПОКРАЩЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕТИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ДОСЛІДЖЕНЬ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	75
Кодолич Е. А. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ¹	79
Комоцкая И. А. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ.....	82
Крилова О. В. ДЕЯКІ АСПЕКТИ СУДОВОГО ОСКАРЖЕННЯ ДІЙ ЛІКАРЯ.....	86
Лисенко Т. В. ВРАХУВАННЯ СУЧАСНОГО ПОЗИТИВНОГО ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	90
Литвиненко О. В., Сінча Н. І., Дондик Н. Я. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФІНАНСОВОГО І ПОДАТКОВОГО ОБЛІКУ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ: ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ.....	93
Литвиненко О. В., Сінча Н. І., Дондик Н. Я. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АУДИТУ В СИСТЕМІ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ.....	95
Миронов А. Г. КОНТРОЛЬ ЯК ЯВИЩЕ ПРАВОВОЇ ДІЙСНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	97
Мосаєв Ю. В. СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ КОНФЛІКТИ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ФАРМАЦІЇ В РОЗРІЗІ ТЕОРІЇ СТРУКТУРНОГО ФУНКЦІОНАЛІЗМУ.....	100

Мостовенко О. С. ДЕЯКІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОДЕРЖАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	103
Мусієнко А. В. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ»	105
Олійник Р. В. ОСОБЛИВОСТІ ДОГОВІРНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ДОНОРСТВА.....	107
Потайчук І. В. СУБ'ЄКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ТАЄМНИЦІ.....	110
Прасов О. О. РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО- ВИКОНВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ ТА ПРАВО НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ОСІБ, ЗАСУДЖЕНИХ ДО ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ.....	114
Рошиян Н. О., Аніщенко М. А. АНТИКОРУПЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: ОСНОВНІ НАПРЯМИ.....	118
Самко А. В., Британова Т. С. ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	122
Сіделковський О. Л. ЄДИНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРОСТІР УКРАЇНИ: ІСТОРИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	126
Сізінцева Ю. Ю. ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ПРОФЕСІЙНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ.....	129
Соловйов С. П., Гамбург Л. С. ПРАВОВЕ ЗАПОБІГАННЯ ПОРУШЕНЬ УСТАНОВЛЕНИХ ПРАВИЛ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН, ЇХ АНАЛОГІВ АБО ПРЕКУРСОРІВ (СТАТТЯ 320 ККУ).....	132
Тучков С. С. КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОЧИНІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО ВЧИНЯЮТЬСЯ МЕДИЧНИМИ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ.....	134
Черніков Є. Е. ІСТОРІЯ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ.....	138
Чечерський В. І. СПІВВІДНОШЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ВІДТВОРЕННЯ З ПРАВОМ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я.....	142
Яценко О. В., Шехунова І. О., Герасименко Л. В., Любітов Д. Ю. ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ТА ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТА В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.....	146

Агиевец Светлана Владимировна,
первый проректор
ЧУО «БИП–Институт правоведения»,
кандидат юридических наук, доцент
Республика Беларусь

ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В 2018 году Беларусь вошла в группу стран с самым высоким уровнем человеческого развития, где учитываются критерии развития системы здравоохранения. На сегодняшний день особую актуальность приобрели вопросы функционирования высокоэффективной качественной системы здравоохранения как важнейшей сферы жизнедеятельности общества и фактора долгосрочного роста трудовой активности граждан. В Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 года особый упор сделан на реализацию задач обеспечения качественным здравоохранением и развития целостной системы управления качеством медицинской помощи на основе стандартизации, где имеют особое значение критерии качества.

С нашей точки зрения, одним из наиболее сложных вопросов эффективной реализации поставленных задач является отсутствие в белорусском законодательстве определения терминов «качества медицинской помощи», «экспертизы качества медицинской помощи», а также отсутствия в белорусской юридической доктрине правовых институтов качества медицинской помощи и экспертизы качества медицинской помощи, т.е. достижение целей устойчивого развития страны ведет к трансформации законодательства о здравоохранении.

В научной литературе существуют различные подходы к определению качества медицинской помощи.

Линденбрaten А.Л. качество медицинской помощи определял, как степень соответствия проводимых лечебно-диагностических мероприятий профессиональным стандартам или правилам выполнения тех или иных технологий с учетом уровня современной медицины и материальной базы здравоохранения [1, с. 51].

Среди многочисленных определений качества медицинской помощи Часнойть Р.А. называет следующее: «Совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню

медицинской науки и технологии» [2, с. 154]. В развитие своей мысли автор перечисляет ряд критериев качества медицинской помощи:

- «1) соответствие современному уровню развития науки (профессиональных знаний);
- 2) удовлетворение потребностей (и ожиданий) пациентов;
- 3) соответствие установленным требованиям, стандартам;
- 4) оптимальное (эффективное) использование ресурсов;
- 5) соответствие достигнутого результата желаемому (ожидаемому)» [2, с. 158].

В тоже время в соответствии с рекомендациями специалистов Европейского регионального бюро ВОЗ основными критериями качества медицинской помощи являются безопасность, доступность и оптимальность медицинской помощи, а также удовлетворенность пациента.

В скором времени Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» планируется дополнить нормами, содержащими нормативное определение качества медицинской помощи и экспертизы качества медицинской помощи. Так, предлагается определить качество медицинской помощи как «совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов, степень соответствия клиническим протоколам, разработанным с учетом современного уровня развития медицинской науки и технологий, а также своевременность ее оказания и степень достижения запланированного результата». Представляется, что в данном определении излишним является указание на характеристику клинических протоколов как разработанных с учетом современного уровня медицинской науки и технологий, поскольку это объективное требование, которое учтено законодателем в нормативных правовых актах, закрепляющих процедуры подготовки клинических протоколов и их содержание. С нашей точки зрения, в анализируемом определении необходимо отразить соответствие медицинской помощи не только клиническим протоколам, но и нормативным правовым актам в области здравоохранения. Речь идет о соблюдении правовых норм, которые являются содержательной характеристикой качества оказания медицинской помощи. Например, соблюдение таких прав пациента как информированное согласие, уважительное и гуманное отношение и т.д.

Следует согласиться с Тимофеевым И.В., что «оценка качества медицинской помощи – это относительно новая технология, позволяющая не только исследовать процесс оказания медицинской помощи, оценить организационно-техническую структуру ресурса здравоохранения, включая обеспеченность квалифицированными кадрами, оснащением и т.д., но и определить фактическое качество результата, отражающее степень приближения к максимально возможному результату лечения» [3, с. 117].

В связи с этим, считаем целесообразным закрепить в определении качества медицинской помощи такой критерий как оптимальность использования ресурсов. Речь идет о ситуациях, когда качество медицинской помощи ограничено наличием соответствующих кадровых ресурсов и (или) техническим оснащением учреждения здравоохранения.

При обосновании необходимости нормативного закрепления термина «качество медицинской помощи» и определения его содержания следует учитывать современные реалии, когда доступность медицинской информации привела к значительному росту требований со стороны пациентов к качеству медицинской помощи. В итоге, мы наблюдаем увеличение обращений граждан по поводу качества медицинской помощи, в том числе и в правоохранительные органы. Рассмотрение таких обращений при отсутствии законодательного закрепления определения «качества медицинской помощи» приводит к высокому риску нарушения права на защиту интересов как врачей, так и пациентов, объективного установления законности и справедливости качества медицинской помощи. В итоге, в обществе наблюдается нагнетание противостояния между пациентом – врачом (учреждением здравоохранения). Потому что пациенты лишены возможности иметь надлежащую степень доверия к действиям медицинских работников, а врачи не имеют возможности воспользоваться правовым инструментом защиты своей профессиональной компетентности, поскольку он отсутствует. Поэтому внедрение института качества медицинской помощи и экспертизы качества медицинской помощи диктуется не только международными требованиями, но и необходимостью закрепления в нормативных правовых актах новых отношений в цепочке пациент – врач (учреждение здравоохранения).

При наличии легального закрепления определения качества медицинской помощи закономерно встает вопрос об экспертизе качества медицинской помощи. Юристов при разрешении конфликтных ситуаций ненадлежащего качества медицинской помощи интересуют правовой анализ конкретной ситуации и выявление причинно-следственной связи между соблюдением (несоблюдением) закрепленных в законодательстве критериев качества медицинской помощи и последствиями ее оказания.

Здесь ключевое значение в формулировании содержания правовой конструкции определения «экспертиза качества медицинской помощи имеет, так называемая триада «Донабедиана», когда оцениваются структурный подход (отражает организационно-техническое качество используемых ресурсов: материально-технической базы, кадровое обеспечение и т.д.); процессный подход (отражает выбор методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, соблюдения норм, стандартов, выбранных методов);

результатный подход (отражает соотношение фактического результата со степенью максимально возможного результата медицинской помощи) [4, с. 115].

С нашей точки зрения, качество медицинской помощи – это совокупность критериев, отражающих своевременность и оптимальность оказания медицинской помощи, ее соответствие клиническим протоколам и нормативным правовым актам в области здравоохранения, а также степень достижения запланированного результата.

Такое определение позволяет оценить не только качество работы врача, но и уровень качества медицинской помощи в конкретном учреждении здравоохранения, в районе, городе, области, в отрасли в целом.

Список использованных источников

1. Линденбрaten, А.Л. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы / А.Л. Линденбрaten, В.В. Ковалев // Здравоохранение. – 2011. – №6. – С.50-56.

2. Часнойть, Р.А. Общественное здоровье и здравоохранение: основы экономики, финансирование и управление / Р.А. Часнойть и [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 251с.

3. Тимофеев, И.В. Право и медицина: конституционно-правовые, организационные вопросы доступности и качества медицинской помощи: учеб. пособие / И.В. Тимофеев. - СПб.: Изд-во ДНК, 2017. – 448с.

4. Donabedian, A. The Seven pillars of Quality /A. Donabedian // Arch Pathol Lab Med. 1990. Vol. 114. P.115-119.

Стеценко Валентина Юріївна,
завідувач кафедри правознавства та галузевих
юридичних дисциплін Національного педагогіч-
ного університету імені М.П. Драгоманова
доктор юридичних наук, професор

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТРАХОВОЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Переважає більшість негативних подій має випадковий характер, тому жодна з тих осіб, в житті яких можуть відбутися ці події, не може з достовірністю не тільки стверджувати – чи настане для неї ця подія чи ні, але і заздалегідь визначити розмір тих коштів, які можуть їй знадобитися для компенсації негативних наслідків. На відміну від цього збиток, який спричиняють деякі з негативних подій суспільству в цілому або достатньо великій групі людей, може заздалегідь передбачатися. Дане передбачення ґрунтується на вивченні як частоти виникнення згаданих подій для великого числа учасників, так і середньої величини збитку.

Саме можливість достовірної оцінки загального числа подій і середнього розміру збитку для великої кількості учасників, а також ризик настання шкідливої події для людини дозволяє застосовувати специфічний механізм для компенсації можливого збитку – страхування. При цьому однією з найпривабливіших сторін механізму страхування є малий розмір страхових внесків по відношенню до величини можливої страхової виплати. Тут проявляється принцип солідарності (солідарна взаємодопомога людей).

Як альтернативна система медичної допомоги може виступати добровільне медичне страхування на солідарній основі - громадська солідарна система медичного страхування. Це, перш за все, створення лікарняних кас або товариств взаємного страхування, досвід організації та функціонування яких вже мав місце в Україні: у кінці XIX та на початку XX століття вони успішно забезпечували фінансування медичної допомоги. Вони створюються як правило, в окремому регіоні, у рамках професійної групи населення, галузі, окремого виробництва.

Перша в Україні лікарняна каса була створена в 1870 року на адміралтейському заводі «Руссуд» в м. Миколаєві. Тут, використовуючи лікарняний збір коштів, підприємці уклали першу в Україні угоду з Миколаївським військово-морським шпиталем, відповідної до якої робітникам заводу гарантувалась медична допомога при нещасних випадках. Отже, лікарняну касу в Миколаєві слід вважати однією з перших в Україні

організаційних форм первинної ланки надання медичної допомоги на страхових засадах [1, с. 5].

Загалом же варто вказати, що країною, яка має потужну історію розвитку страхування загалом та медичного страхування зокрема, є Німеччина. Саме в Німеччині вперше було запроваджено обов'язкове соціальне медичне страхування. Існуюча в даний час система організації охорони здоров'я цієї країни виникла в 1883 році в епоху правління кайзера Вільгельма і рейхсканцлера Отто фон Бісмарка, коли був прийнятий Закон про обов'язкове медичне страхування деяких категорій працівників. Головним принципом медичного страхування став принцип солідарності, який означав, що кожний працюючий вносить кошти в загальну касу, а після з цих коштів оплачується медична допомога тим, хто має потребу, тобто багатий платить за бідного, здоровий за хворого.

Закон вперше встановлював єдині для всієї німецької держави положення:

- страхове зобов'язання із звільненням за обставинами;
- обов'язкові та можливі відрахування;
- примусові внески [2, с. 81].

Страхування стали здійснювати вже існуючі територіальні лікарняні каси, каси, які страхували представників окремих професій (гірняків, ремісників тощо), і каси при підприємствах. Каси були некомерційними організаціями. Дві третини страхового внеску повинні були платити працівники, одну третину – їх роботодавці.

Таким чином, головним джерелом фінансування охорони здоров'я Німеччини є самоврядні регіональні і федеральні лікарняні каси (*gesetzliche Krankenkassen*), які збирають внески і забезпечують фінансування медичних послуг на рівні соціальних гарантій держави. Всі лікарняні каси є некомерційними організаціями, які зобов'язані збирати членські внески і мають право встановлювати ставку внеску, яка необхідна для покриття витрат. Загальне керівництво здійснюється зборами представників (як правило, роботодавців та застрахованих працівників підприємств), яке регламентує роботу каси, приймає бюджет, встановлює ставку внеску та обирає правління. [3, с. 35].

В реаліях сьогоденної України, як видається, обов'язкове медичне страхування повинно будуватись за умови створення фонду обов'язкового медичного страхування. Особливостями його функціонування повинні стати наступні:

1. Прибуток фонду обов'язкового медичного страхування визначається внесками, а не політичними перевагами (тобто його діяльність менш політизується).

2. Виділення окремого фонду фінансування охорони здоров'я додає громадянам упевненості в тому, що додаткові кошти не будуть спрямовуватись на фінансування інших урядових програм.

В той час, як у бюджетному процесі діє принцип єдності каси – всі кошти переміщуються в бюджеті і недостача коштів, що поступили з одного джерела бюджету, покривається коштами, що поступили з інших джерел, то в страхуванні, навпаки, у страхового фонду єдине джерело – страхові внески, і сам страховий фонд відокремлений від інших коштів [4, с. 81].

Загалом же хотілося б ще зупинитися на одному цікавому моменті. Коли ми говоримо про життя та здоров'я людини, ми акцентуємо увагу на тому, що це вищі цінності у суспільстві та правовій державі. Але здоров'я людини - це не тільки соціальна цінність, це ще і економічна цінність. Цінність, що має свою вартісну оцінку, яка проявляється по-перше, у величині доходу, який вона може отримати у працездатному стані, а по-друге, (в масштабі держави) у обсягу виробленого ВВП. Хвора людина не тільки не виробляє суспільно-корисний продукт, а і несе додаткове навантаження на нього з причин тимчасової непрацездатності, інвалідності тощо.

З цього випливає висновок, що людське здоров'я – це капітал, який здатен приносити прибуток, що виражається у вироблених матеріальних цінностях та інтелектуальному капіталі. Таким чином, охорона здоров'я має бути пріоритетною сферою інвестицій. А медичне страхування в його добровільній і обов'язковій формах є засобом залучення цих необхідних коштів до даної сфери. Крім того, добровільне медичне страхування є логічним завершенням процесу інвестування людини в саму себе [5, с. 270-272].

Насамкінець зазначу, що на сьогодні альтернатив запровадженню обов'язкового медичного страхування в Україні немає. Все інше носить поверхневий, несистемний, паліативний характер. Якщо ми реально прагнемо позитивних змін у реформуванні охорони здоров'я – ми повинні на законодавчому рівні запровадити обов'язкове медичне страхування.

Список використаних джерел

1. *Страхова медицина в Україні: історія та сучасність* / В. П. Ляхоцький, В.І. Євсєєв та ін. ; [Національний медичний ун-т ім. О.О. Богомольця; Міжнародний фонд ім. Пантелеймона Куліша]. К. : Університетське видавництво «Пульсари», 2003. 82 с.
2. *Беске Ф. Здоровоохранение Германии. Система – Достижения – Перспективы развития* / Ф. Беске, И. Халлауер ; пер. с нем.; [науч. ред. О. П. Щепина]. М. : ООО «Лабпресс», 2000. 288 с.
3. *Busse R. Health care systems in transition Germany* / R. Busse, A. Riesberg. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. 220 p.
4. *Ковалевский М. А. Правовой статус территориальных фондов обязательного медицинского страхования и проблемы уплаты страховых взносов (платежей) органами местного самоуправления* / М. А. Ковалевский, Н. А. Шевелева. – М. : Федеральный фонд ОМС, 2000. 216 с.
5. *Нагайчук Н. Г. Добровільне медичне страхування-інвестиції в людський капітал* / Н. Г. Нагайчук // Теорія і практика сучасної економіки. Черкаси, 2004. С. 270–272.

Пашков Віталій Михайлович,
професор кафедри цивільного, господарського та
фінансового права Полтавського юридичного
інституту Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого,
доктор юридичних наук, професор

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОКРЕМИХ НАПРЯМІВ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ: КОРУПЦІЙНІ РИЗИКИ

ВООЗ наголошує, що для того щоб окреме співтовариство або країна забезпечили загальний доступ до медичних послуг, необхідна наявність ряду факторів, таких як належне фінансування медичних послуг, доступ до основних лікарських засобів і достатній потенціал добре підготовлених працівників охорони здоров'я [1]. Але цей перелік не виключним. Суттєвий вплив на доступність медичних послуг здійснюють і інші фактори. Наприклад, мова може йти і про правовий режим інтелектуальної власності, що суттєво впливає на доступність ліків для пацієнтів [4], оподаткування медичних виробів [5], керівні принципи щодо класифікації програмного забезпечення медичного обладнання в Україні [2; 3], обіг фальсифікованих лікарських засобів [6], недобросовісну рекламу фармацевтичної продукції [7], право пацієнтів на профілактику захворювань [8], питання реабілітації пацієнтів [9]. При цьому, в науковій літературі багато уваги, принаймні, приділяється декларативним правам пацієнтів [10].

Тобто, доступність медичних послуг повинна забезпечуватися комплексом правових та організаційних заходів.

Між тим, характер медичної реформи в Україні, на нашу думку носить відверто обмежувальний характер, а доступність медичної допомоги анонсується лише в контексті удосконалення системи фінансування охорони здоров'я та перетворення бюджетних медичних закладів в неприбуткові підприємства. Проте відсутня єдина узагальнена концепція розвитку системи охорони здоров'я, внаслідок чого окремі сектори охорони здоров'я, зокрема система донорства крові [11], трансплантації [12], аптечна діяльність [13] та інші знаходяться або поза увагою, або є не достатньо врегульованими і, як наслідок, є найбільш корумпованими видами діяльності в галузі охорони здоров'я.

Наприклад, Закон України «Про донорство крові та її компонентів» є не лише застарілим, а й в окремих випадках носить формальний характер, що дозволяє, з одного боку порушувати права громадян на доступну медичну допомогу, з іншого, здійснювати діяльність, яка є не лише протизаконною, а і такою, що ігнорує державні інтереси.

Так, на сьогодні спостерігається відсутність належного контролю на ключових етапах відбору донорів та тестування заготовленої крові, від яких залежить біологічна безпека крові та її компонентів. Такі обставини є критично важливими в ситуації наявності достатньо великої кількості інфікованих осіб серед населення. Адже розповсюдженість лише гепатиту С становить 3 – 8% (до 3,5 млн осіб), спостерігається зростання даного показника серед працівників медичної сфери (більше 30%) та донорів (більше 15%) [14].

Більш того, в умовах відсутності оптимальних потреб на заготівлю донорської крові в межах рекомендованих ВООЗ, наша країна перебуваючи в стані війни, систематично, починаючи з 2015 року, на підставі спеціальних дозволів КМУ реалізує за межами України компоненти донорської крові і препарати, що виготовлені з донорської крові та її компонентів виробництва приватної акціонерної компанії «Біофарма».

Це розпорядження КМУ від 25.10.2015 року №522-р «Про надання у 2015 році спеціального дозволу на реалізацію за межами України компонентів донорської крові і препаратів, виготовлених з донорської крові та її компонентів»; розпорядження КМУ від 16.03.2016 року № 170-р «Про надання у 2016 році спеціальних дозволів на реалізацію за межами України компонентів донорської крові і препаратів, виготовлених з донорської крові та її компонентів»; розпорядження КМУ від 29.03.2017 року № 219-р «Про надання у 2017 році спеціального дозволу на реалізацію за межами України компонентів донорської крові і препаратів, виготовлених з донорської крові та її компонентів»; розпорядження КМУ від 27.12.2017 року №1005-р «Про надання у 2018 році спеціального дозволу на реалізацію за межами України компонентів донорської крові і препаратів, виготовлених з донорської крові та її компонентів».

Наявність цих розпоряджень, на перший погляд є дуже дивним, особливо в контексті Порядку реалізації за межі України компонентів донорської крові і препаратів, виготовлених з донорської крові та її компонентів, а також вивезення з України донорської крові та її компонентів затвердженого постановою КМУ від 14.09.1998 року № 1427.

Пункт 1 цього Порядку встановлює, що компоненти донорської крові і препарати, виготовлені з донорської крові та її компонентів, можуть бути реалізовані за межі України лише за умови повного задоволення ними потреб охорони здоров'я населення України.

Дуже сумнівним є факт задоволення потреб України в компонентах донорської крові і препарати, виготовлених з донорської крові та її компонентів.

Що стосується аптечної діяльності, то можна спостерігати монополізацію ринку роздрібних продаж лікарських засобів [15]. Найбільш неприйнятним у діяльності великих аптечних мереж є те, що фармкомпанії

змушені вступати в прямі договірні відносини з аптечними мережами – укладати договори оплатного надання маркетингових послуг, спрямованих на просування лікарських засобів. Доходи від надання послуг за маркетинговими договорами з часом склали помітну частку в загальній виручці аптечних мереж [16].

На сьогодні в Україні працює понад 22 тис. аптек та їхніх структурних підрозділів. І з кожним роком їхня кількість збільшується в середньому на тисячу торгових точок [17].

Наприклад, загальна кількість торгових точок мережі «Аптека низьких цін», що створена в 2000 р. в Запоріжжі компанією «Аптека-Магнолія», становить близько 450 [17]. Згідно з ліцензійним реєстром географія цієї мережі така: 1) ТОВ «Аптека низьких цін ТМ» – 26 торгових точок (Київ, вул. Семашка, 13); 2) ТОВ «Аптека низьких цін плюс» – 19 торгових точок (Київ, вул. Семашка, 13); 3) ТОВ «Аптека низьких цін К» – 23 торгових точки (Київ, вул. Семашка, 13); 4) ТОВ «Аптека низьких цін Львів» – 52 торгових точки (Київ, вул. Жолудева, 6А); 5) ТОВ «Аптека низьких цін Дніпро» – 22 торгових точки (Запоріжжя, бульв. Центральний, 25, офіс 144); 6) ТОВ «Аптека низьких цін Кремень» – 51 торгова точка (Запоріжжя, бульв. Центральний, 25); 7) ТОВ «Аптека низьких цін Полтава» – 23 торгових точки (Харків, вул. Полтавський шлях, 10); 8) ТОВ «Аптека низьких цін Харків» – 29 торгових точок (Харків, вул. Полтавський шлях, 10); 9) ТОВ «Аптека низьких цін Одеса» – 33 торгових точки (Одеса, вул. Преображенська, 4, офіс 203) [18].

Хотілося б лише додати, що ТОВ «Аптека-Магнолія» розвиває також мережі аптек «Благодія» і «Копійка» [17].

Можна також проаналізувати деякі інші мережеві аптечні компанії [16]: 1) Компанія «Сіріус 95» у 2001 р. заснувала мережу аптек «Бажаємо здоров'я» (всього в країні працює 450 аптек); 2) Аптечна мережа «9-1-1» представлена в багатьох містах України, складається з понад 300 аптек. Мережею управляє компанія «Гамма-55»; 3) Мережа аптек «Мед-сервіс» здійснює управління 300 аптеками в 100 містах країни; 4) Мережа аптек «Аптека доброго дня», заснована в 2006 р. компанією «Фармастор», представлена майже у всіх областях України та нараховує понад 200 аптек.

Між тим, у більшості країн Європи фармацевтична діяльність є професійною. А існування аптечних мереж просто неможливо. Більш того, необхідно також зауважити, що в більшості європейських країн існують обмеження щодо діяльності аптек за демографічними та/або географічними критеріями.

Внаслідок монополізації аптечної діяльності держава втрачає можливість впливати на політику ціноутворення фармацевтичної продукції.

Тобто окремі сфери охорони здоров'я залишаються поза увагою держави, що сприяє погіршенню медикаментозного забезпечення населення та створює загрози щодо реформування галузі в цілому.

Список використаних джерел

1. Всеобщий охват медико-санитарными услугами. Что такое всеобщий доступ к медицинским услугам? URL: https://www.who.int/universal_health_coverage/ru/
2. Vitalii Pashkov, Andrii Harkusha Certain aspects on medical devices software law regulation. *Wiadomości Lekarskie*. 2016, tom LXIX, nr 6. 765 – 767
3. Vitalii Pashkov, Nataliya Gutorova, Andrii Harkusha Medical device software: defining key terms. *Wiadomości Lekarskie*. 2016, tom LXIX, nr 6. 813-817
4. Pashkov V. M., Golovanova I. A., Olefir A. A. The impact of the legal regime of intellectual property protection in the pharmaceutical market. *Wiadomosci Lekarskie*. 2016. T. LXIX, nr 3 (cz. II). 582–586
5. Vitalii Pashkov, Nataliia Hutorova, Andrii Harkusha. Vat rates on medical devices: foreign experience and Ukrainian practice. *Wiadomosci Lekarskie*. 2017, tom LXX, nr 2, cz II. 345 – 348
6. Vitalii Pashkov, Aleksey Soloviov, Andrii Olefir. LEGAL ASPECTS OF COUNTERACTING THE TRAFFICKING OF FALSIFIED MEDICINES IN THE EUROPEAN UNION. *Wiadomości Lekarskie* 2017, tom LXX, nr 4. 843-849
7. Vitalii M Pashkov, Andrii A Olefir, Oleksiy Y Bytyak LEGAL FEATURES OF THE DRUG ADVERTISING. *Wiadomości Lekarskie*. 2017. tom LXX, nr 1. 133 – 138
8. Vasyl Tatsiy, Nataliya Gutorova, Vitalii Pashkov. LEGAL ASPECTS OF CANCER DESEASES PROPHYLACTICS: PATIENTS RIGHTS CONTEXT. *Wiadomości Lekarskie*. 2017;70(6 pt 1):1108-1113
9. Nataliya Gutorova, Vitalii Pashkov, Andrii Harkusha. Virtual/Augmented Reality Software in Medical Rehabilitation: Key Legal Issues. *ACTA BALNEOLOGICA*, 2018. Tom LX/ numer 2(152). 119 – 123
10. Horodovenko V.V, Pashkov V.M., Udovyka L.G. Protection of patients' rights in the european court of human rights. *Wiadomości Lekarskie*. 2018. tom LXX, nr 6. 1200 – 1206
11. Пашков В.М. Проблеми донорства крові та її компонентів, або Індетермінізм національної служби крові. *Щотижневик АПТЕКА*. 2018. №50 (1171). URL: <https://www.apteka.ua/article/481261>
12. Vitaliy M. Pashkov , Iryna A. Golovanova , Petro P. Noha Principle of serviceability and gratuitousness in transplantation? *Wiadomości Lekarskie* 2016, tom LXIX, nr 3 (cz. II). 565 – 568

13. Пашков В.М. Легалізація монопольних утворень в аптечній діяльності, або декілька слів про дешеві ліки. Фармацевт практик. 2019. URL: <http://fp.com.ua/articles/legalizatsiya-monopolnyh-utvoren-v-aptechnij-diyalnosti-abo-dekilka-sliv-pro-deshevi-liky/>

14. Барміна Г. Реформа служби крові: очікуваний крок назустріч євроінтеграції. Еженедельник АПТЕКА. – 2016. – №27 (1048). – С. 8

15. Приходько О. Регулювати потрібно весь ланцюг постачання препаратів, а не окремі ланки – Світлана Панаіотіді. Щотижневик АПТЕКА. 2018. №38 (1159). URL: <https://www.apteka.ua/article/474028>

16. Богомолов А.А. Некоторые правовые и налоговые нюансы продвижения лекарственных препаратов на розничном фармацевтическом рынке. Fudit – jt.ru. URL: <https://www.audit-it.ru/articles/account/otrasl/a90/887838.html>

17. Кому належать аптеки України? Pharma net.ua. URL: http://pharma.net.ua/analytic/analysis/18553-komu-prinadlezhat-apteki-ukrainy?%20fbclid=IwAR3ehhD_OPPFYJs87Ytq2SsWVjLzGbb244hDLRtThoictff-Bagb5HKmtOQ

18. Пашков В.М. Монополізація аптечних мереж: наслідки та перспективи. Щотижневик АПТЕКА. 2018. №26 (1147). URL: https://www.apteka.ua/article/462221?fbclid=IwAR1A_zyx7Z4UAROue4cIEIEmtt0p2ABzCE0UjbOhbwSGwZS2Vhy0aEHlsL8

Булеца Сібілла Богданівна,
завідувач кафедри цивільного права та процесу
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
доктор юридичних наук, професор
Менджул Марія Василівна,
доцент кафедри цивільного права та процесу
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
кандидат юридичних наук, доцент

ДОГОВІР СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ

Проблеми правового регулювання сурогатного материнства вже не одноразово були предметом наукових досліджень, при цьому через відсутність чіткого правового регулювання вони залишаються актуальними.

Усталеним є розуміння сурогатного материнства як допоміжної репродуктивної технології, при якій жінка добровільно погоджується завагітніти, виносити та народити біологічно чужу їй дитину, яка після пологів буде передана на виховання генетичним батькам. Вперше сурогатне материнство, саме як пересадка заплідненої яйцеклітини біологічних батьків до матки іншої жінки, успішно було здійснене у 1986 році в США. На разі воно є досить поширеною репродуктивною технологією.

З медичної точки зору в літературі поширений поділ сурогатного материнства на: 1) повне (або гестаційне), при якому в організм сурогатної матері перенесений ембріон людини, зачатий подружжям (або дружиною та донором, або донорами), і відповідно відсутній генетичний зв'язок між дитиною та сурогатною матір'ю; 2) часткове (або гендерне), при якому використовується яйцеклітина сурогатної матері, і відповідно в неї є генетичний зв'язок з дитиною.

З позиції оплатності у світовій практиці є дві моделі сурогатного материнства, - безоплатне та комерційне. В законодавстві більшості держав дозволено тільки безоплатне сурогатне материнство (Австралії, Бельгії, Бразилії, Великобританії, В'єтнам, Данії, Канаді, Нідерландах, Новій Зеландії, Португалії, Угорщині, більшості штатів США та інших), при якому забороняється грошова винагорода і допускається компенсація фактичних затрат. Крім того, є випадки визнання комерційного сурогатного материнства злочином (в Австралії, Бельгії, Гонконгу та ін.) Досі на рівні законодавства сурогатне материнство не дозволене у Німеччині, Франції, Ісландії, Італії, Китаї, Пакистані, Саудівські Аравії, Швеції, Швейцарії тощо. В деяких державах немає обмежень щодо застосування сурогатного материнства на

комерційній основі, зокрема в Грузії, Росії, Таїланді, окремих штатах США та Україні. [2, с. 87]

В українській пресі періодично з'являються публікації, що Україна є одним із центрів комерційного сурогатного материнства в світі, і це у інтерв'ю заявив минулого року Генеральний прокурор. Водночас офіційна статистика відсутня, за підрахунками експертів понад 50 медичних закладів здійснюють програми сурогатного материнства, із них близько 80 % клієнтів є іноземцями, а середній розмір компенсації сурогатним матерям становить від 12 до 18 тисяч доларів США.[3] Закордонні джерела так само називають Україну, поряд із США, Індією та Таїландом, державами, де сурогатне материнство стало бізнесом.[5]

На разі законодавство України належним чином не регулює процедуру сурогатного материнства. У Сімейному кодексі тільки в статті 123 встановлено правила визначення походження дитини, народженої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. І зокрема в нашій державі, якщо в організм іншої жінки перенесено ембріон, зачатий подружжям, саме вони і визнаються батьками дитини.

В Україні методика сурогатного материнства регулюється Наказом МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 9 вересня 2013 р. № 787. Минулого року до Верховної Ради України було внесено проект Закону про допоміжні репродуктивні технології № 8629.

На практиці в Україні застосування сурогатного материнства регулюється договорами. І при відсутності законодавчого регулювання виникає багато практичних проблем, що можуть закінчитися судовими розглядами, зокрема, у випадках коли сурогатна мати передумає віддавати дитину, або майбутні батьки офіційно розлучаються до народження дитини, або народиться дитина з вадами і т.п.

Для запобігання таким ситуаціям, договір про сурогатне материнство повинен нотаріально засвідчуватися, і максимально враховувати можливі спірні ситуації, детально регулювати права та обов'язки сторін.

Булеца С.Б. зауважує, що між сторонами до укладення договору повинні бути вирішені всі спірні питання, а саме: намір сторін щодо материнських прав; фінансова відповідальність генетичних батьків (зокрема, встановлювати вимогу, щоб кошти були розміщені на банківському рахунку для покриття всіх можливих витрат) незалежно від наявності будь-якої фізіологічної проблеми у дитини; наявність повної медичної поінформованості сторін; проведення попереднього медичного обстеження на різні захворювання (в тому числі СНІД) сторін; поінформованість про права сторін та відповідальність за невиконання обов'язків; забезпечити полісами страхування життя і здоров'я;

забезпечити правову і психологічну основу, щоб всі аспекти цього процесу були продумані, і сторони зважено вступали в даний договір.[1, с. 130]

Стаття 12 проекту Закону про допоміжні репродуктивні технології № 8629 від 19.07.2018 р. встановлює, що істотними умовами договору сурогатного (замінного) материнства є: предмет договору (виношування і народження дитини сурогатною (замінною) матір'ю); кількість ембріонів, яка буде перенесена у матку сурогатної (замінної) матері; зазначення закладу охорони здоров'я, медичними працівниками якого будуть застосовуватись відповідні допоміжні репродуктивні технології; обов'язок сурогатної (замінної) матері виконувати всі приписи лікаря; надавати інформацію про стан свого здоров'я та здоров'я дитини, яка виношується; передати генетичним батькам дитину після її народження; місце проживання сурогатної (замінної) матері в період виношування дитини; строк, протягом якого сурогатна (замінна) матір повинна передати генетичним батькам народжену дитину, та порядок передачі; обов'язок генетичних батьків прийняти від сурогатної (замінної) матері дитину після її народження у встановлений договором строк; дії сторін у випадку багатоплідної вагітності; дії генетичних батьків та сурогатної (замінної) матері в разі народження дитини з генетичним захворюванням, вродженими вадами розвитку або ін. захворюваннями; розмір компенсації сурогатній (замінній) матері за виношування та народження дитини (окрім випадків, коли договір сурогатного (замінного) материнства укладений на безоплатній основі); порядок відшкодування витрат на медичне обслуговування, харчування, проживання сурогатної (замінної) матері в період виношування дитини, пологів та післяпологовий період.[4]

На нашу думку, договір сурогатного материнства повинен також визначати правові наслідки розлучення генетичних батьків або смерті одного з них чи обидвох.

Таким чином, в Україні можливе тільки повне (або гестаційне) сурогатне материнство, і така методика застосовується на засадах: добровільності; договірної регулювання; можливості застосування тільки чоловіком та жінкою, що перебувають в офіційному шлюбі; обов'язкової наявності медичних показників до застосування процедури. Істотні умови договору сурогатного материнства повинні бути чітко регламентовані законом.

Список використаних джерел

1. Булеца С.Б. Істотні та випадкові умовидоговору сурогатного материнства. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПРАВО. 2014. Випуск 27. Том 1, С. 129 – 134.

2. Менджул М.В. Правові засади сурогатного материнства: окремі аспекти. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (12 квітня

2019 р., м. Ужгород) : зб. наук. ст ; / під заг. ред. С.Б. Булеци, Я.В. Лазура, М.В. Менджул. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2019. С. 86-89.

3. Паутов В., Трегубова Я. Діти «на продаж» – скандал довкола клініки. І що треба знати про сурогатне материнство в Україні. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/29372579.html> (дата звернення: 29.03.2019).

4. Проект Закону про допоміжні репродуктивні технології № 8629 від 19.07.2018. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64477 (дата звернення: 30.04.2019).

5. Claire de La Hougue, Caroline Roux. Surrogate Motherhood and Human Rights. Analysis of Human, Legal and Ethical Issues. URL: <https://www.nomaternitytraffic.eu/wp-content/uploads/2015/09/2015-Contribution-HCCH-No-Maternity-Traffic-EN.pdf> (Last accessed: 30.03.2019).

Авдей Анна Генриховна,
доцент кафедры гражданского права и
процесса учреждения образования
«Гродненский государственный университет
имени Янки Купалы»,
кандидат юридических наук

О ПРАВОВОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Важность охраны жизни и здоровья человека подчеркивается в нормативных актах всех уровней ввиду того, что для поддержания функционирования любого государства, объединения необходима, в первую очередь, здоровая нация. Вследствие чего, вмешательство государства в такую сферу жизнедеятельности общества как медицина является закономерной необходимостью.

Устоявшаяся терминология в определении споров в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи отсутствует. Так, С.А. Баринов предлагает следующее понятие: «споры с медицинскими организациями (частнопрактикующими врачами) о возмещении вреда, причиненного здоровью ненадлежащим лечением» [1]. В.Г. Куранов употребляет термин «медицинские споры» [2]. С.М. Ковалевский вводит понятие «медицинский вред» и, соответственно, предлагает рассматривать данное явление как «возмещение вреда, причиненного пациенту при медицинском вмешательстве» [3].

Разрешение споров в сфере здравоохранения имеет свою специфику в зависимости от участников спора (субъектного состава). В связи с этим можно предложить выделить следующие категории споров, в основе которых лежит субъективный состав участников: «медицинский работник – медицинский работник»; «медицинский работник – организация (наниматель)»; «коллектив – организация»; «медицинский работник – пациент»; «организация – пациент».

Одним из способов разрешения споров выступает третейское разбирательство. Основопологающим нормативным правовым актом, регулирующим деятельность третейских судов, является Закон Республики Беларусь «О третейских судах» от 18.07.2011 № 301-З [4] (далее – Закон № 301-З).

В отечественной доктрине выделяют следующие преимущества третейского разбирательства перед судебным процессом: высокая степень доверия сторон к избранным ими арбитрам; простота и оперативность процедуры разбирательства; отсутствие жестких процессуальных норм;

возможность сохранить деловые и/или партнерские отношения; конфиденциальность; низкие издержки сторон [5, с. 89].

В соответствии со ст. 19 Закона № 301-3 третейский суд правомочен разрешать любые споры, возникающие между сторонами, заключившими третейское соглашение, за исключением споров, непосредственно затрагивающих права и законные интересы третьих лиц, не являющихся сторонами третейского соглашения, и споров, которые не могут быть предметом третейского разбирательства в соответствии с законодательством Республики Беларусь или законодательством иностранного государства, если применение законодательства иностранного государства предусмотрено третейским соглашением или иным договором между сторонами. Обязательным основанием для рассмотрения спора в рамках третейского разбирательства является наличие третейского соглашения. Согласно ст. 9 Закона № 301-3, третейским соглашением является соглашение сторон о передаче спора на разрешение третейского суда, указанного в соглашении сторон.

Третейские суды предназначены для разрешения экономических, предпринимательских споров, а также жилищных, семейных и иных конфликтов, что в свою очередь, дает основание полагать, что третейское разбирательство возможно при разрешении споров в области медицины, причем как для споров, вытекающих из договоров возмездного оказания услуг, так и для споров, возникших при бесплатном оказании медицинской помощи.

Основываясь на опыте зарубежных стран, полагаем целесообразным создать в Республике Беларусь постоянно действующий третейский суд, специализирующийся на разрешении споров в области медицины. Согласно действующему законодательству Республики Беларусь, третейские суды имеют частный характер, так как государственные органы, в том числе органы местного самоуправления, не могут образовывать третейские суды. Однако государство в лице государственных органов правомочно устанавливать общие правила создания и деятельности третейских судов.

Исход из того, что медицинские споры обладают особым объектом – жизнь и здоровье граждан – рационально на законодательном уровне закрепить типовой регламент третейского суда, специализирующегося на разрешении споров в области медицины. Так, например, автор полагает, что подобного рода споры должны рассматриваться исключительно коллегиально, при этом состав коллегии, по мнению автора, должен быть следующим: председатель состава третейского суда должен иметь высшее юридическое образование и стаж работы по юридической специальности не менее трех лет, а другие третейские судьи – высшее медицинское образование, соответствующую квалификацию по вопросам в области медицины,

возникших в рамках третейского разбирательства, а также стаж работы по соответствующей специальности не менее двух лет.

Создание специализированного органа по разрешению споров в области медицины, на наш взгляд, будет способствовать повышению уровня оказания медицинской помощи населению в Республики Беларусь, а также сделает возможным более эффективно защищать права и законные интересы физических лиц.

В республике активно внедряются альтернативные способы разрешения споров и конфликтов (далее – АРС). Вместе с тем, в настоящее время не создана эффективная правовая основа, отсутствуют комплексные научные исследования в рассматриваемой сфере.

Однако следует отметить, что медиация, в отличие от третейского разбирательства, является относительно новой категорией в правовом сознании граждан. В связи с этим альтернативные механизмы разрешения споров на данный момент не пользуются спросом при разрешении тех или иных ситуаций. В связи с этим предлагается информировать пациентов и медицинских работников путем: размещения информационных стендов, посвященных вопросам медиации; проведением разъяснительных бесед; проведение информационных собраний.

Также предлагается систематизировать доктринальные исследования об АРС в информационный сборник, где каждый желающий сможет получить доступную информацию о видах и порядке альтернативного разрешения споров в той или иной сфере отношений. Ввиду развития информационных технологий хорошей альтернативой вышеназванному сборнику может послужить интернет-портал об АРС, где будет указана не только теоретическая информация, но и размещены контактные данные компетентных лиц (организаций) оказывающих содействие в разрешении того или иного спора альтернативным путем.

Таким образом, небольшой объем доктринальных исследований в области медицинского права, недостаточное правовое регулирование правоотношений в сфере здравоохранения: определения правового статуса участников исследуемых правоотношений, отсутствие законодательно закрепленной терминологии, пробелы в нормативных источниках различных отраслей права – всё это способствует возникновению вопросов при разрешении споров в области медицины.

На основании изложенного, на данном этапе развития отечественного законодательства, считаем целесообразно применять альтернативные способы разрешения конфликтов и споров (медиация, третейские суды, мед-арб, КТС и т.д.).

Список использованных источников

1. Баринов, С.А. Споры о возмещении вреда, причиненного ненадлежащим врачеванием: необходимость дополнительной законодательной регламентации [Электронный ресурс] / С.А. Баринов // Современное право. – 2013. – № 6. – Режим доступа: <http://www.center-bereg.ru/f163.html>. – Дата доступа: 07.05.2019.

2. Куранов, В. Г. Преимущества разрешения медицинских споров в третейском суде и перспективы развития третейского разбирательства в здравоохранении [Электронный ресурс] / В. Г. Куранов // Медицинское право. – 2006. – № 11. – Режим доступа: <http://lawinfo.ru/catalog/contents-2011/medicinskoe-pravo/6/>. – Дата доступа: 07.05.2019.

3. Ковалевский, С. М. Некоторые дискуссионные правовые проблемы ответственности за медицинский вред и его возмещения [Электронный ресурс] / С. М. Ковалевский // КонсультантПлюс. Россия / ЗАО «Консультант Плюс». – М., 2019.

4. О третейских судах [Электронный ресурс] Закон Респ. Беларуст от 18 июля 2011 г. № 301-З : в ред. от 24 окт. 2016 г. № 439-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

5. Иванова Т. В. Правовой статус третейских судов в Республике Беларусь / Т.В. Иванова // Проблемы модернизации экономики сквозь призму экономических, правовых и инженерных подходов : сборник статей победителей Международного конкурса молодых ученых и студентов, 14 ноября 2014 г., [г. Минск] / пред.редкол. С.Ю. Солодовников. – Минск : БНТУ, 2015. – С. 80–89.

Аніщенко Михайло Анатолійович,
доцент кафедри управління і економіки
фармації, медичного та фармацевтичного права
Запорізького державного медичного університету,
кандидат юридичних наук

АНТИКОРУПЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ В ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЗАКОНОДАВЧО ПЕРЕДБАЧЕНА НЕОБХІДНІСТЬ

У носіїв буденної, а досить часто і професійної правосвідомості юристів-практиків, побутує думку, що у приватних закладах, в тому числі приватних закладах охорони здоров'я, не повинна здійснюватися антикорупційна діяльність, адже їх посадові особи не є суб'єктами, на яких поширюються вимоги Закону України «Про запобігання корупції» і вони не є суб'єктами корупційних та пов'язаних з корупцією правопорушення.

Усвідомлення того, що дане твердження є хибним, приходиться з перших рядків вивчення Закону України «Про запобігання корупції». Так, ст. 3 вищезгаданого закону у пункті 3 визначає суб'єктами, на яких поширюється дія даного Закону, з-поміж інших, осіб, які постійно або тимчасово обіймають посади, пов'язані з виконанням організаційно-розпорядчих чи адміністративно - господарських обов'язків, або спеціально уповноважених на виконання таких обов'язків у юридичних особах приватного права незалежно від організаційно-правової форми, а також інші особи, які не є службовими особами та які виконують роботу або надають послуги відповідно до договору з підприємством, установою, організацією, - у випадках, передбачених цим Законом. Дане твердження означає, що посадові особи та навіть працівники приватних закладів охорони здоров'я є суб'єктами, на яких поширюється дія Закону України «Про запобігання корупції» [1].

Далі норми даного Закону лише розвивають цю думку. Так, виходячи зі змісту ст. 22 Закону України «Про запобігання корупції», посадовим особам та працівникам приватних закладів забороняється використовувати свої службові повноваження або своє становище та пов'язані з цим можливості з метою одержання неправомірної вигоди для себе чи інших осіб, у тому числі використовувати будь-яке державне чи комунальне майно або кошти в приватних інтересах [1].

Положення ст. 61 Закону України «Про запобігання корупції» «Загальні засади запобігання корупції у діяльності юридичної особи» поширюється також і на приватних закладів охорони здоров'я, оскільки останні також мають статус юридичної особи. Зокрема, згідно ч. 3 ст. 61 вищенаведеного Закону,

Посадові та службові особи юридичних осіб, інші особи, які виконують роботу та перебувають з юридичними особами у трудових відносинах, зобов'язані:

1) не вчиняти та не брати участі у вчиненні корупційних правопорушень, пов'язаних з діяльністю юридичної особи;

2) утримуватися від поведінки, яка може бути розціненою як готовність вчинити корупційне правопорушення, пов'язане з діяльністю юридичної особи;

3) невідкладно інформувати посадову особу, відповідальну за запобігання корупції у діяльності юридичної особи, керівника юридичної особи або засновників (учасників) юридичної особи про випадки підбурення до вчинення корупційного правопорушення, пов'язаного з діяльністю юридичної особи;

4) невідкладно інформувати посадову особу, відповідальну за запобігання корупції у діяльності юридичної особи, керівника юридичної особи або засновників (учасників) юридичної особи про випадки вчинення корупційних або пов'язаних з корупцією правопорушень іншими працівниками юридичної особи або іншими особами;

5) невідкладно інформувати посадову особу, відповідальну за запобігання корупції у діяльності юридичної особи, керівника юридичної особи або засновників (учасників) юридичної особи про виникнення реального, потенційного конфлікту інтересів [1].

Крім того, якщо приватний заклад охорони здоров'я відповідає критеріям, визначеним ст. 62 Закону України «Про запобігання корупції», то обов'язком даного закладу є розробка та затвердження антикорупційної програми, а також призначення особи, відповідальної за реалізацію антикорупційної програми, що не є тотожна особі, відповідальній за запобігання корупції у діяльності приватного закладу охорони здоров'я [1].

Таким чином, в приватних закладах охорони здоров'я передбачена навіть інституціалізація антикорупційної діяльності у вигляді створення та функціонування особи, відповідальної за запобігання корупції та особи, відповідальної за реалізацію антикорупційної програми.

Передбачена також юридична відповідальність посадових осіб приватних закладів охорони здоров'я за корупційні та пов'язані з корупцією правопорушення.

До таких правопорушень, наприклад, належить адміністративний проступок, передбачений ст. 172⁹ Кодексу України про адміністративні правопорушення «Невжиття заходів щодо протидії корупції» [2]. Прикладом корупційного злочину, суб'єктами якого можуть бути посадові особи приватних закладів охорони здоров'я, є злочин, передбачений ст. 368-3 Кримінального кодексу України «Підкуп службової особи юридичної особи приватного права незалежно від організаційно-правової форми» [3].

Таким чином, наведені аргументи свідчать про те, що провадження антикорупційної діяльності в приватних закладах охорони здоров'я є такою ж законодавчо передбаченою необхідністю, як і здійснення такої діяльності в публічних закладах. Адаптація боротьби з корупцією можна лише комплексними методами як в приватній, так і публічній сферах. Антикорупційне законодавство, що регламентує відповідну діяльність приватних закладів охорони здоров'я, потребує подальших змін з метою деталізації та удосконалення системи запобігання корупції у вищезазначених закладах.

Список використаних джерел

1. Про запобігання корупції: Закон України від 14.10.2014 № 1700-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1700-18>.
2. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон України від 04.12.1984 № **8073-X** URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80732-10>.
3. Кримінальний кодекс України: Закон України від 05.04.2001 № 2341-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>.

Галстян Наріне Васгенівна,
студентка 5-го курсу І фармацевтичного
факультету ЗДМУ,
Алексєєв Олександр Германович,
доцент кафедри управління і економіки фармації,
медичного та фармацевтичного права
Запорізького державного медичного
університету, кандидат фармацевтичних наук

**ВІДОМЧЕ ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ТЕХНІЧНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ
ВИГОТОВЛЕННЯ ЛІКІВ У АПТЕЧНИХ УМОВАХ
(за Наказом МОЗ України від 17.10.2012 р. № 812 «Про затвердження
Правил виробництва (виготовлення) та контролю якості лікарських
засобів в аптеках»)**

Вступ. В умовах аптеки за наявності відповідної ліцензії лікарські засоби можуть виготовлятися за рецептами лікарів та на замовлення (вимогу) лікувально-профілактичних закладів. Ці лікарські засоби не підлягають державній реєстрації, а їх продаж іншим суб'єктам господарювання, які здійснюють реалізацію (торгівлю) лікарських засобів, крім лікувально-профілактичних закладів, заборонено.

Мета дослідження. Визначення й узагальнення особливостей відомчого правового регулювання організації виготовлення ліків у аптечних умовах.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України. Діалектичний, системно-аналітичний, структурно-функціональний, формально-юридичний методи.

Отримані результати. На кожний лікарський засіб, який виробляється серійно, повинна бути технологічна інструкція, тобто внутрішній документ суб'єкта господарювання, який належить до категорії виробничих інструкцій. У ньому визначено технологічні методи, технічні засоби, норми та нормативи виробництва лікарського засобу, методи контролю, а також якісні та кількісні показники лікарського засобу, їх допустимі межі, вимоги до упаковки, маркування, умов зберігання, терміну придатності.

У виготовленні лікарських засобів можуть використовуватися лише зареєстровані в Україні чи дозволені до застосування МОЗ України діючі (субстанції) і допоміжні речовини, матеріали первинної упаковки, які відповідають вимогам, визначеним нормативно-технічними документами (аналітично-нормативною документацією – АНД, Державною Фармакопеею України – ДФУ, технологічною інструкцією чи технічною документацією тощо).

Суб'єкт господарювання, який здійснює діяльність з виготовлення лікарських засобів в умовах аптеки, повинен: мати наявності ДФУ, необхідну нормативну і технічну документацію, технологічні інструкції; забезпечити відповідність матеріально-технічної бази, наявність виробничих і допоміжних приміщень для виготовлення лікарських засобів і зберігання сировини, внутрішньоаптечних заготовок (концентратів, напівфабрикатів), готових лікарських засобів відповідно до їх фізико-хімічних властивостей та вимог ДФУ чи інших чинних нормативних документів; дотримуватися кваліфікаційних вимог до персоналу аптеки, який займається виготовленням та контролем якості лікарських засобів; дотримуватися санітарних норм і правил санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму; забезпечити проведення всіх видів контролю якості виготовлених лікарських засобів; мати план термінових дій для вилучення у разі необхідності з обігу виготовлених лікарських засобів з їх подальшою утилізацією чи знищенням, зокрема тих, термін придатності яких закінчився; забезпечити належну схоронність виготовлених лікарських засобів; призначити уповноважену особу, тобто провізора зі стажем роботи не менше двох років, на якого покладається відповідальність за функціонування системи забезпечення якості лікарських засобів в аптеці та надання дозволу на подальшу реалізацію виготовлених лікарських засобів; забезпечити наявність і справність усіх засобів вимірювань шляхом їх калібрування та регулярної метрологічної повірки згідно з законодавством; забезпечити розгляд рекламацій на виготовлені та реалізовані лікарські засоби, систематизацію повідомлень про побічні реакції та побічні дії лікарських засобів від лікувально-профілактичних закладів і амбулаторно-поліклінічних хворих для виявлення неякісних лікарських засобів і запобігання подібним випадкам.

Висновки. Виготовлені в аптеках лікарські засоби повинні задовольняти вимоги ДФУ та чинних нормативно-правових документів МОЗ України. Використання у виготовленні ліків в умовах аптеки готових лікарських засобів (таблетки, мазі тощо) можливе для перорального та зовнішнього застосування за умови, якщо це визначено лікарем у рецептурному прописі. Торгівля лікарськими засобами, що виготовлені в умовах аптеки, може здійснюватись лише через аптеки та аптечні пункти суб'єкта господарювання, якому належить аптека, що їх виготовила, з дотриманням правил зберігання та відпуску.

Гамбург Леонід Самойлович,
доцент кафедри управління і економіки фармації,
медичного та фармацевтичного права
Запорізького державного медичного
університету, кандидат юридичних наук, доцент
Гамбург Інна Аркадіївна,
доцент кафедри цивільного, адміністративного та
фінансового права Класичного приватного
університету, м. Запоріжжя,
кандидат юридичних наук

РЕОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ У КОМУНАЛЬНІ НЕКОМЕРЦІЙНІ ПІДПРИЄМСТВА: ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПРАВОЗАСТОСУВАННЯ

Основними показниками стану та ефективності діяльності системи охорони здоров'я є рівень смертності, захворюваності, середня тривалість життя і т. п. В Україні ці показники упродовж останніх десятиріч набули досить серйозних негативних тенденцій, що актуалізувало проведення медичної реформи. Правовою основою реформування системи охорони здоров'я стали Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013 [1] та Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. [2].

Як визначено у Вступі Методичних рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства одним з основних стратегічних завдань цієї реформи є перехід до оплати діяльності постачальників медичних послуг на основі конкретних результатів їх діяльності. Для вирішення цього завдання необхідно змінити характер відносин між постачальником медичних послуг та їх замовником – відповідним розпорядником бюджетних коштів. На зміну командно-адміністративній моделі взаємовідносин між цими суб'єктами має прийти контрактна модель, у якій взаємовідносини регулюються договорами [3, с. 5].

При цьому визначення бюджетної установи дає Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 р. : «бюджетні установи – органи державної влади, органи місцевого самоврядування, а також організації, створені ними у встановленому порядку, що повністю утримуються за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевого бюджету. Бюджетні установи є неприбутковими» (ст. 2) [4], а Цивільний кодекс України серед юридичних осіб – суб'єктів цивільно-правових відносин виділяє установи, що

створюється на підставі індивідуального або спільного установчого акта, складеного засновником (засновниками) (ст. 87) [5].

Відповідно до ст. 78 Господарського кодексу України комунальне унітарне підприємство утворюється компетентним органом місцевого самоврядування в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини комунальної власності і входить до сфери його управління. Майно комунального унітарного підприємства перебуває у комунальній власності і закріплюється за таким підприємством на праві господарського відання (комунальне комерційне підприємство) або на праві оперативного управління (комунальне некомерційне підприємство) [6].

Отже, у процесі реформування медичні заклади в Україні реорганізуються в комунальні некомерційні підприємства з правом повноцінного господарювання. Досі вони працювали як бюджетні установи через вертикальне управління, а тепер їхні права розширено до рівня всіх інших суб'єктів господарювання України включно з правом підписувати контракти, мати свій рахунок та встановлювати рівень заробітної плати без прив'язки до тарифної сітки

Як пояснюється у вищезазначених Методичних рекомендаціях реорганізації можуть підлягати заклади охорони здоров'я первинної ланки, лікарні другого та третього рівнів надання медичної допомоги. Рішення про зміну господарсько-правового статусу ухвалюють ради територіальних громад сіл, селищ, міст, які є власниками їх майна [3].

Перетворення закладів на некомерційні підприємства є найкращим інструментом для запобігання можливому надмірному податковому навантаженню, запобігає банкрутству реорганізованих у підприємства комунальних закладів та скороченню наявної мережі. Крім цього, це дозволяє захистити їх від приватизації за умови, що перетворені комунальні підприємства будуть внесені до переліку об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації.

Задля запобігання можливого свавілля з боку керівництва медзакладу при ньому пропонується створювати спостережну раду, яка є дорадчим органом. Наявність спостережної ради при лікарнях вторинного та третинного рівнів є обов'язковою. Також можуть утворюватися опікунські ради, до складу яких (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери тощо. Типове положення про спостережну раду затверджує Кабінет Міністрів України.

Під час реорганізації бюджетних медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства можливі заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу. Сам по собі факт реорганізації не є підставою для звільнення працівників, тому трудові відносини з працівниками реорганізованого закладу

продовжуються. Звільнення під час реорганізації можливе лише у випадку скорочення чисельності (штату). У процесі реорганізації окремі працівники можуть бути переведені на інші посади, у разі необхідності переміщені в інші структурні підрозділи.

Після перетворення медзакладу на комунальне некомерційне підприємство оплата праці працівників переходить у сферу договірної регулювання. Тому на перший план виходить необхідність ухвалення колективного договору, у якому мають бути визначені форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні сітки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат.

Джерелами фінансування закладу, перетвореного на комунальне некомерційне підприємство, можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб.

У реорганізованих закладах основою заохочувальної функції зарплати має бути особиста зацікавленість лікаря у результатах своєї праці. Наприклад, кількість пацієнтів, які обрали сімейного лікаря, варто враховувати при визначенні розміру його посадового окладу або додаткових виплат у вигляді доплат чи надбавок до посадового окладу. Основну частку оплати праці варто пов'язувати з наявними результатами індивідуальної праці, виходячи з особистих якостей і результатів праці кожного працівника, а додаткову – залежно від кінцевих результатів роботи підприємства [7]. Пропонується враховувати особисті здібності, кваліфікацію, досвід, результати роботи медпрацівника. Організація оплати праці за цих умов має передбачати:

- широке використання індивідуальних трудових договорів, за якими працівнику гарантують певний розмір зарплати лише за умов виконання ним обов'язків, передбачених договором;

- систему обґрунтованої та справедливої, за умовами та результатами праці, персоніфікації тарифних ставок і посадових окладів працівників з орієнтацією не тільки на рівень кваліфікації та стаж роботи, а й на ефективність їхньої праці;

- залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їхньої праці, а керівників та провідних (головних) фахівців – від ефективності господарської, комерційної діяльності закладу;

- періодичний перегляд ставок і окладів, визначених для працівників на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їхньої праці.

Список використаних джерел

1. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p> (дата звернення 15.05.2019).
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2168-19> (дата звернення 15.05.2019).
3. Методичних рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено Робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 року. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2018. 84 с.
4. Бюджетний кодекс України: Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2010. № 50-51. Ст. 572.
5. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV. *Офіційний вісник України*. 2003. № 11. Ст. 461.
6. Господарський кодекс України від 16.01.2003 р. № 436-IV. *Офіційний вісник України*. 2003. № 11. Ст. 462. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 18–22. Ст. 144.
7. Реорганізація медичних установ у некомерційні підприємства: як це відбувається. Офіційний веб-сайт Запорізької обласної державної адміністрації. 14 травня 2018 р. URL: <https://www.zoda.gov.ua/news/40861/reorganizatsiya-medichnih-ustanov-u-nekomertsiyni-pidprijemstva-yak-tse-vidbuvajetsya.html> (дата звернення 15.05.2019).

Гарасимів Оксана Юріївна,
асистент кафедри медичного права
факультету післядипломної освіти
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького

ОСОБЛИВОСТІ ОБРОБКИ МЕДИЧНИХ ДАНИХ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ ПРАКТИКИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ)

Медичні дані належать до категорії так званих сенситивних або ж чутливих даних. Аналіз відповідних європейських стандартів дає змогу зробити висновок, що медичні дані про особу підлягають посиленому захисту порівняно з іншими персональними даними. Така ситуація пояснюється тим, що їх обробка може спричинити суттєві ризики для основоположних прав і свобод їх носія, зокрема, права на особисте та сімейне життя, права на працю та інших [1].

Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (далі – Конвенція), якою у своїй діяльності керується Європейський суд з прав людини (далі – ЄСПЛ), прямо не регулює право особи на охорону здоров'я загалом і обіг медичних даних зокрема [2]. Проте, виконуючи свою функцію єдиного органа, який уповноважений офіційно тлумачити Конвенцію та здійснюючи фактично приведення норм останньої у відповідність реаліям і викликам сьогодення, ЄСПЛ розкриває згадане право через низку дотичних статей шляхом динамічного їх тлумачення [3, с. 15]. Так, зокрема, скарги на порушення порядку обігу медичних даних розглядаються на основі ст. 8 Конвенції «Право на повагу до приватного і сімейного життя».

Загальний регламент про захист даних (далі – Регламент) вказує на те, що не зважаючи на сенситивний характер медичних даних про особу та посилений їх захист з боку як внутрішньодержавного законодавства, так і міжнародних договорів, право на їх конфіденційність не є абсолютним. Аналогічної думки дотримується також ЄСПЛ. Безперечно, за загальним правилом розголошення персональних даних загалом та медичних зокрема може здійснюватись за згодою їх суб'єкта, а відсутність згоди розглядатиметься як втручання в особисте життя заявника. Однак таке втручання може бути виправданим за умови, якщо воно переслідує легітимну мету. Випадки такого розголошення мають бути передбачені внутрішньодержавним законодавством.

Таким чином, для ЄСПЛ у кожному конкретному випадку важливо встановити баланс інтересів та визначити чи розголошення медичних даних було необхідним. Як правило, протиставляються особистий інтерес заявника

та суспільний інтерес. Для обґрунтування своєї позиції ЄСПЛ керується так званими правилами шкоди та суспільного інтересу. Так, для прийняття рішення про розголошення відповідний державний орган має зважити, яку потенційну шкоду може спричинити таке розголошення для суб'єкта медичних даних, і як його особисті інтереси співвідносяться із суспільним інтересом.

Як приклад можна навести наступні рішення ЄСПЛ. У справі «Z. проти Фінляндії» було виявлено порушення ст. 8 Конвенції [4]. Національний суд постановив рішення про те, що ВІЛ-позитивний статус заявника, засудженого за вбивство, та його колишньої дружини підлягає розголошенню по спливу 10 років конфіденційного статусу. Однак ЄСПЛ не визнав порушенням права особи на повагу до особистого життя у випадку, коли у статті було опубліковано відомості про стан психічного здоров'я експерта у галузі психології, оскільки професія такої особи вимагає, щоб вона відповідала певним стандартам особистих і професійних якостей [5]. У першому випадку розголошення медичних даних не було необхідним, а в другому ж навпаки – експерт відіграє важливу, якщо не вирішальну роль при постановці рішення судом.

Окрім зазначеного ЄСПЛ особливу увагу звертає на той факт, що при розголошенні відомостей про ВІЛ-позитивний статус, як у першому випадку, є значний ризик стигматизації такої особи суспільством [6, с. 37]. Саме тому необхідно чітко обмежити коло осіб, причетних до обробки її медичних даних.

Також зазначені особисті та суспільні інтереси можуть вступати в конфлікт з інтересами розслідування кримінальних справах. Медичні дані особи можуть бути розголошені правоохоронним органам за умови наявності у них відповідної судової санкції. Однак, ЄСПЛ визнав порушення ст. 8 Конвенції, коли про відмову особи від переливання крові у зв'язку з її релігійними віруваннями було повідомлено заступнику прокурора на його особисту вимогу [7].

Однак інтереси роботодавця особи-володільця медичних даних не співвідносяться з жодними із зазначених вище інтересів. Зокрема, Регламент прямо забороняє обробку медичних даних працівників роботодавцями під виглядом такої обробки для цілей суспільного інтересу [1].

У зазначеному контексті цікавою є справа «Суріков проти України» (2017) [8]. Суд встановив, що отримання медичних даних про особу роботодавцем та використання їх для прийняття кадрових рішень, становило порушення ст. 8 Конвенції.

Таким чином, повага до конфіденційності медичних даних є суттєвим фактором не тільки для захисту прав пацієнтів, а також і для зміцнення довіри останніх до професії медика та до сфери надання медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Регламент Європейського парламенту та Ради (ЄС) 2016/279 від 27.04.2016 про захист фізичних осіб у зв'язку з опрацюванням персональних даних і про вільний рух таких даних, та про скасування Директиви 95/46/ЄС (Загальний регламент про захист даних). – [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/es-2016679.pdf> (дата звернення 09.05.2019) – Назва з екрана.

2. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод. – [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004 (дата звернення 09.05.2019) – Назва з екрана.

3. Eirik Bjorge. National supreme courts and the development of EHCR rights. I•CON (2011), Vol. 9 No. 1, p. 5–31.

4. Рішення ЄСПЛ у справі «Z. проти Фінляндії» (1997) – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-58033> (дата звернення 09.05.2019) – Назва з екрана.

5. Рішення ЄСПЛ у справі «Fürst-Pfeifer проти Австрії» (2016) – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-162864> (дата звернення 09.05.2019) – Назва з екрана.

6. European Court of Human Rights. Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights: Right to respect for Private and Family Life, Home and Correspondence. – 118 p.

7. Рішення ЄСПЛ у справі «Avilkina and others проти Росії» (2013) – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-120071> (дата звернення 09.05.2019) – Назва з екрана.

8. Рішення ЄСПЛ у справі «Суріков проти України» (2017) – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-120071> (дата звернення 09.05.2019) – Назва з екрана.

Герц Алла Анатоліївна,
доцент кафедри цивільного права та
процесу юридичного факультету
Львівського національного університету
імені Івана Франка, доктор юридичних
наук, доцент

ПРИЧИННИЙ ЗВ'ЯЗОК ЯК УМОВА НАСТАННЯ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Цивільно-правова відповідальність завжди виступає певним негативним наслідком для особи, яка вчинила правопорушення. У зв'язку із цим, поширеною у літературі є думка, що юридичною підставою цивільно-правової відповідальності є закон, а фактичною – цивільне правопорушення (делікт).

Слід мати на увазі, що на відміну від кримінального права, у цивільному праві пріоритетне значення мають лише об'єктивна та суб'єктивна сторона правопорушення, натомість об'єкт і суб'єкт правопорушення тлумачаться однозначно. Об'єкт – це суспільне відношення, врегульоване нормами цивільного права, а суб'єкт – учасники правовідносин.

У вищезазначеному контексті можна навести досить оригінальну доктрину деліктної відповідальності в Австралії. Цивільне законодавство цієї країни передбачає дві форми (моделі, як у деяких джерелах) деліктної відповідальності: об'єктивну та відносну.

Об'єктивна форма деліктної відповідальності застосовується в Австралії у випадках заподіяння фізичної чи моральної шкоди та полягає у тому, що заподіювач шкоди несе відповідальність у випадку, якщо його поведінка так вплинула на звичайний перебіг подій, що потерпілому було заподіяно шкоди. Причому заподіяна шкода повинна бути розумно передбачуваним наслідком дій або бездіяльності відповідача. У результаті порушник притягається до повної відповідальності за шкоду, яку завдано позивачеві.

Відносна форма деліктної відповідальності за австралійським цивільним законодавством застосовується у випадках, коли неможливо встановити чіткий зв'язок між діями чи бездіяльністю порушника з конкретною шкодою, яка заподіяна іншому суб'єкту правовідносин, а можливо лише встановити, що деякі прояви поведінки порушника збільшили ризик виникнення зазначеної шкоди. Так, у справі *Hotson v. East Berkshire Area Health Authority* (1987 рік) судово-медичною експертизою було встановлено, що вірогідність одужання позивача після отриманої травми навіть за своєчасного лікування становила лише 25%, однак через недбалість лікарів, що не змогли одразу поставити правильний діагноз, не дала змоги цій вірогідності реалізуватися, пацієнт став інвалідом. Суд присудив відповідачу виплатити позивачу 25% від вимоги, що пред'являлася позивачем до суду.

За загальним правилом, дольова відповідальність за неналежне медичне втручання повинна застосовуватися в тих випадках, коли через недбалість медичних працівників відбувається збільшення вже наявного ризику. Однак, якщо цього ризику не було або якщо неналежні дії медичних працівників викликали появу нового ризику, то виникає підстава для застосування повної відповідальності.

Отже, можна підсумувати, що на специфіку цивільно-правової відповідальності при наданні медичних послуг впливають як загальні принципи юридичної відповідальності, так і особливості властиві сфері медичних послуг.

У виключних випадках надання медичної допомоги може носити примусовий характер. Йдеться про епідемії, психічні хвороби, інфекційні хвороби тощо. Надання медичної допомоги в даному випадку пов'язано з примусовою ізоляцією. Рішення про ізоляцію приймає, як правило, суд. В даному випадку приватні відносини переходять в площину публічно-правових. В публічно-правових відносинах свобода вибору лікаря чи закладу пацієнтом обмежується. Однак медична допомога надається так, як і в рамках договору, виходячи з необхідності застосування лікарств та медичних засобів. Якщо виникають публічно-правові відносини за шкоду, завдану неналежним наданням медичної допомоги, відповідальність повинна нести держава. Це може бути, зокрема, у разі надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Також це можливо у випадках надання медичної допомоги службою медичної невідкладно допомоги. В окремих випадках у ФРН таку відповідальність можуть нести відповідно до законодавства земель медичні рятункові служби цих земель. Персональну майнову відповідальність буде нести лікар у випадках надання невідкладної медичної допомоги за наявності умислу або грубої необережності.

Для настання цивільно-правової відповідальності, необхідною є наявність певних умов, а саме: протиправність поведінки (дій або бездіяльності) особи, яка вчинила цивільне правопорушення; шкода, як наслідок протиправної поведінки; причинний зв'язок між шкодою та протиправною поведінкою; вина.

Перші три умови: протиправність поведінки, шкода, причинний зв'язок між протиправною поведінкою і шкодою становлять об'єктивну сторону цивільного правопорушення, а вина – суб'єктивну сторону.

Необхідною умовою настання цивільно-правової відповідальності є наявність **причинного зв'язку** між протиправною поведінкою і заподіяною внаслідок такої поведінки шкодою. Причинний зв'язок між дією і наслідком означає, що одне явище (причина) передуює іншому (наслідку) і породжує його.

По суті, вся діяльність суду, при вирішенні спорів, пов'язаних з неналежним наданням медичних послуг зводиться до встановлення наявності зв'язку між діями лікаря та наслідками таких дій для життя і здоров'я пацієнта, що супроводжується значними труднощами, оскільки, дуже часто, у медичній

діяльності, трапляються такі нетипові ситуації, за результатами перебігу яких неможливо однозначно визначити чи є певний факт, який настав після відповідної поведінки (дій чи бездіяльності) медичного працівника, причинно пов'язаний з такою поведінкою.

Причинний зв'язок не повинен бути ймовірним, гіпотетичним, створюватися грою уяви і припущень, він повинен існувати в реальній дійсності і не міняти свого характеру в залежності від тієї уяви, яка складається в свідомості суспільства або окремого індивіда, від рівня (ступеня) його пізнання.

Наступною ознакою причинного зв'язку має бути така послідовність: протиправна поведінка в обов'язковому порядку має передувати заподіянню шкоди або, принаймні, ці дві категорії повинні співпасти у часі. Пацієнт втрату працездатності в результаті неналежного лікування в медичному закладі, має підтвердити висновком судово-медичної експертизи.

При цьому експерти попередньо аналізують правильність проведеної терапії, оцінюють її відповідність загальноприйнятим правилам, звичаям медичній практиці, медичним стандартам, вимогам документів. І лише після того, якщо встановлено, що мали місце протиправні дії лікаря, експертизі підлягають результати лікування. Між протиправними діями та завданою шкодою має бути встановлений або, навпаки, не виявлений причинний зв'язок. Збіг у часі правопорушення, як юридичного факту, і нанесення шкоди можуть спостерігатися, наприклад, при нестандартному, неописаному в медичній літературі хірургічному втручанні пошкодженням цілісності органу, який не підлягає оперуванню.

Важливою характеристикою причинного зв'язку є її обов'язкова обумовленість, тобто причина повинна породжувати наслідок. Тільки в цьому випадку можна стверджувати, що є прямий причинно-наслідковий зв'язок. Якщо тільки допустимим є висновок про можливість наявності зв'язку, його ймовірний характер, «може бути», то такий зв'язок визнається непрямим і не підлягає юридичній оцінці.

Для того, щоб встановити юридичний зв'язок явищ, причина і наслідок завжди повинні безпосередньо відноситися до конкретної ситуації. Непрямий зв'язок означає лише одне - протиправна поведінка медичного працівника знаходиться поза межами юридичної оцінки такого факту, як причинний зв'язок між протиправною поведінкою і заподіянням шкоди.

Отже, причинний зв'язок є обов'язковим для цивільно-правової відповідальності за невиконання або неналежне виконання договору про надання медичних послуг. Лікар (медична установа) несе цивільно-правову відповідальність при наявності прямого причинного зв'язку між протиправною поведінкою з наявними ознаками шкоди, завданої здоров'ю.

Головчак Ярина Володимирівна,
асистент кафедри медичного права ФПДО
Львівського національного медичного
університету імені Данила Галицького

ПРОБЛЕМИ ЮРИДИЧНОЇ ДОЗВОЛЕНОСТІ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Друга половина ХХ ст. початок ХХІ ст. характеризується стрімким розвитком допоміжних репродуктивних технологій, які спрямовані на подолання безпліддя людей. Одним із видів допоміжних репродуктивних технологій є сурогатне материнство.

Чинне законодавство України не визначає саме поняття сурогатного материнства. З точки зору медицини сурогатне материнство передбачає перенесення ембріона в порожнину матки іншої жінки, яка є «чужою» в біологічному розумінні. При цьому ембріон, який переносили, був отриманий шляхом запліднення яйцеклітини біологічної матері спермою біологічного батька. З юридичної точки зору потрібно підкреслити, що під розумінням сурогатного материнства закон розуміє виношування дитини тільки для людей, які не можуть мати дітей, та ембріон є біологічно «чужим» для жінки, що виношує його [4, с. 38].

Загалом вітчизняній юридичній науці найпоширенішим є розуміння сурогатне материнство як запліднення генетично сторонньої жінки шляхом імплантації або трансплантації ембріона з використанням генетичного матеріалу чоловіка та жінки, які перебувають у шлюбі, з метою виношування і народження дитини, яка надалі буде визнана такою, що походить від подружжя, на підставі відповідного договору між подружжям та сурогатною матір'ю [3, с. 247; 5, с. 43]. Отож, національне право та наука вказують на обов'язковому генетичному зв'язку між батьками та дитиною.

Україна є однією з небагатьох держав світу, в якій сурогатне материнство дозволяється на законодавчому рівні. При цьому є декілька переваг у проходженні програми сурогатного материнства саме в Україні. Насамперед, ця програма не потребує спеціальних дозволів. Для цього немає необхідності в розгляді справи в судовому порядку. Також імена генетичних батьків відразу вказуються у свідоцтві про народження дитини, що не призводить до подальшої процедури усиновлення дитини [4, с. 38].

Водночас, як показує світова практика відношення до сурогатного материнства доволі неоднозначне: правові системи деяких країн їх законодавчо дозволяють, інших – забороняють, а в деяких взагалі не регламентують. Це пов'язано із тим, що відносини з сурогатного материнства

за час свого існування набули, як прихильників, так і критиків. Чи можливий компроміс у ставленні до цього явища, як співвідносяться мораль та право в питаннях, пов'язаних з сурогатним материнством?

Прихильники називають сурогатне материнство одним з найбільших наукових досягнень минулого століття, за допомогою якого збувається найзаповітніша мрія жінки - вона стає матір'ю: для неї це єдиний вихід завести генетично «свою» дитину [2, с. 31].

В свою чергу противники сурогатного материнства, в свою чергу, порівнюють сурогатне материнство з проституцією, так як сурогатне материнство на комерційній основі – це торгівля живим товаром: дитина в цьому випадку виступає об'єктом продажу. Материнство стає при цьому договірною роботою, у якій, як у будь-якому бізнесі, переважає прагнення до особистої вигоди. На думку критиків виходить, що сурогатне материнство – це чистий бізнес та комерція, об'єктом якої є не тільки матка сурогатної матері, але передусім дитина. Крім того, представники багатьох релігій виступають проти сурогатного материнства, пояснюючи це втручанням у Божі справи, пропонуючи як альтернативу усиновлення дітей [2, с. 31-32].

Для того, щоб спростувати чи підтримати позицію першої або другої групи науковців потрібно проаналізувати види сурогатного материнства.

Медичні фахівці з США враховуючи судову практику визначають можливість виділити такі види сурогатного материнства:

1. Традиційне сурогатне материнство характеризується домовленістю між майбутніми батьками дитини та жінкою, яка надає згоду на штучне запліднення її яйцеклітини спермою майбутнього батька дитини та виношування дитини.

2. Сурогатна вагітність характеризується зачаттям яйцеклітиною та спермою майбутніх батьків жінки, яка погоджується на імплантацію ембріона і виношування дитини.

3. Донорська сурогатна вагітність характеризується у зачатті з використанням яйцеклітини донора (зазвичай анонімного) та сперми майбутнього батька чи донора жінки, яка погодилася на імплантацію і виношування дитини [3, с. 246].

Досить обґрунтованою видається думка А. Головашук, яка сурогатне материнство поділяє за ознакою спорідненості сурогатної матері і дитини на два види:

1. Гендерне (традиційне). У випадку гендерного сурогатного материнства сурогатна матір виношує та народжує генетично рідну дитину, тобто яйцеклітину жінки за допомогою репродуктивних технологій штучно запліднюють генетичним матеріалом потенційного батька. Отже, сурогатна матір матиме генетичний зв'язок з дитиною.

2. Гестаційне. У випадку застосування гестаційного сурогатного материнства сурогатна матір не має генетичного зв'язку з дитиною. У цьому виді сурогатного материнства, на думку А. Головащук можливо виділити кілька варіантів: 1) дитина буде генетично рідна лише потенційному батькові при використанні його репродуктивного матеріалу і донорської яйцеклітини; 2) дитина генетично рідна обом потенційним батькам при використанні їх репродуктивних клітин; 3) дитина генетично рідна лише потенційній матері при використанні її яйцеклітини та донорського репродуктивного матеріалу [1, с. 130].

Враховуючи вищезазначене, видається, що юридично дозволеним має бути лише гестаційне сурогатне материнство, а гендерне має бути заборонене. Це сприятиме в певній мірі захисту морально-етичних принципів та вбереже потенційних батьків від можливих претензій щодо дитини з боку сурогатної матері.

Список використаних джерел

1. Головащук А.П. Цивільно-правове регулювання відносин, пов'язаних із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 12.00.03. Київ, 2017. 258 с.

2. Кривенко Ю.В. Сурогатне материнство: взаємозв'язок моралі та права. *Проблеми та шляхи вдосконалення правового регулювання відносин щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій*: збірник тез круглого столу (м. Хмельницький, 15 березня 2013 року). Хмельницький: Хмельницький університет управління та права, 2013. С. 31-33.

3. Марко Я.Р. Право на сурогатне материнство: проблеми розширеного розуміння. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: юридичні науки 2016. № 850. С.245-249.

4. Осмолівський Д., Аксютіна А. Проблеми здійснення сурогатного материнства. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. С.38-40.

5. Таланов Ю. Ю. Сурогатне материнство: морально-правові аспекти. *Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. "Право"*. 2012. Вип. 19. С. 42-47.

Давидов Павел Григорьевич,
доцент кафедры языковых и гуманитарных
дисциплин № 1, кандидат философских наук,
доцент
Антончук Виктория Николаевна,
Ковальчук Богдан Анатолиевич,
студенты 4-го курса медицинского факультета № 1
Донецкого национального медицинского
университета

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСКРИМИНАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ

Актуальность темы: эта работа объясняет тот факт, что в Украине в сфере здравоохранения, необходимым фактором является исключение какого-либо факта дискриминации и усиление механизмов борьбы с различными ее проявлениями.

Цель исследования: в этой работе мы проанализируем государственную политику и медицинскую и юридическую практики в здравоохранения в Украине в борьбе с дискриминацией.

Материал и методы: Уровень занятости среди людей с психическими заболеваниями поразительно низок. Национальное обследование рабочей силы Украины показало, что в последние годы доля всего занятого взрослого населения составляла около 75%; для людей с проблемами физического здоровья эта цифра составляла около 65%, а для людей с серьезными проблемами психического здоровья – только около 20%. Это, несмотря на самый высокий показатель «желания работать» среди безработных: один из опросов показал, что до 90% людей с психическими заболеваниями хотели вернуться на работу.

Этот низкий уровень занятости отражает широко распространенную дискриминацию. В Украине треть людей с проблемами психического здоровья говорят, что они были уволены или вынуждены уволиться с работы, 40% говорят, что им было отказано в работе из-за их психиатрического лечения, и около 60% говорят, что они избегают претендовать на работу, поскольку они ожидают, что с ними будут обращаться несправедливо.

Исследования работодателей подтверждают эти трудности. В одном исследовании, посвященном виньетированию, работодатели в семь раз чаще рекомендовали нанять заявителя с физическими недостатками (колясочники), чем с психическими заболеваниями (которые в настоящее время принимают лекарства от тревоги и депрессии). Кроме того, некоторые работодатели и коллеги демонстрируют стигматизирующее поведение по отношению к

работникам, о которых известно, что они страдают психическим заболеванием, включая ограничение возможностей для продвижения по службе, микро управление, чрезмерное отнесение ошибок к болезням, злостные сплетни и скрытые формы социальной изоляции. Рабочая среда с этими характеристиками будет препятствовать раскрытию информации; и наоборот, чувство признательности со стороны своего руководителя и коллег, и наличие благоприятной рабочей среды являются ключевыми факторами при принятии решений о раскрытии информации.

Психологические аспекты сокрытия и раскрытия: Связь между сокрытием скрытой стигмы и психологическим стрессом не является четкой. Сокрытие или секретность могут быть основным стрессором для стигматизированных людей. Модель секретности, связанная с озабоченностью, например, описывает, как секретность активирует когнитивные процессы, которые могут привести к навязчивой озабоченности и навязчивым мыслям о «секрете». Такие неприятные реакции могут быть особенно заметны в ситуациях, когда это считается важным скрыть, например, на собеседовании.

Лицо госпитализируется в психиатрическое учреждение добровольно в следующих случаях:

1. По просьбе лица или его согласия.
2. По просьбе или с согласия родителей или иного законного представителя лица в возрасте до 14 лет.
3. По просьбе или с согласия опекуна лица, признанного в установленном законом порядке неработоспособности.
4. В случае несогласия одного из родителей на госпитализацию или отсутствии родителей или законного представителя несовершеннолетнего госпитализируют в психиатрическое учреждение по решению (согласию) органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

Надо отметить, что врач-психиатр обязан разъяснить лицу, получающего психиатрическую помощь, беря его психическое состояние, доступно и достаточно полно информировать о общем состоянии его психического здоровья, а также прогноз возможного развития и прогрессирования психического заболевания, в возможно применении определенных методов диагностики и ее курации, дополнительные средства лечения, возможных рисках и побочных эффектах лечения, порядок, условия и продолжительность оказания медицинской психиатрической помощи, права пациента, предполагается этим Законом Украины.

Таким образом, основной правовой защитой является Закон о дискриминации по признаку инвалидности 1995 года, который распространяется на работников (или других работников, таких как работники агентства) и соискателей. В соответствии человек имеет инвалидность, если «у него есть физическое или умственное

нарушение, которое оказывает существенное и долговременное неблагоприятное воздействие на его способность выполнять обычные повседневные дела». В настоящее время «ухудшение» применяется, чтобы повлиять на обычную повседневную деятельность только заинтересованного лица, если это влияет на одно из следующего:

- мобильность;
- ловкость рук;
- физическая координация;
- воздержания;
- способность поднимать, переносить или иным образом перемещать предметы быта;
- речь, слух или зрение;
- память или способность концентрироваться, учиться или понимать;
- или восприятие риска физической опасности.

Сегодня в сфере здравоохранения Украины все чаще встречается дискриминации лиц пожилого возраста, людей, страдающих ВИЧ / СПИД.

Статистика инвалидизации в Украине. 80% инвалидов в Украине – это люди трудоспособного возраста. В Украине – более 2800000 человек имеют статус инвалида. А это составляет 6,1% от общей численности населения. К сожалению, количество инвалидов в нашей стране ежегодно растет. Почти 80% инвалидов в Украине – это люди трудоспособного возраста.

На 1 января 2017 года – удельный вес лиц, имеющих I группу инвалидности, составила 10,7% (298,2 тыс. Человек), II группу – 37,8% (1 054,4 тысяч человек), III группу – 45,5 % (1 268,5 тыс. человек).

Самыми распространенными болезнями, которые приводят к инвалидности, являются:

- болезни системы кровообращения (24,4%),
- новообразования (20%),
- болезни костно-мышечной системы (11,1%),
- болезни глаз (3, 7%),
- эндокринные болезни,
- расстройства питания и нарушения обмена веществ (4,2%)

По словам исследователей, то значительную долю в структуре лиц с инвалидностью составляют дети – более 167 тыс. (2% от всего детского населения).

Среди причин инвалидности у детей существует три места, которые включают в себя:

- I место – врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения – 30%,
- II место – болезни центральной нервной системы – 17,9%,
- III место – расстройства психики и поведения – 13,9%.

В возрастной структуре детей-инвалидов основную группу составляют дети школьного возраста от 7 до 14 лет – более 49%, на втором месте – дети в возрасте от 15 до 17 лет – более 23,7%, на третьем – дети от 3 до 6 лет – около 20% ».

Выводы. Важным моментом является то, что инвалидность и плохое состояние здоровья различаются как в законодательстве, так и на практике, действительно, связь инвалидности с болезнью может рассматриваться как аспект стигматизации. Одним из практических выводов является то, что работодатели, как само собой разумеющееся, не должны вносить коррективы в количество времени, которое кто-то может взять, особенно если есть какие-либо предположения об изменении условий схемы оплаты по болезни.

Список использованных источников

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // Відомості Верховної Ради України від 26.01.1993 – 1993 р., № 4, стаття 19.
2. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
3. Стеценко С.Г. Стеценко В.Ю. Сенюта І.Я «Медичне Право України» Підручник/ За заг. ред. д.ю.н. проф. С.Г.Стеценка К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правоваєдність» 2008р. – 507с

Давидов Павло Григорович,
доцент кафедри мовних та гуманітарних
дисциплін № 1, кандидат філософських наук,
доцент
Ліперт Лілія Сергіївна,
студентка 4-го курсу медичного факультету № 1
Донецького національного медичного
університету

ПРАВОВІ АСПЕКТИ У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ТА РЕПРОДУКТИВНОМУ КЛОНУВАННІ

Актуальність теми. На рубежі століть досягнення експериментальної генетики та ембріології привернули до себе загальну увагу. Народження овечки Доллі, повідомлення про народження клонованих дітей сколихнули уяву багатьох людей, далеких від розуміння сутності цих біологічних процесів. На сучасному етапі суспільство ще не прийшло до консенсусу щодо таких неоднозначних питань, як евтаназія, аборт, трансплантація органів і тканин, і на порядку денному варто дискусія з етичних, правових, психологічних аспектів проблеми клонування.

«Клонувати людей не можна», така типова інстинктивна реакція на думку про те, щоб виробляти ідентичні копії людей. В голові відразу ж виникають образи величезних армій з штапованих солдат або множинні копії вождів-тиранів, як в романі Айри Левіна «Хлопчики з Бразилії».

Проте, якщо прислухатись до прихильників клонування, з'ясовується, що вони зовсім не пропонують народжувати на світ сотні однакових копій ідеального солдата. Замість цього вони кажуть, що клонування дає надію багатьом людям, що страждають від страшних хвороб.

Метою роботи є аналіз правових аспектів у терапевтичному та репродуктивному клонуванні в світі та Україні.

Виклад матеріалу. Перш за все, під дефініцією «клонування» в більшості випадків розуміється метод створення клонів шляхом перенесення генетичного матеріалу з однієї донорської клітини в енуклеїровану (позбавлену ядра) яйцеклітину.

Клон – сукупність клітин або організмів, генетично рівнозначних родоначальній клітці. Прикладом природного клонування є поява однойцевих близнюків, що розвиваються з однієї яйцеклітини.

Розрізняють два види клонування. Терапевтичне клонування – маніпуляції з соматичними (нестатевими) клітинами, що призводять до їх «омолодження», при яких ядро соматичної клітини пересідає в донорську яйцеклітину, позбавлену ядра. В результаті поділу утворюються стовбурові

клітини, родоначальники клітин різних тканин, які служили б матеріалом для трансплантації, свого роду запасними частинами.

Репродуктивне клонування – отриманий в результаті перенесення генетичного матеріалу соматичної клітини в енуклеїровану яйцеклітину ембріон (зародок) переноситься в матку жінки, яка виношує його. Дитина, отримана в результаті клонування, буде копією особи, колишнього донором ядра соматичної клітини.

Дивлячись на людей з невиліковними хворобами, багато хто відчуває, що експерименти за так званим «терапевтичному клонуванням» дійсно варто проводити, щоб дати надію тим, кого чекає безрадісне майбутнє.

Фахівці, що досліджують проблеми генної інженерії, зокрема клонування, підкреслюють необхідність терапевтичного клонування і створення нової галузі сучасної клінічної медицини, яка сприятиме лікуванню невиліковних на сьогодні хвороб. Зокрема Р. Ланза (віце-президент компанії, що оголосила про створення людського ембріону за допомогою клонування), зазначила, що мета компанії – не клонування людини, а створення терапевтичних методів рятування життя людей від хвороб, включаючи діабет, інсульт, рак, СНІД, а академік Ю. Лопухін говорить, що причиною виключного інтересу до проблеми терапевтичного клонування є надія на вирішення проблеми безконфліктної трансплантації клітин і тканин і створення таким чином принципово нового підходу до лікування низки хвороб, що не підлягають лікуванню.

В Україні ця проблема знайшла свою регламентацію у Законі України «Про заборону репродуктивного клонування людини» від 14 грудня 2004 року. Цей нормативний акт вводить заборону репродуктивного клонування людини в Україні виходячи з принципів поваги до людини, визнання цінності особистості, необхідності захисту прав і свобод людини та враховуючи недостатню дослідженість біологічних і соціальних наслідків клонування людини. Дія зазначеного Закону не поширюється на клонування інших організмів.

Стаття 11 Загальної Декларації ООН з геному людини та прав людини, яку підписала і ратифікувала Україна, забороняє клонування: «Не допускається практика, яка суперечить людській гідності, така як практика клонування з метою відтворення людської особи» [3].

Стаття 18 Конвенції про захист прав гідності людини щодо застосування біології та медицини забороняє вирощування ембріонів для дослідних цілей [4].

12 січня 1998 р. у Парижі було підписано Додатковий протокол до цієї Конвенції, що стосується заборони клонування людських істот. Для України він набрав чинності 1 березня 2001 року. Цей протокол забороняє будь-яке втручання з метою створення людської істоти, яка генетично ідентична іншій людській істоті, живій чи мертвій.

У 3 статті Хартії основних прав Європейського Союзу, прийнятої 7 грудня 2002 р. у Ніцці також заборонено репродуктивне клонування людських істот [5].

Відповідно до статті 9 Конституції України, чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства. Тому потреби в прийнятті такого акту в Україні немає [1].

Уряд Великобританії збирається заборонити вирощування клонованих людських ембріонів довше 14 днів. Цей захід завадить репродуктивного клонування, але дасть можливість клонувати людські ембріони для отримання ембріональних стовбурових клітин з метою відновлення тканин.

На ранній стадії розвитку зародки містять ембріональні стовбурові клітини, які теоретично можуть розвинути в будь-яку тканину людського тіла, якщо їх помістити в лабораторію і вирощувати в певних умовах. Технології клонування дають нам можливість виробляти ембріональні стовбурові клітини з HLA-фенотипом конкретного пацієнта, таким чином вирішуючи проблему відторгнення чужого органу, нерідко перешкоджає трансплантації. Вчені сподіваються розробити методи, що дозволяють програмувати, в яку саме тканину будуть розвиватися ці клітини. У цьому випадку пацієнт з пошкодженою м'язом серця отримує клітини м'язи серця, щоб відновити пошкодження. Щоб втілити таке лікування в реальність, знадобляться великі дослідження і експерименти.

В результаті у нас може з'явитися можливість вирощувати клітини для конкретних пацієнтів і з їх допомогою відновлювати пошкоджені органи. Це може позбавити нас від необхідності проводити пересадку органів і значно збільшити ймовірність відновлення таких органів, які пересадити неможливо – наприклад, мозку.

Нещодавно вчені виявили, що стовбурові клітини дорослої людини також здатні розвиватися в різні тканини. Наприклад, стовбурові клітини нервової системи можна перетворити в клітини, що виробляють клітини крові, а стовбурові клітини крові можуть виробляти клітини печінки.

Стовбурові клітини дорослого, взяті з здорової тканини пацієнта, можна виростити в лабораторних умовах і знову повернути пацієнтові. Оскільки ці клітини були взяті з його власного організму, імунна система не стане заперечувати нову тканину. При наявності такої технології в клонуванні і використанні людських ембріонів просто немає необхідності.

Висновки. З огляду на той факт, що для відновлення органів і лікування багатьох важких захворювань використовується терапевтичне клонування з використанням не тільки ембріональних стовбурових клітин, а й стовбурових клітин дорослої людини. Терапевтичне клонування є дуже актуальним та доцільним для України в часи, коли на Сході країни відбуваються бойові дії

та гине багато громадян. Тільки уявіть скільки життів можна було б врятувати, якщо б терапевтичне клонування можна було б вже зараз впровадити у систему лікування.

Список використаних джерел

1. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. Закон України «Про репродуктивне клонування людини » від 14 грудня 2004 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2231-15>
3. Загальна декларація про геном людини та права людини [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_575
4. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334
5. Хартія основних прав Європейського Союзу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524
6. Стеценко. С.Г. Медицинское право:. Учебник. СПб:. Юридический центр. Пресс, 2004. С. 483-502.
7. From *CMF files* - cmf file 12 (2000) - therapeutic cloning and stem cells [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://admin.cmf.org.uk/pdf/cmffiles/12_cloning_and_stem_cells.pdf

Давидов Павло Григорович,
доцент кафедри мовних та гуманітарних
дисциплін № 1, кандидат філософських наук,
доцент
Шевченко Елліна Юріївна,
студентка 4 курсу медичного факультету №1
Донецького національного медичного
університету

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА МЕДИЧНЕ ПРАВОПОРУШЕННЯ

Актуальність теми: Тема кримінальної відповідальності медичних працівників є однією з найбільш дискусійних в медико-правовому просторі. Будь-яка діяльність пов'язана з помилками і ризиками та відповідальністю. Дотримуючись точки зору, що юридична відповідальність – це застосування заходів державного примусу до особи, яка вчинила правопорушення, слід зауважити, що цей підхід застосовується і до галузі, яка розглядається, – а саме охорони здоров'я громадян.

Мета дослідження: розглянути сутність природи медичного делікту та кримінальну відповідальність, яка передбачена за ці дії.

Виклад основного матеріалу. Переважна більшість медичних працівників та навіть керівників закладів охорони здоров'я мають поверхове уявлення про юридичну відповідальність, встановлену чинним законодавством за правопорушення в сфері охорони здоров'я.

У свою чергу, медична помилка або невиправданий ризик можуть стати фатальними для пацієнта. Медичний працівник, який допустив помилку чи зробив суспільно небезпечні дії, піддається не тільки моральну оцінку з боку суспільства, а й несе юридичну відповідальність, зокрема кримінальну.

В рамках аналізу питань кримінальної відповідальності медиків важливо говорити саме про «професійні злочини», тобто таких, за які відповідальність покладається на медичного працівника в силу:

- 1) вчинення ним суспільно небезпечного діяння;
- 2) прямого зв'язку дії (бездіяльності) з медичною практикою і виконанням професійних обов'язків;
- 3) наявності ознак порушення стандартів надання медичної допомоги, з якими останній обізнаний в силу своєї кваліфікації, спеціалізації та професії в цілому;
- 4) негативних наслідків, що наступили для життя і здоров'я особи.

Під професійним медичним кримінальним правопорушенням слід розуміти умисне або необережне діяння, вчинене медичним працівником при

виконанні професійних обов'язків, яке заборонено кримінальним законом під загрозою покарання.

Переважає більшість кримінальних караних діянь, які становлять небезпеку для життя і здоров'я людини, які відбуваються медичними працівниками під час виконання професійних обов'язків, визначені в розділі II «Злочини проти життя і здоров'я людини» Кримінального кодексу України від 05.04.2001 № 2341-III.

До «професійних злочинів» закон відносить:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 КК України);
- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної хвороби (ст. 132 КК України);
- незаконне проведення абортів (ст. 134 КК України);
- незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 КК України);
- ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України);
- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України);
- порушення прав пацієнта (ст. 141 КК України);
- незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК України);
- порушення встановленого законом порядку трансплантації органів
- насильницьке донорство (ст. 144 КК України);
- незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України).

Для визначення наявності або відсутності кримінальної відповідальності медичних працівників мають значення наступні обставини:

- крайня необхідність (ст. 39 КК України);
- діяння, пов'язане з ризиком (ст. 42 КК України).

Крайню необхідність закон визначає як заподіяння шкоди правоохоронним інтересам у певному стані для усунення небезпеки, що безпосередньо загрожує особі чи охоронюваним законом правам людини або інших осіб, якщо цю небезпеку в даній обстановці не можна було усунути іншими засобами і якщо при цьому не було допущено перевищення меж крайньої необхідності.

Для того щоб віднести випадок до крайньої необхідності, яка передбачає виключення злочинної поведінки медичного працівника, важливо визначити критерії правомірності, де мова йде про небезпеку, яка повинна представляти реальну загрозу, і без заподіяння шкоди людині в таких обставин неможливо усунути захворювання, травму, що представляє небезпеку для життя і

здоров'я. Це стосується надання медичної допомоги, що є невідкладною, а зволікання може призвести до тяжких наслідків – смерті особи.

Надання медичної допомоги (медичних послуг), які не мають невідкладного характеру, при здійсненні медиком суспільно небезпечного діяння не можуть розглядатися як обставина, що виключає злочинність діяння.

Для визначення обставин, закладених в основу злочинних діянь, вчинених медичними працівниками, слід встановлювати правильність і своєчасність проведення анамнезу, огляду і діагностики захворювання згідно з положенням про надання медичної допомоги хворому, поведінки потерпілого.

Особливу цінність для слідства представляють медичні документи, їх вивчення і аналіз: історії хвороби, амбулаторні карти, довідки про стан здоров'я, результати лабораторних досліджень, рентгенограми та інші документи, а також матеріали попередніх перевірок.

Медичні документи є джерелом лікарської таємниці. Відповідно до *ст. 162 Кримінального процесуального кодексу України від 13.04.2012 № 4651-VI* до охоронюваної законом таємниці, що міститься в речах і документах, належать, зокрема, відомості, які можуть становити лікарську таємницю.

У реаліях сьогодення найважливішим питанням до досудового слідства є доведеність вини лікаря або іншого медичного працівника. Важливість визначення провини не викликає сумнівів, що від цього залежить:

- кваліфікація кримінального правопорушення;
- санкції, які будуть застосовані;
- облік обставин, що пом'якшують або обтяжують покарання (ст. 66 і ст. 67 КК України).

Класичним прикладом умисного «*професійного злочину*» є ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України). Суспільна небезпека цього кримінального правопорушення полягає в тому, що медичний працівник не надає допомоги хворому (пацієнту), що призводить до настання смерті або інших тяжких наслідків.

Відповідно до законодавства медичні працівники зобов'язані надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу, а також безкоштовно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях (*ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII*).

Злочином з необережності є дія медичного працівника, який в силу обставин, що склалися не передбачав настання суспільно небезпечних наслідків або легковажно розраховував на їх відвернення, причому щодо дії можливий і прямий умисел.

З метою визначення дефекту надання медичної допомоги (послуги) і причинного зв'язку між діями медичного працівника і негативними

наслідками необхідне проведення судово-медичної експертизи. Проведення судово-медичної експертизи *регламентується Законом України "Про судову експертизу" від 25.02.1994 № №4038-ХІІ*

Висновки. На сьогоднішній день в Україні відсутній єдиний методологічний підхід для визначення недоброякісності меддопомоги (послуги), критерії несумлінності виконання професійних обов'язків медичним працівником і рівні зіставлення поведінки медичного працівника з протоколами і стандартами лікування.

Знання і лікарський досвід дозволяють будь-кому «фахівцю» перекласти провину з себе на обладнання, непередбачені реакції організму, симптоматику або самого пацієнта, нерідкі випадки внесення виправлень до медичної документації, зокрема історію хвороби і результати лабораторних досліджень.

Джерелами професійних медичних обов'язків є посадові інструкції, документи внутрішнього обліку, положення про установу охорони здоров'я, накази МОЗ щодо ведення документів суворої звітності.

Список використаних джерел

1. Сучкова Т.Є. Про юридичну відповідальність медичних працівників при здійсненні професійних правопорушень //Медичне прао.2011.№6.С. 33 - 40.
2. Риков В. А. Лікарська помилка: медичні та правові аспекти // Медичне право. 2005. N 1.
3. Законодавство України: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws>

Дічко Ганна Олегівна,
асистент кафедри управління і
економіки фармації, медичного та
фармацевтичного права Запорізького
державного медичного університету,
кандидат юридичних наук

ВИПАДКИ ПРАВОМІРНОГО РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНОЇ ТАЄМНИЦІ

Право на таємницю про стан здоров'я закріплюється Цивільним кодексом України. Ст. 286 зазначає, що фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні. Схожі положення містить ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я, де вказано, що пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні; заборонено вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. Тобто, за загальним правилом, медичному працівнику заборонено розголошувати медичну інформацію будь-кому без згоди пацієнта. Проте з цього правила є винятки, коли у медичного працівника з'являється обов'язок повідомити певну інформацію щодо пацієнта суб'єктам, визначеним у законодавстві.

Першим із випадків правомірного розголошення медичної таємниці є процедура лікування пацієнтів, які некомпетентні щодо надання згоди на медичне втручання. Маються на увазі особи із неповним обсягом дієздатності – малолітні та неповнолітні, а також недієздатні. Частина 1 ст. 285 Цивільного кодексу України зазначає, що батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного.

Наступну підставу розголошення медичної таємниці містить Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у ст. 43, яка передбачає умови надання згоди на проведення медичного втручання. Якщо законний представник пацієнта (батьки, опікун, піклувальник) відмовляється від необхідного медичного втручання і така відмова може мати тяжкі наслідки (смерть, інвалідність, значне погіршення стану здоров'я), лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

Медична інформація розголошується також в процесі усиновлення. Пункт 77 Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей» містить положення про те, що кандидати в усиновлювачі ознайомлюються із станом здоров'я дитини, яка може бути

усиновлена і з приводу цього підписують заяву. У закладу охорони здоров'я, де вказана дитина отримує медичне обслуговування, виникає обов'язок надати відповідну медичну документацію для ознайомлення.

Розкриття медичної таємниці є обов'язком медичного працівника також за наявності тілесних ушкоджень, спричинених насиллям у сім'ї. Так, ст. 12 Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» зазначає, що закладом охорони здоров'я повідомляє уповноваженим підрозділам органів Національної поліції України про виявлення ушкоджень, що могли виникнути внаслідок вчинення домашнього насильства, а в разі виявлення ушкоджень у дитини – також службу у справах дітей.

Підстави розкриття медичної таємниці містить Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», у ст. 9. З метою забезпечення реєстрації випадку захворювання на туберкульоз, організації належного медичного обстеження, лікування та здійснення відповідних протиепідемічних заходів. Медичний працівник, який виявив захворювання, зобов'язаний повідомити про це головного державного санітарного лікаря відповідної адміністративної території та районного/міського фтизіатра за місцем виявлення випадку хвороби. Також у разі звільнення хворого на туберкульоз з місць позбавлення волі (арештного дому) установа виконання покарань, в якій такий хворий відбував покарання, повідомляє про клінічну та диспансерну категорію його захворювання відповідний протитуберкульозний заклад за місцем проживання особи.

Схожі за змістом положення, присвячені розкриттю медичної таємниці, є у Законі України «Про захист населення від інфекційних хвороб». Ст. 13 зобов'язує медичного працівника у випадку поствакцинального ускладнення терміново повідомити центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів (Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками). Ст. 38 зазначає, що посадові особи закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та медичні працівники у разі виявлення хворого на інфекційну хворобу терміново повідомити відповідний орган державної санітарно-епідеміологічної служби та організувати госпіталізацію пацієнта до відповідного закладу охорони здоров'я.

Підстави для розкриття медичної інформації є не лише у матеріальних, але також і у процесуальних джерелах права. Зокрема, ст.ст. 162 – 165 Кримінального процесуального кодексу регулюють процедуру тимчасового доступу до речей та документів, які містять охоронювану законом таємницю. Серед переліку видів конфіденційної інформації у кодексі вказано відомості, які можуть становити лікарську таємницю. В кримінальному провадженні сторони мають право звернутися із клопотанням про тимчасовий доступ до медичної документації, якщо її можливо використати як доказ, з метою

забезпечення швидкого, повного та неупередженого розслідування і судового розгляду. Слідчий суддя або суд з приводу надання тимчасового доступу постановляє ухвалу. Особа, яка зазначена в ухвалі як володілець, зобов'язана надати тимчасовий доступ, вилучатися можуть як оригінали, так і копії документів, що зроблені за допомогою копіювальної техніки. Якщо особа відмовляється надати доступ, проводиться обшук. Схожі положення містить Цивільний процесуальний кодекс у ст. 84 та 85, які регулюють порядок витребування доказів та їх огляду за місцезнаходженням.

Відомості про діагноз та лікування особи можуть розкриватися з метою протидії неправомірній поведінці. Ст. 14 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» регулює підстави розкриття факту звернення за медичною допомогою через захворювання на наркоманію. Відомості про лікування можуть бути надані лікуючим лікарем лише правоохоронним органам у разі притягнення пацієнта до кримінальної або адміністративної відповідальності. Також факт захворювання розголошується у судовому засіданні в рамках вирішення питання про примусове надання медичної допомоги особі, хворій на наркоманію.

Обов'язок сповіщення відповідних органів та інстанцій виникає у медичного працівника при наданні медичної допомоги через ушкодження здоров'я в разі нещасного випадку. Особливості повідомлення закріплено п. 6 Порядку розслідування та обліку нещасних випадків невиробничого характеру, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 травня 2001 р. № 270. Лікувально-профілактичні заклади, до яких звернулися або були доставлені потерпілі внаслідок нещасних випадків, протягом доби надсилають письмове повідомлення за встановленою формою. Про кожний нещасний випадок сповіщається районна держадміністрація (виконавчий орган міської, районної у місті ради). Про кожний нещасний випадок, що стався внаслідок споживання (користування) нехарчової продукції направляється повідомлення до органу державного ринкового нагляду у відповідній сфері відповідальності (Державна служба України з питань праці, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів та ін.). Про нещасний випадок із смертельним наслідком, пов'язаний із заподіянням тілесних ушкоджень іншою особою, а також нещасний випадок, що стався внаслідок контакту із зброєю, боєприпасами та вибуховими матеріалами або під час дорожньо-транспортної пригоди обов'язково слід повідомити прокурору та органу досудового розслідування.

Подібна процедура повідомлення існує також для ушкоджень здоров'я, що сталися з працівниками на підприємствах, в установах та організаціях незалежно від форми власності, вона регламентується Постановою Кабінету

Міністрів України «Деякі питання розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві». Зазначено, що лікувально-профілактичний заклад повинен передати протягом доби з використанням засобів зв'язку та на паперовому носії екстрене повідомлення про звернення потерпілого з посиланням на нещасний випадок на виробництві таким суб'єктам: підприємству, де працює потерпілий; робочому органів виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань за місцезнаходженням підприємства, де працює потерпілий, або за місцем настання нещасного випадку з фізичною особою - підприємцем або особою, що забезпечує себе роботою самостійно; територіальному органу Державної служби України з питань праці за місцем настання нещасного випадку; закладові державної санітарно-епідеміологічної служби, який здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд за підприємством, де працює потерпілий, або такому закладові за місцем настання нещасного випадку з фізичною особою – підприємцем або особою, що забезпечує себе роботою самостійно, у разі виявлення гострого професійного захворювання (отруєння).

Отже, українське законодавство містить низку підстав для розголошення медичної таємниці без згоди пацієнта, проте вони знаходяться у різних нормативно-правових актах і це утруднює ознайомлення з ними медичного працівника. Вважаємо доцільним навести перелік всіх підстав в одній законодавчій статті, а саме у ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Доценко Микола Якович,
зав. кафедри кардіології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», доктор медичних наук, професор
Боев Сергій Сергійович,
доцент кафедри кардіології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кандидат медичних наук, доцент
Шехунова Ірина Олександрівна,
доцент кафедри кардіології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» кандидат медичних наук, доцент
Герасименко Лариса Вікторівна,
доцент кафедри кардіології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кандидат медичних наук, доцент
Любітов Дмитро Юрійович,
лікар кардіологічного відділення «Кам'янська міська лікарня швидкої медичної допомоги»

ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВОВОГО ПОЛЯ В УМОВАХ ЗДІЙСНЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Основними законами України, якими регламентується діяльність лікаря є ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що визначають основні права та обов'язки пацієнтів та медичних працівників у сфері охорони здоров'я, порядок надання медичної допомоги, порядок забезпечення матеріально-технічною базою лікувальних закладів.

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» прийнятий у 1993 році, з багатьма поправками згідно з чинним законодавством, остання з яких датується жовтнем 2018 року, суттєво змінився протягом років свого існування. Зокрема велику увагу приділено забезпеченню встановлення додаткових соціальних гарантій медичним та фармацевтичним працівникам, які працюють у сільській місцевості, впровадженню застосування телемедицини ("телемедицина - комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі"), зазначені умови для забезпечення децентралізації та реформи місцевого самоврядування.

Проте, враховуючи здобутки останніх кроків в реформації першої ланки надання медичної допомоги, широкого запровадження сімейної медицини в сфері охорони здоров'я населення, створення ефективної децентралізованої системи ЦПМСД, що здатна самостійно здобувати та розподіляти матеріально-технічні засоби – необхідно продовжувати внесення коригуючих змін в даний закон, а також у ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Перспективи створення страхової системи забезпечення медичного обслуговування населення, вимагають ретельного перегляду чинного законодавства. Для встановлення чітких меж щодо обсягів забезпечення населення медичними послугами, вказівок щодо шляхів державного забезпечення коштами та матеріально-технічними засобами для забезпечення якісного та безпечного надання медичної допомоги. Необхідне чітке усвідомлення та розподіл медичних послуг між різними рівнями надання медичної допомоги, спрощення для населення процедури отримання медичної допомоги та взаємодії між різними рівнями (зокрема амбулаторіями та закладами стаціонарного лікування).

В умовах введення програми реамбурсації «Доступні ліки» необхідно ввести необхідні законодавчі зміни до основних законів, що регламентують забезпечення ефективної роботи цієї державної програми. Існують декілька законодавчих актів, що регламентують обсяги та зміст роботи даної ініціативи, проте вони не вносять змін до основних законів, на які в першу чергу спирається діяльність закладів охорони здоров'я.

Таким чином, можна зробити висновок, що регламентоване основними законами України правове поле «пацієнт-медичний працівник-фармацевтичний працівник» потребує негайного і якісного реформування, для забезпечення дотримання усіх закладених у медичну реформу можливостей і прав кожного суб'єкта цих відносин.

Разом із тим основою ефективного використання цих можливостей є своєчасне, з використанням сучасних методів телекомунікації, інформування населення та працівників закладів охорони здоров'я щодо прав та обов'язків, можливостей отримання медичної допомоги та державні обсяги забезпечення медичної допомоги в умовах медичної реформи в Україні.

Жарлінська Раїса Григорівна,
доцент кафедри патологічної анатомії, судової
медицини та права Вінницького національного
медичного університету ім. М.І. Пирогова,
кандидат економічних наук, доцент
Гаврилюк Алла Олександрівна, завідувач
кафедри патологічної анатомії, судової медицини
та права Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних
наук, професор
Зверховська Валентина Францівна,
доцент кафедри патологічної анатомії, судової
медицини та права Вінницького національного
медичного університету ім. М.І. Пирогова,
кандидат юридичних наук

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Політичні і соціально-економічні перетворення в українському суспільстві на етапі інтеграції України до Європейського Союзу, розбудова нової системи охорони здоров'я вимагають формування адекватної нормативно-правової бази як юридичного підґрунтя медичної реформи. Актуальність дослідження значною мірою зумовлюється необхідністю знаходження нових шляхів нормативного забезпечення високої якості надання медичної допомоги населенню України відповідно до пріоритетних напрямів, визначених Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки, яка є складовою Національного плану дій з реформування, проголошеного Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку Україна–2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної Ради) [1].

Основні напрямки вдосконалення якості медичної допомоги населенню в європейських країнах викладені в стратегічних документах: Люблінській хартії (1996), «Здоров'я населення в Європі» (1997), «Досягнення здоров'я для всіх у 21-ому сторіччі» (1998), «Здоров'я-21: Основи політики і досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ» (1999). Вихідними джерелами для них стали «Загальна декларація прав людини», прийнята Генеральною Асамблеєю ООН (1966) та «Хартія прав людини», якими проголошено право кожної людини на життя, свободу, безпеку, якісне і доступне медичне обслуговування. У більшості країн основними механізмами,

що забезпечують доступність та належну якість медичної допомоги, є нормативно-правова база галузі, що регламентує надання, управління і контроль медичної допомоги; стандартизація галузі, здійснювана за допомогою нормативно-технічних документів, і система експертизи.

З метою вдосконалення національної системи управління якістю медичної допомоги, а також визначення пріоритетності втілення сучасних підходів до контролю якості медичної допомоги протягом останніх років проведено велику роботу щодо поліпшення чинної нормативно-правової бази в зазначеній сфері. Прийнято низку нормативно-правових актів з контролю якості медичних послуг, зокрема, накази МОЗ України: “Про порядок контролю якості медичної допомоги” від 28 вересня 2012 року № 752 (далі – Порядок № 752), “Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги” від 6 серпня 2013 року № 693, “Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги” від 11 вересня 2013 року № 795. Згідно з Порядком № 752, спрямованим на забезпечення одержання пацієнтами медичної допомоги належної якості, якість медичної допомоги визначено як надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров’я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров’я [5]. Отже, ним закріплене одне з ключових визначень сфери охорони здоров’я, а саме поняття якості медичної допомоги.

Згідно з Наказом МОЗ України “Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги” від 20 липня 2011 року № 427, якість – це сукупність властивостей і характеристик продукції, які надають їй здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби. Відповідно до статті 1 Закону України “Про захист прав споживачів” від 12 травня 1991 року № 1024-ХІІ належна якість роботи або послуги – це властивість продукції, яка відповідає вимогам, встановленим для цієї категорії продукції у нормативно-правових актах і документах та умовами договору зі споживачем. Якість в охороні здоров’я – це складна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров’я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період. Нині загальноприйняте визначення якості охорони здоров’я відсутнє. За визначенням ВООЗ, «якісне медичне обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» (2008).

До основних, на наш погляд, критеріїв якості медичних послуг належать такі: доступність медичної послуги; адекватність медичної послуги; наступність і безперервність медичної послуги; ефективність і дієвість; орієнтованість на пацієнта, його задоволеність; безпека процесу лікування; своєчасність медичної послуги; відсутність (мінімізація) лікарських помилок; науково-технічний рівень.

Порядок № 752 визначає методи контролю якості, в т.ч. внутрішній контроль якості надання медичної допомоги, який здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я та/або медичними радами закладів охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я; самооцінки медичних працівників; організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; моніторингу реалізації управлінських рішень; моніторингу дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; моніторингу системи індикаторів якості медичної допомоги; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги [2].

У зв'язку з цим одним із методів оцінки якості медичної допомоги є медико-соціологічне дослідження, яке слугує об'єктивному відображенню ситуації з питань гарантії якості в системі охорони здоров'я. Задоволеність пацієнтів отриманою медичною допомогою є визначеним критерієм якості діяльності медичної галузі, що рекомендований до використання ВООЗ. Серед критеріїв якості медичної допомоги населенню важлива роль відводиться оцінкам думок самих пацієнтів про різні аспекти медичного обслуговування. Традиційна система медико-статистичних показників, а також сучасні системи клініко-статистичних стандартів якості допомоги не можуть охопити всіх аспектів діяльності медичних служб. Іноді відбувається так, що навіть всі стандарти витримуються, а пацієнти не задоволені умовами надання допомоги, і в цьому випадку її якість буде неприйнятною.

З метою обґрунтування системи моніторингу якості медичної допомоги та оцінювання задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги пропонуємо використовувати анкетування. Ступінь задоволеності пацієнтів медичною допомогою або послугою доцільно визначати за наступними критеріями: задоволеність організацією роботи структурних підрозділів закладів охорони здоров'я на різних рівнях надання медичної допомоги; частота отримання медичних послуг на платній основі; своєчасність надання медичної допомоги; сприйняття змін в системі охорони здоров'я.

Показники якості медичної допомоги можна використовувати для підвищення рівня надання медичної допомоги, диференційованого оцінювання праці медичного персоналу та закладів охорони здоров'я,

матеріального стимулювання, а також під час проведення акредитації та ліцензування закладів охорони здоров'я. Засвоєння методики визначення показників якості лікування дасть змогу розробляти заходи щодо усунення недоліків у медичному забезпеченні населення.

На нашу думку, є доцільним рекомендувати закладам охорони здоров'я: застосовувати в процесі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я такий інструмент як моніторинг думки хворих та медичних працівників; формувати у закладі охорони здоров'я середовище, сприятливе до процесів покращання якості медичної допомоги, за допомогою побудови системи морального та матеріального заохочення персоналу до безперервного підвищення якості медичного обслуговування; запровадити систему навчання медичного персоналу щодо принципів, механізмів та процесів підвищення якості медичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс]
2. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 752 / Міністерство охорони здоров'я України // Офіційний вісник України. – 2012. – № 94. – Ст. 3830.

Загнибіда Альона Юріївна,
студентка 5-го курсу і фармацевтичного
факультету Запорізького державного медичного
університету
Гамбург Леонід Самойлович,
доцент кафедри управління і економіки фармації,
медичного та фармацевтичного
права ЗДМУ

ПИТАННЯ ЗАКОНОДАВЧОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ І МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ

Вступ. Закон України «Про рекламу» визначає рекламу, як інформацію про особу чи товар, розповсюджену в будь-якій формі та в будь-який спосіб і призначену сформулювати або підтримати обізнаність споживачів реклами та їх інтерес щодо таких особи чи товару. Для реклами лікарських засобів та медичних виробів, порівняно з рекламою інших товарів і виробів, передбачені особливі вимоги. та додаткові обмеження.

Мета дослідження. Виявлення та систематизація особливостей і проблем законодавчого регулювання реклами лікарських засобів.

Матеріал і методи. Нормативно-правова база України. Діалектичний, системно-аналітичний, порівняльно-правовий, структурно-функціональний, формально-юридичний методи.

Отримані результати. Чинним законодавством України (ч. 1 ст. 21 Закону України «Про рекламу», ч. 4 ст. 26 Закону України «Про лікарські засоби») дозволяється реклама: 1) лікарських засобів, медичних виробів і методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, які в установленому порядку дозволені до застосування в Україні; 2) лікарських засобів, які відпускаються без рецепта лікаря та які не внесені до переліку лікарських засобів, заборонених до рекламування.

Законодавством забороняється реклама: 1) лікарських засобів, застосування та відпуск яких дозволяється тільки за рецептом лікаря, а також внесених до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів; 2) допінгових речовин та / або методів для їх застосування в спорті.

Рішення про віднесення конкретного лікарського засобу до переліку лікарських засобів, рекламування яких заборонено, приймається МОЗ України при державній реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу на підставі рекомендацій Державного експертного центру МОЗ відповідно до «Критеріїв, що застосовуються при визначенні лікарських засобів, рекламування яких заборонено» (затверджених Наказом МОЗ України № 422 від 06.06.2012 р.) за наявності хоча б однієї з таких умов: 1) відпуск лікарського засобу здійснюється тільки за рецептом лікаря; 2) лікарський засіб містить наркотичні

засоби, психотропні речовини і прекурсори; 3) застосування лікарського засобу може викликати синдром звикання, що зазначено в інструкції для медичного застосування, крім лікарських засобів для зовнішнього (місцевого) застосування;

4) лікарський засіб застосовується виключно для лікування жінок у період вагітності та годування груддю; 5) лікарський засіб застосовується виключно для лікування дітей до 12 років; 6) лікарський засіб застосовується для лікування: туберкульозу; венеричних захворювань; особливо небезпечних інфекційних хвороб; ВІЛ/СНІДу; раку та інших пухлинних захворювань; хронічного безсоння; діабету; ожиріння (включаючи лікарські засоби, що використовуються для зменшення маси тіла); імпотенції (еректильної дисфункції).

Висновки. Інформація про те, що лікарський засіб є таким, реклама якого заборонена, вноситься до Державного реєстру лікарських засобів України. Наказом МОЗ України від 06.11.2012 № 876 затверджено «Перелік лікарських засобів, заборонених до рекламування, які відпускаються без рецепту», де зазначено повний перелік лікарських засобів, які відпускаються без рецепту, однак заборонені до рекламування. Потребує вирішення нагальна проблема забезпечення суворого дотримання встановлених законодавством обмежень і заборон, оскільки їх порушення чи нечітке дотримання доволі часто спостерігається у рекламній діяльності засобів масової інформації, інших суб'єктів комерційного господарювання, поведінці окремих медичних працівників і цілителів.

Кадуліна Інга Сергіївна,
юрисконсульт 1 категорії юридичного
відділу Запорізького державного медичного
університету, адвокат, член Національної
асоціації адвокатів України

ПРОБЛЕМИ ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС ДОСУДОВОГО РОЗСЛІДУВАННЯ ТА СУДОВОГО РОЗГЛЯДУ «МЕДИЧНИХ СПРАВ»

Під час захисту прав пацієнтів (потерпілих) від неправомірних дій медичних працівників (незаконна лікувальна діяльність – ст.138 КК України; ненадання допомоги хворому медичним працівником – ст.139 КК України; неналежне виконання професійних обов'язків медичним працівником – ст.140 КК України; порушення прав пацієнтів – ст.141 КК України) стикаєшся з проблемами доведення вини медичних працівників, а саме складу кримінального правопорушення через «корпоративну солідарність медичних працівників».

Права пацієнтів регламентуються Основами законодавства України про охорону здоров'я (далі - Основи), так званою декларацією прав людини у сфері охорони здоров'я. Окрім цього, права пацієнтів можемо визначити виходячи з норм Конституції України (далі - КУ), Цивільного кодексу України (далі - ЦК) та Клятви лікаря, затвердженої Указом Президента України (далі - Клятва). Предметом кримінальних правопорушень, вчинених медичними працівниками, все частіше стають найважливіші права та цінності людини – життя та здоров'я.

З якими ж проблемами доведення вини у складі кримінального правопорушення належними і допустимими доказами стикаються органи досудового розслідування, суди та захисники потерпілих від «медичних злочинів»?!

Перш за все, це отримання органом досудового розслідування висновку судово-медичної експертизи, яку проводив експерт з медичною освітою. На розв'язання експерту ставиться питання про наявність чи відсутність причинно-наслідкового зв'язку між діями (бездіяльністю) медичних працівників під час надання (ненадання) медичної допомоги.

У більшості випадків висновок містить категоричну відповідь – дії (бездіяльність) медичного працівника не перебувають у причинно-наслідковому зв'язку зі смертю (іншими тяжкими наслідками) пацієнта.

Навідь, якщо стороною захисту задовольняється клопотання про направлення кримінального провадження для проведення повторної експертизи в іншу експертну установу, - висновок аналогічний.

Нажаль, що медична реформа, яка стартувала із Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" від 19.10.2017 р. (далі – Закон про медреформу), не забезпечує людині захисту життя та здоров'я від неналежного лікування.

Висвітлення зазначеної проблеми надає підстави для наступних висновків.

1) слід розробити та нормативно встановити механізм проведення судово-медичних експертиз, якій виключав би можливість надання неправдивого висновку та «корпоративну солідарність» у цьому питанні;

2) підвищувати Стандарти надання медичної допомоги та відповідальність за їх порушення;

3) підвищувати якість медичної освіти.

Список використаних джерел

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон від 19.11.1992 № 2801-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

2. Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" від 19.10.2017 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#n137>.

Капітаненко Наталія Петрівна,
доцент кафедри менеджменту організацій та
управління проектами Інженерного інституту
Запорізького національного університету,
кандидат юридичних наук, доцент

ОСОБЛИВОСТІ АДМІНІСТРАТИВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПРАВОПОРУШЕННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Провідною тенденцією розвитку сучасного адміністративного права є перегляд його основних засад з метою гармонізації відносин між публічною адміністрацією й людиною. Серед важливих завдань перетворень – модернізація інституту адміністративної відповідальності, зокрема, за правопорушення у сфері охорони здоров'я.

Трансформація адміністративного права в контексті створення умов для служіння держави інтересам громадян шляхом всебічного забезпечення пріоритету їх прав, свобод та законних інтересів в сфері діяльності публічної адміністрації [1, с.5] передбачає врегулювання з таких же позицій відносин і у сфері охорони здоров'я. В межах становлення українського законодавства в контексті євроінтеграційних процесів особливої актуальності набуває питання вдосконалення правового регулювання відносин щодо охорони прав учасників правовідносин у галузі охорони здоров'я. Адміністративна відповідальність за порушення зазначених прав є складовою єдиного механізму адміністративного захисту порушених прав.

Держава, якщо вона є демократичною, соціальною та правовою, відповідальна перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Як свідчить практика, зазначено в Листі Департаменту конституційного, адміністративного та соціального законодавства управління соціального, трудового та гуманітарного законодавства Міністерство юстиції України від 20.06.2011 р., переважна більшість медичних працівників та навіть керівників закладів охорони здоров'я мають поверхове уявлення про юридичну відповідальність, яка встановлена чинним законодавством за правопорушення у сфері охорони здоров'я [2]. Визначення особливостей адміністративної відповідальності за проступки у сфері охорони здоров'я надає можливість виявити сучасний стан адміністративно-правового регулювання вказаного сегмента суспільних відносин. Відтак, вітчизняний досвід (як позитивний, так і негативний) регламентації правовідносин у галузі охорони здоров'я варто використати в процесі розробки оновленого адміністративно-деліктного законодавства щодо досліджуваної сфери.

Питання адміністративної відповідальності, її обсягу та змісту залишається одним із дискусійних питань української адміністративно-правової науки. Чинне законодавство України не містить визначення поняття адміністративної відповідальності, не зважаючи на посилення її ролі в забезпеченні правопорядку на сучасному етапі розвитку українського суспільства. Варто зазначити, що всі існуючі дефініції адміністративної відповідальності, надані вченими, мають науково-дослідницький характер. Загалом варто погодитися з тим, що адміністративна відповідальність – це примусове, з додержанням встановленої процедури, застосування правомочним суб'єктом передбачених законодавством за вчинення адміністративного проступку заходів впливу, які виконані правопорушником [3, с.289-290].

Аналіз чинного законодавства та правозастосовної практики надає можливість визначити особливості адміністративної відповідальності за порушення у сфері охорони здоров'я.

По-перше, правові відносини у сфері охорони здоров'я регулюються нормами як публічного, так і приватного права. Принципи правової регламентації вказаної сфери про гарантію громадянам права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування передбачає ст.49 Конституції України. Крім того, Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні.

Цивільний кодекс України містить главу 21 «Особисті немайнові права, що забезпечують природне існування фізичної особи», в якій врегульовує питання права на життя, на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю, на медичну допомогу, на інформацію про стан свого здоров'я тощо. Водночас необхідно зазначити, що питання сфери охорони здоров'я регламентують відповідні Закони України «Про захист прав споживачів» від 12 травня 1991 р., «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17 травня 2018 р., «Про донорство крові та її компонентів» від 23 червня 1996 р. та ін.

По-друге, за правопорушення у сфері охорони здоров'я чинне законодавство передбачає адміністративну, цивільно-правову та кримінальну відповідальність. Адміністративна відповідальність як різновид юридичної відповідальності має підстави настання – фактичні, юридичні та процесуальні. Юридичну основу адміністративної відповідальності за правопорушення у сфері охорони здоров'я складає система норм права, які регулюють відносини в зазначеному сегменті, а саме: ст.ст.42, 42-2, 45-1, 46, 46-1, 46-2 Кодексу України про адміністративні правопорушення. На посадових осіб поширюється дія Закону України «Про запобігання корупції» від 14 жовтня 2014 р. [4].

По-третє, фактичну підставу адміністративної відповідальності становить адміністративне правопорушення (проступок) – протиправна, винна (умисна або необережна) дія або бездіяльність, яка посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність (ч.1 ст. 9 КУпАП).

Відповідно до чинного законодавства адміністративна відповідальність у сфері охорони здоров'я передбачена за наступні діяння: порушення санітарних норм; заготівля, переробка з метою збуту або збут продуктів харчування чи іншої продукції, радіоактивно забруднених понад рівні, що допускаються, за відсутності ознак діяння, передбаченого КК України; порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів; умисне приховування хворими на венеричну хворобу джерела зараження тощо.

По-четверте, суб'єктом адміністративної відповідальності в разі порушення норм права у цій галузі є фізична особа, яка досягла 16-річного віку і є осудною. Спеціальними суб'єктами є посадові особи, громадяни-власники підприємств чи уповноважені ними особи, фізичні особи-підприємці, а також особа, яка була у контакті з хворими на венеричну хворобу [5, с.257].

По-п'яте, до правопорушника, в діяннях якого є склад адміністративного проступку у сфері охорони здоров'я, передбачено застосування стягнень майнового характеру, а саме: штраф з конфіскацією продукції або без такої. Розмір штрафу за порушення в досліджуваній галузі може сягати від одного до ста п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян залежно від ступеня суспільної шкідливості порушення.

Таким чином, адміністративну відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я регулюють норми як публічного, так і приватного права, передбачаючи склад порушень, санкції та процедуру застосування стягнень до порушників.

Якісні зміни у сфері охорони здоров'я потребують вдосконаленого вітчизняного законодавства для вироблення ефективного механізму захисту прав суб'єктів правовідносин в контексті євроінтеграційних вимог.

Список використаних джерел

1. Авер'янов В. Оновлення доктринальних засад українського адміністративного права у світлі євроінтеграційних вимог. *Юридична Україна*. 2010. № 3. с. 4 – 10.
2. Відповідальність медичних працівників: Лист Департаменту конституційного, адміністративного та соціального законодавства управління соціального, трудового та гуманітарного законодавства Міністерство юстиції

України від 20.06.2011 р. / Верховна Рада України. URL: <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/n0040323-11> (дата звернення: 10.05.2019).

3. Колпаков В.К. Адміністративно-деліктний правовий феномен: монографія / В.К.Колпаков К.: Юрінком Інтер, 2004. 528 с.

4. Про запобігання корупції: Закон України від 14 жовтня 2014 р. № 1700-VII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради України*. 2014. № 49. Ст.2056.

5. Курс адміністративного права України: підручник / В.К.Колпаков, О.В.Кузьменко, І.Д.Пастух, В.Д.Сущенко [та ін.]. – 2-ге вид., перероб. і допов. К.: Юрінком Інтер, 2013. 872 с.

Квіт Наталія Михайлівна,
доцент кафедри цивільного права та
процесу Львівського національного
університету ім. Івана Франка,
кандидат юридичних наук, доцент

ПЕРСПЕКТИВИ ПОКРАЩЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕТИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ДОСЛІДЖЕНЬ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ще у ХХ ст. світова спільнота усвідомила, що без етичного регулювання наука стає небезпечною. Зокрема, у другій половині ХХ ст. увагу привернули етичні проблеми наукових досліджень у галузях молекулярної біології та генної інженерії, наукове співтовариство зіткнулося з етичними проблемами генетики.

В Україні розвиток біоетичних засад наукової діяльності розпочався з 1991 року, коли почали розроблятися етичні кодекси, прийматися відповідні акти законодавства, спрямовані на вдосконалення системи захисту прав, свобод та гідності людини, яка бере участь у біомедичних дослідженнях. Важливим кроком на шляху формування системи біоетичних засад науково-дослідної діяльності стало прийняття у 2009 році НАН України Етичного кодексу вченого України, спрямованого на формулювання та доведення до відома науковців загальних етичних принципів, яких вони повинні притримуватися у своїй діяльності. Згідно з його положеннями наукові дослідження не можуть ображати гідність чи порушувати права людини. Отже, у другій половині ХХ ст. закріплюється переконання, що передумовою проведення будь-яких, особливо біомедичних досліджень, має бути дотримання наперед встановлених та втілених у ході реалізації того чи іншого науково-дослідного проекту етичних вимог. Як наслідок, сформувалися два фундаментальних механізми етичного контролю та убезпечення наукових проектів у медичній сфері, які також втілилися у законодавчих нормах: 1) процедура отримання інформованої згоди суб'єкта дослідження; 2) етична (біоетична) експертиза наукового проекту.

Угода про асоціацію між Україною та ЄС передбачає уніфікацію умов легітимізації результатів наукових досліджень у сфері біології та медицини. Зокрема, Директива 2001/20/ЄС Європейського Парламенту та Ради ЄС від 04 квітня 2001 року (із змінами), «Про наближення законів, підзаконних актів та адміністративних положень держав-членів стосовно запровадження належної клінічної практики при проведенні клінічних випробувань лікарських засобів для вживання людиною», яка, хоч і не включена до каталогу директив ЄС у межах Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським

Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхнім державами-членами, з іншої сторони, проте, враховуючи євроінтеграційний вектор України, у ст. 2 визначає правову суть етичного комітету як незалежного органу в країні – учасниці ЄС, до складу якого входять фахівці в галузі охорони здоров'я та представники, які не є медиками та відповідає за захист прав, безпеки і благополуччя пацієнтів, які беруть участь у випробуванні, а також за надання публічних гарантій такого захисту, який, крім того, включає оцінку протоколу дослідження, відповідності дослідника і придатності установ, а також методів і документів, які будуть використовуватися для інформування випробовуваних і отримання їхньої інформованої згоди.

Відповідно до міжнародного законодавства обов'язковою частиною системи проведення клінічних випробувань інноваційних методів лікування та профілактики є здійснення контролю за дотриманням прав людини, умов безпеки, етичних та моральних норм, конфіденційності учасників дослідження. Відсутність належної етичної експертизи будь-якого наукового дослідження, предметом інтересу якого є людина, людське тіло чи жива матерія, ставить результати таких біомедичних досліджень за межами міжнародного наукового визнання. Перші згадки про «незалежний комітет», уповноважений забезпечувати дотримання етичних принципів при проведенні клінічних випробувань, з'явилися в доповненні до Гельсінкської декларації (Токіо, 1975). У європейських країнах були створені професійні медичні об'єднання – комітети з етики дослідження (Research ethics committees).

На початку 90-х років Україна починає брати участь у міжнародних наукових проектах і клінічних дослідженнях, що потребує впровадження етичного контролю. З метою гармонізації системи проведення клінічних випробувань і реєстрації лікарських препаратів у 1995 р. був створений етичний комітет при фармакологічному центрі МОЗ України. За ініціативою ЮНЕСКО в 1998 р. був створений Міжнародний комітет із біоетики, в цьому ж році – комітет із біоетики при Президії Національної академії наук України (у 2001–2005 рр. – консультативно-дорадчий орган при Кабінеті Міністрів України). Для роботи у Комітеті були залучені провідні вчені Національної академії наук у галузі біології, медицини, філософії і права, представники міністерств охорони здоров'я, екологічної безпеки, освіти і науки, юстиції, академій медичних і аграрних наук. Наступним кроком, про який частково йшлося вище, у 2000 р. стало видання МОЗ України наказу «Про затвердження Інструкції щодо проведення клінічних досліджень лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних досліджень та Типового положення з питань етики», чим започаткувало процес формування етичних комітетів на базі закладів охорони здоров'я. Ця інструкція регламентувала вимоги до проведення клінічних випробувань лікарських засобів, котрі можуть проводитися на пацієнтах (за добровільною згодою), а також акцентовано

увагу на необхідності організації спеціальних комісій з питань етики для проведення клінічних досліджень. У 2001–2002 рр. на основі Комітету з етики в НАНУ та Комітету з біоетики в НАМНУ було створено урядовий консультативно-дорадчий орган – Комісію з питань біоетики при Кабінеті Міністрів України, яка мала статус вищої організаційної та урядової інстанції з питань біоетики, проте Постановою КМУ від 18.08.2005 року №753 була ліквідована і на сьогодні припинила своє існування. У 2000 р. був заснований Комітет із біоетики при Президії НАМН України, який спільно з МОЗ розробив типові положення про комітети з медичної етики наукових і лікувально-профілактичних установ, що відповідає сучасним міжнародним вимогам. У ці ж роки формується ряд громадських організацій біоетичного напрямку і починає широко впроваджуватися система етичної експертизи клінічних досліджень.

У 2006 р. етичний комітет при фармакологічному центрі був реорганізований у Центральну комісію з питань етики МОЗ України. Згідно наказу МОЗ України від 11.04.2012 р. № 255 втратив чинність попередній наказ «Про утворення та склад Центральної комісії з питань етики МОЗ України» (додаток). Комітети або комісії з біоетики працюють при НАН і НАМН України, у всіх вищих медичних навчальних закладах, в інститутах і інших установах медико-біологічного профілю різного рівня.

У законах і підзаконних актах України значне місце належить питанням етичної експертизи клінічних досліджень. Важливе значення має прийнятий у 1992 р. документ «Основи законодавства охорони здоров'я України», в якому закріплені загальні принципи щодо сфери здоров'я і відносно наукових експериментів у галузі біології і медицини, встановлена відповідальність держави і суспільства за рівень здоров'я населення і збереження генофонду України. Закони, що регламентують проведення медичних втручань, постійно доповнюються і удосконалюються відповідно до національних і міжнародних вимог. У Конституції України 1996 р. знайшли відображення принципи пріоритету людини, життя і здоров'я, честі й гідності, недоторканності і безпеки, захисту прав і свобод (ст. 3); право на пошану честі; заборона проведення медичних, наукових та інших досліджень на людях без добровільної згоди (ст. 28); недопущення збирання, зберігання, використання і розповсюдження конфіденційної інформації про людину без її згоди (ст. 32).

На сьогодні в Україні етична експертиза, тобто діяльність комітетів з питань етики діє ефективно та має належне законодавче регулювання лише у сфері клінічних випробувань. Зокрема, діяльність локальних комісій з питань етики при лікувально-профілактичних закладах, де проводяться клінічні випробування лікарських засобів регулюється наступними нормативно-правовими актами: Закон України «Про лікарські засоби», 1996 р.; Закон України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI;

«Настанова. Лікарські засоби. Належна клінічна практика. СТ-Н МОЗУ 42–7.0:2008», затверджена наказом МОЗ України № 95 від 16.02.2009; Порядок проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типове положення про комісії з питань етики, затверджені наказом МОЗ України № 690 від 23.09.2009; «Настанова Лікарські засоби. Дослідження біоеквівалентності» СТ-Н МОЗУ 42–7.1:2016, затверджена наказом МОЗ України № 22 від 12.01.2017р.; «Настанова. Лікарські засоби. Подібні біологічні лікарські препарати, що містять моноклональні антитіла — неклінічні та клінічні питання» СТ-Н МОЗУ 42–7.4:2015, затверджена наказом МОЗ України від 21.05.2015 № 295.

Інші сфери дослідницької діяльності в медицині та громадському здоров'ї нажаль на сьогодні є поза правовим полем та потребують їх врегулювання. Крім того, проблемним є питання відсутності закріпленого механізму моніторингу діяльності таких локальних комітетів, що ставить під сумнів реалізацію принципу прозорості їх діяльності. Наприклад, у більшості цивілізованих країн, де діють локальні етичні комітети передбачають обов'язок періодичного (здебільшого щорічного) звітування перед координаційною центральною (національною) комісією з питань етики чи перед уповноваженим органом, у компетенцію якого входить моніторинг ефективності діяльності локальних комісій (це може бути певний орган в структурі Міністерства). Нажаль із ліквідацією у 2012 році Центральної комісії з питань етики при МОЗ України ці питання залишилися поза увагою законотворців і на сьогодні залишаються відкритими та неврегульованими. В результаті пошуку координуючих органів етичних комітетів виявилось, що частково такі функції на себе перейняв Департамент експертизи матеріалів доклінічних та клінічних випробувань, створений при ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», в структурі якого серед інших є також відділ координації роботи локальних етичних комісій та моніторингу побічних реакцій. Проте серед завдань даного департаменту йдеться лише про координацію, але нажаль не зазначено про моніторинг діяльності локальних етичних комітетів та обов'язок оприлюднювати інформацію про ефективність їх роботи. Це свідчить про те, що, на практиці принцип прозорості у цій сфері не реалізується, що безумовно є великою проблемою, яка потребує нагального вирішення.

Кодолич Екатерина Николаевна,
младший научный сотрудник отдела
исследований в области государственного
строительства и международного права
Национального центра законодательства и
правовых исследований Республики Беларусь

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ²

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. № 422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (далее – Закон о реабилитации инвалидов) [1] выделяются следующие виды реабилитации:

медицинская реабилитация инвалидов, под которой понимается комплекс мероприятий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма человека и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных вследствие перенесенных заболеваний;

профессиональная реабилитация инвалидов – это комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление трудоспособности, включающий профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации инвалидов;

трудовая реабилитация инвалидов – комплекс мероприятий, направленных на обеспечение инвалидам возможности получения и (или) сохранения подходящей для них работы, включающий адаптацию к трудовой деятельности и трудоустройство инвалидов;

социальная реабилитация инвалидов – комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни инвалидов посредством создания им условий для независимого проживания и интеграции в общество.

Изучение современных тенденций развития белорусского законодательства о социальной защите лиц с инвалидностью показало, что система реабилитации будет совершенствоваться, в частности путем внедрения механизма абилитации. Под абилитацией в целом понимается получение новых функций, способностей и навыков.

Исходя из указанных выше определений видов реабилитации можно сделать вывод о том, что абилитация может осуществляться в рамках всех мероприятий, в том числе медицинских, профессиональных, трудовых и социальных.

² Подготовлено в рамках гранта БРФФИ Г18М-041 от 30 мая 2018 г.

Данные мероприятия содержатся в индивидуальной программе реабилитации инвалида, форма которой утверждается Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерством образования Республики Беларусь. Так, согласно ст. 23 Закона о реабилитации инвалидов индивидуальная программа реабилитации (далее – ИПР) включает:

информацию о нуждаемости в исключении воздействия неблагоприятных производственных факторов, в организации специальных условий для получения образования по рекомендуемым специальностям, профессиям, а также в создании необходимых условий для труда инвалида;

программу медицинской реабилитации;

программу профессиональной и трудовой реабилитации;

программу социальной реабилитации.

В соответствии с вносимыми проектом Закона Республики Беларусь «О правах инвалидов и их социальной интеграции» (далее – проект Закона) [2] изменениями законодательства о социальной защите инвалидов предполагается, что индивидуальная программа будет иметь название «Индивидуальная программа реабилитации, абилитации инвалида» (далее – ИПРА). Полагаем, что дополнение названия данной программы термином «абилитация» является оправданным, учитывая, что данные мероприятия отличаются от реабилитационных.

Вместе с тем претерпело изменений и содержание названной программы, которое будет включать помимо общих сведений следующие мероприятия:

информацию об условиях и характере труда, в исключении которых нуждается инвалид, требованиях к организации специальных условий для получения инвалидом образования, к созданию необходимых условий для труда инвалида;

раздел медицинской реабилитации, абилитации;

раздел профессиональной реабилитации, абилитации и трудовой реабилитации;

раздел социальной реабилитации, абилитации.

В соответствии с вносимыми изменениями будут исключены из ИПРА также рекомендуемые ранее в ИПР специальности и профессии, по которым может проводиться подготовка лиц с инвалидностью. Полагаем, что такие изменения соответствуют принципу свободы образования и позволят для данной категории лиц приобретать те профессии и специальности, в которых будут они заинтересованы. В настоящее время в связи с названными ограничениями в ИПР инвалиды обучаются, как правило, тем профессиям и специальностям, которые имеют низкий уровень конкурентоспособности на рынке труда. Однако рассматриваемая категория граждан заинтересована в

развитии образования в IT сфере, иных высокооплачиваемых, востребованных профессиях.

Заслуживают внимания также направления реабилитации, абилитации инвалида, которые согласно ч. 2 ст. 23 проекта Закона включают в себя:

медицинскую реабилитацию, абилитацию, в том числе реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, а также санаторно-курортное лечение;

профессиональную реабилитацию, абилитацию и трудовую реабилитацию, включая профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации, адаптацию к трудовой деятельности и трудоустройство;

социальную реабилитацию, абилитацию, включая социально-бытовую, социально-психологическую, социокультурную реабилитацию, абилитацию, создание необходимых условий для занятия инвалидов творчеством, физической культурой и спортом и иные виды социальной реабилитации, абилитации.

В соответствии с проектом Закона сохраняется профессиональная реабилитация, абилитация, а также трудовая реабилитация в рамках одного направления. При этом указывается, что под трудовой реабилитацией понимается комплекс мероприятий, направленных на обеспечение инвалидам возможности получения и (или) сохранения подходящей для них работы, включающий содействие в трудоустройстве, адаптацию к трудовой деятельности и трудоустройство инвалидов. Трудовая реабилитация инвалидов осуществляется у нанимателей с обычными условиями труда, в организациях, имущество которых находится в собственности общественных объединений инвалидов, а также на специализированных рабочих местах. Однако представляется целесообразным разграничить данные мероприятия и закрепить в ИПРА отдельно разделы профессиональной и трудовой реабилитации, абилитации

Список использованных источников

1. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов: Закон Респ. Беларусь, 23 июля 2008 г., № 422-3 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

2. Проект Закона Республики Беларусь «О правах инвалидов и их социальной интеграции» [Электронный ресурс] / Правовой форум Беларуси. – Режим доступа: http://forumpravo.by/files/proekt_zakon_zaschita_invalidov.pdf. – Дата доступа: 01.03.2019.

Комоцкая Ирина Алексеевна,
ведущий научный сотрудник отдела
исследований в области гражданского,
экологического и социального права
Национального центра законодательства и
правовых исследований Республики
Беларусь

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ³

Ратификация Республикой Беларусь Конвенции ООН о правах инвалидов обусловила необходимость совершенствования национального законодательства, в том числе в части внедрения понятия абилитации лиц с инвалидностью.

Исходя из опыта ряда стран, реализующих программы реабилитации и абилитации, следует указать, что это комплекс запланированных мероприятий, ограниченный во времени, имеющий четкие цели и средства воздействия. Существует позиция, что реабилитация и абилитация детей-инвалидов является длительным процессом, сопровождающим его на разных возрастных этапах жизни и учитывающим закономерности его психического развития [1, с. 55-56]. Однако полагаем, что абилитация и реабилитация должны представлять собой окончанный процесс, проводимый периодически в течение всего срока инвалидности. В отдельных случаях потребуется развитие различных видов абилитационных мероприятий и их сочетание с реабилитационными, постоянная смена видов данных мер с целью повышения эффективности адаптации лиц с инвалидностью в жизнь общества.

В целях более четкого разграничения механизмов реабилитации и абилитации целесообразно выделить их общие и особенные характеристики.

В специальной литературе выделяются следующие общие характерные особенности процессов абилитации и реабилитации:

1) планирование и проведение мероприятий производится исходя из индивидуальных потребностей лица с инвалидностью;

2) запланированное и систематическое сотрудничество осуществляется между многими инстанциями и участниками, имеющими четкие цели;

3) процессы абилитации и реабилитации ограничены во времени, однако для многих они происходят в течение длительного периода, а для некоторых – в течение всей жизни [2, с. 63].

³ Подготовлено в рамках гранта БРФФИ Г18М-041 от 30 мая 2018 г.

Помимо сказанного можно выделить также следующие общие характеристики названных мероприятий:

4) реализация программ должна осуществляться на основании утвержденных мер, которые должны быть четко взаимосвязаны для принятия ранних мер по формированию и восстановлению навыков, функций и способностей;

5) мероприятия должны учитывать индивидуальные особенности лиц с инвалидностью и быть направлены на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей лица с инвалидностью к выполнению определенных видов деятельности;

6) для рассматриваемых процессов характерна единая цель – адаптация лиц с инвалидностью во все сферы жизни общества, содействие улучшению и сохранению уровня функциональной активности.

Помимо общих характеристик абилитации и реабилитации можно выделить и их отличия, в том числе:

1) целевое назначение. Так, абилитация осуществляется с целью формирования и развития новых навыков, умений и способностей, которые ранее не было у индивида. Реабилитация направлена, в первую очередь, на восстановление ранее действовавших функций, способностей и навыков, которые были утрачены в связи с приобретенными функциональными нарушениями;

2) категории обеспечиваемых лиц. Абилитация в большей мере применяется в отношении индивидов, получивших инвалидность в детстве, молодом возрасте, а также лиц, имеющих врожденные или рано приобретенные нарушения. Реабилитация применяется, как правило, для взрослых индивидов, получивших инвалидность в возрасте, когда были ранее приобретены навыки, функции, способности;

3) начало применения комплекса мер, направленных на интеграцию лиц с инвалидностью во все сферы жизни общества. Абилитационные мероприятия могут начаться при внутриутробном развитии ребенка, в том числе путем проведения оперативного вмешательства плода, выхаживании родившегося ребенка. Реабилитация, в свою очередь, начинается с первых дней болезни или получения травмы.

В зарубежных странах, в законодательствах которых было закреплено понятие абилитации, как правило, не закрепляется отдельный перечень мероприятий, который характерен для абилитации. Вместе с тем могут указываться направления абилитационных мер.

Таким образом, абилитация представляет собой новый механизм, реализация которого в качестве отдельного направления является важным с

целью совершенствования процесса интеграции людей с инвалидностью в жизнь общества.

Под абилитацией лица с инвалидностью, на наш взгляд, следует понимать систему мер, направленных на формирование и развитие функций, способностей и навыков, не сформированных ранее у лица с инвалидностью, в целях улучшения качества его жизни, создания необходимых условий для независимого их существования и обеспечения равных возможностей для реализации лицами с инвалидностью прав и выполнения ими обязанностей в обществе. Представляется целесообразным помимо закрепления в национальном законодательстве определения исследуемого термина установить комплекс мер абилитации рассматриваемой категории лиц, порядок и условия предоставления абилитационных услуг, особенности индивидуальной ранней абилитации детей-инвалидов, повышения качества их жизни, а также развивать безбарьерную среду.

В качестве принципов абилитации инвалидов, на основе которых должны быть организованы абилитационные мероприятия людей с инвалидностью, можно выделить следующие:

- создание условий, направленных на формирование желания обучаемого лица приобретать новые навыки, функции и способности с целью интеграции его в общество, а также принятие непосредственного участия в осуществлении абилитационных мероприятий как самих лиц с инвалидностью, так и в сотрудничестве с их семьей;

- организация комплексной взаимосвязанной системы мер, включающей как абилитационные, так и реабилитационные мероприятия, ориентированные на многостороннее влияние на различные области жизнедеятельности лица с инвалидностью (включая психологическое консультирование с целью изменения отношения к своей инвалидности);

- единство и дифференциация биологических (медикаментозное лечение, физиотерапия и др.) и психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.) методов воздействия с целью организации уникальных мероприятий с учетом особенностей каждой личности;

- раннее и последовательное осуществление абилитационных, абилитационно-реабилитационных и реабилитационных мероприятий, их корректировка в зависимости от психоэмоционального состояния инвалида, его физических способностей и иных факторов;

- оконченого процесса осуществления абилитации путем постановки цели и ее реализации, а также своевременного совершенствования и при необходимости смены принимаемых мер по абилитации.

Проведенное исследование вопросов абилитации лиц с инвалидностью позволило выработать общие и особенные характеристики абилитационных и реабилитационных мероприятий, определить вектор дальнейшего

совершенствования законодательства о правах инвалидов и их социальной интеграции, разрабатываемого в настоящее время в целях реализации положений Конвенции ООН о правах инвалидов.

Список использованных источников

1. Ганузин, В. М. Детская инвалидность, профилактика, реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями / В. М. Ганузин, Е. В. Голубятникова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). – № 2. – С. 55-56.

2. Боровикова, И. В. Особенности (ре)абилитации инвалидов в Норвегии / И. В. Боровикова // Вестн. современной науки. – 2016. – № 6 (1). – С. 63–67.

Крилова Олена Вікторівна,
суддя Запорізького апеляційного суду,
кандидат юридичних наук

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СУДОВОГО ОСКАРЖЕННЯ ДІЙ ЛІКАРЯ

Виходячи з договірної природи відносин з надання медичних послуг (в тому числі медичної допомоги), можна зробити висновок що сторонами у такому договорі є пацієнт (завжди фізична особа) та лікар (лікар приватної медичної практики або медичний заклад у якому працює медичний персонал в тому числі лікар). Право пацієнта на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я та право відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди передбачені п. 1 ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я (надалі Основ).

Безперечним правом пацієнта є право відшкодування заподіяної його здоров'ю шкоди. Але щоб скористатися таким правом і отримати відшкодування, пацієнтові необхідно довести причинно-наслідковий зв'язок між діями медичного працівника (у зазначеному випадку вони мають бути неправомірними) та настанням негативних наслідків у пацієнта, заподіянням шкоди його здоров'ю. Право на відшкодування заподіяної здоров'ю пацієнта шкоди у переважній більшості випадків реалізується у судовому провадженні.

Досліджуючи питання однозначності розуміння положень п. 1 ст. 6 Основ, можна виокремити деякі особливості реалізації цього права.

Так, перш за все необхідно констатувати, що за положеннями ст. 16 Цивільного кодексу кожна особа має право звернутися до суду за захистом свого особистого немайнового або майнового права та інтересу. При цьому способами захисту цивільних прав та інтересів можуть бути серед іншого, такі як визнання права; 2) визнання правочину недійсним; припинення дії, яка порушує право; відновлення становища, яке існувало до порушення; примусове виконання обов'язку в натурі; відшкодування збитків та інші способи відшкодування майнової шкоди тощо.

Суд може захистити цивільне право або інтерес іншим способом, що встановлений договором або законом чи судом у визначених законом випадках. Стаття 4 Цивільно-процесуального кодексу також надає кожній особі право звернутися до суду за захистом своїх порушених, невизнаних або оспорюваних прав, свобод чи законних інтересів.

Натомість питання про те, у який спосіб особа, яка вважає свої права порушеними, може оскаржити в судовому порядку дії лікаря або іншого працівника медичної установи.

Як правило, оскаржуються такі дії лікаря або іншого медичного персоналу, які становлять, на думку пацієнта, помилку або свідоме нехтування своїми обов'язками працівниками медичної установи. Лікарською помилкою може бути як добросовісна помилка лікарів у діагнозі, техніці операцій,

методах лікування, що виникає або від недовершеності медичної науки у тій чи іншій галузі, або від нестатку знань та досвіду лікаря, а також помилки може припуститися не лише лікар, а й фельдшер, медична сестра, санітарка. Так, в окремих випадках деякі ліки може призначити хворому і медична сестра. Медичний працівник, який не є лікарем, може допустити помилку при проведенні маніпуляції, діагностичному дослідженні або сеансу фізіотерапії. Класифікація помилок залежить від обраного критерію. Зазвичай вирізняють помилки діагностичні, лікувально-тактичні, лікувально-технічні, організаційні, помилки в медичних документах, помилки в поведінці медичного персоналу тощо. До діагностичних помилок можна віднести: не розпізнання або помилкове розпізнання хвороби; до тактичних - невірне показання до оперативного втручання, вибір часу і обсягу втручання; в решті технічними помилками є невірне використання медичної техніки тощо.

Але для пацієнта будь-яка помилка незалежно від критеріїв її класифікації тягне за собою моральну а іноді і майнову шкоду, розмір якої залежатиме від наслідків помилки.

В сучасних умовах, коли пацієнтові надано право участі у власному лікуванні, він може оскаржити дії лікаря і в тих випадках, коли він вважає їх неправильними, недостатньо дієвими, або такими, що свідчать про неякісне ставлення до виконання своїх обов'язків.

Оскарження дій лікаря в судовому порядку можливо лише здала досягнення мети отримати сатисфакцію або відшкодування за неналежне лікування чи неналежне надання інших медичних послуг. У разі ж коли особа вважає порушеними інші права, то вживані нею способи захисту прав не завжди мають полягати в оскарженні дій лікаря.

Так, в деяких випадках встановлення діагнозу або внесення записів у медичну документацію тягне для пацієнта можливе виникнення або позбавлення інших прав (цивільних, трудових тощо).

Так, прикладом може бути справа, розглянута Запорізьким апеляційним судом (ЄУН № 329/809/17, провадження № 22-ц/807/1130/19 від 24 квітня 2019 року), у якій позивач, звертаючись з до Комунальної установи «Чернігівська центральна районна лікарня» Чернігівської селищної ради Чернігівського району Запорізької області, Комунальної установи «Запорізька обласна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради, просив суд зобов'язати Комунальну установу «Чернігівська центральна районна лікарня» видати наказ про внесення виправлення у медичну карту та історію його хвороби стаціонарного хворого, зокрема, в графі «діагноз» зазначення про «Алкогольне сп'яніння» викреслити та посвідчити виправлення відповідним записом з підписом лікаря, а також зобов'язати здійснити аналогічні дії Комунальну установу «Запорізька обласна клінічна лікарня», зокрема видати наказ про внесення виправлення у медичну карту та історію його хвороби стаціонарного хворого та у листок непрацездатності.

За матеріалами справи зазначення про алкогольне сп'яніння тягне для позивача певні наслідки, в тому числі які стосуються притягнення його до відповідальності (адміністративної, кримінальної) за вчинення ДТП та ті, які стосуються отримання ним належних виплат за листом непрацездатності.

Тож ухвалюючи рішення в справі про відмову у задоволенні позову, суд послався на те, що зазначення у медичній документації про стан алкогольного сп'яніння може бути лише різновидом доказів у інших справах (про притягнення до адміністративної або кримінальної відповідальності, про стягнення виплати по лікарняному тощо). У такому випадку саме в тих справах має доводитися безпідставне зазначення у медичній документації пацієнта про стан його алкогольного сп'яніння на час прибуття до лікарні. Тим більше, порядок дослідження стану пацієнта передбачений наказом лікарні «Про обсяги обов'язкового обстеження на стан сп'яніння під час отримання медичної допомоги з приводу травм побутового, виробничого або кримінального характеру», а тому саме до відповідного наказу був проведений комплекс дій, спрямований на встановлення факту алкогольного сп'яніння та в будь-якому випадку результати з'ясування стану сп'яніння мали бути занесені до медичної картки пацієнта. Відтак неможливо обрати способом захисту права виключення з медичної документації результатів обстеження або діагнозу. Одним з доводів позивача було невиконання вимог інших інструкцій, якими регулюються дії наркологічного закладу з приводу огляду водіїв транспортних закладів на предмет їх алкогольного стану. Але відхиляючи такі доводи, суд виходив з того, що медичний заклад, у якому надавалася допомога позивачеві після ДТП, може бути і не обладнаний такими спеціальними засобами, які надавали б закладу можливість визначити ступінь алкогольного сп'яніння.

У іншій справі (ЄУН 320/364/17-ц, провадження № 61-39568св18) у позові, заявленому пацієнтом до Комунальної установи "Мелітопольська міська стоматологічна поліклініка" про визнання права на безоплатне надання сучасних стандартів медичної допомоги, пацієнт просив провести йому безкоштовне зубопротезування усіма видами протезування (методами лікування) зубів без обмежень (за винятком протезування з дорогоцінних металів) за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів, без встановлення йому норми витрат коштів на зубне протезування.

При розгляді справи судами було встановлено, що раніше рішенням Мелітопольського міськрайонного суду Запорізької області від 05 липня 2011 року вже було покладено на комунальну установу зобов'язання провести позивачу повне безкоштовне першочергове зубопротезування порожнини роту з металокерамічного матеріалу, однак позивач відмовився від такого протезування, оскільки вимагає безкоштовне повне незнімне протезування порожнини роту на імплантатах, незважаючи на те, що відповідач не має ліцензії на такий різновид діяльності, підготовленого персоналу та медико-стоматологічного обладнання.

За висновком експерта пацієнту рекомендовано відновлення співвідношення зубних рядів шляхом поетапного відновлення прикусу тимчасовими пластмасовими протезами або капами з наступним виготовленням постійних металокерамічних протезів, відновлення кінцевого дефекту нижньої щелепи знімним протезом, від якого заявник відмовився. За наявності специфіки стану кісток тіла нижньої щелепи у позивача усунення кінцевого дефекту нижньої щелепи за допомогою імплантатів неможливе. У випадку отримання позитивного результату після проведення кістково-пластичних операцій щодо збільшенню об'єму кістки, можливе встановлення імплантатів, що в умовах бюджетних лікувальних закладів області не проводиться. Судами першої та апеляційної інстанцій встановлено, що КУ "Мелітопольська міська стоматологічна поліклініка" є бюджетним лікувальним закладом Запорізької області, проведення у ній необхідних заходів із повним зубопротезуванням порожнини рота з металокерамічного матеріалу на імплантатах - не може бути проведено. Таким чином оскарження дій медичної установи в даному випадку не є доцільним з огляду на те, що неможливо покласти будь-який обов'язок на особу яка не має повноважень щодо виконання тих чи інших дій. Таким же чином не можуть бути визнані неправильними дії будь-якої медичної установи, яка не обладнана спеціальними засобами надання допомоги, яку вимагає пацієнт, або не має у штаті відповідних фахівців.

Зважаючи на те, що завданням цивільного судочинства є справедливий, неупереджений та своєчасний розгляд і вирішення цивільних справ з метою ефективного захисту порушених, невизнаних або оспорюваних прав, свобод чи інтересів фізичних осіб, прав та інтересів юридичних осіб, інтересів держави, слід констатувати, що оскарження дій лікаря в судовому порядку буде дієвим лише в тому разі, якщо воно переслідує мету відновлення порушених прав, пов'язаних безпосередньо з наданням медичної послуги а медичний заклад при цьому є особою відповідальною за якісне надання медичної послуги з урахуванням його призначення та можливостей.

В будь-якому разі до судового захисту, як правило пацієнт вдається лише тоді, коли вичерпані інші можливості врегулювання конфлікту. При цьому єдиним допустимим з способом судового захисту є саме позов, а не скарга на дії чи бездіяльність лікаря.

Питання судового оскарження дій лікаря у відносинах з надання медичних послуг останніми часами стає актуальним, являє інтерес з наукової і практичної точок зору та потребує більш детального вивчення та дослідження. Судова ж практика в цій категорії справ знаходиться в стані формування. Але в багатьох випадках вирішенню справ сприяє дослідження практики Європейського суду з прав людини в контексті захисту прав пацієнтів, подальший розвиток національного законодавства в цій сфері.

Лисенко Тетяна Володимирівна,
доцент кафедри теорії та історії держави і
права та міжнародного права Інституту права
імені Володимира Сташиса Класичного
приватного університету,
кандидат юридичних наук

ВРАХУВАННЯ СУЧАСНОГО ПОЗИТИВНОГО ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Держава існує для людини, для захисту загально визнаних прав та свобод. В останні роки, інтеграція до складу Європейського союзу стала головним, стратегічним вектором зовнішньополітичного курсу України. Позитивний зарубіжний досвід щодо забезпечення права на охорону здоров'я є досить важливим для України, адже вивчаючи законодавство та практику інших країн, можна уникнути прогалин, тому що насправді головними є позитивні зміни реформування не тільки в законодавстві, а і на практиці для кожної людини. На сьогодні дана тема є актуальною і важливою. Тому метою є доведення необхідності врахування сучасного позитивного зарубіжного досвіду забезпечення права на охорону здоров'я в Україні.

В міжнародному праві було прийнято низку актів для врегулювання важливих питань в медичному праві. В Україні Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я [1] набула чинності 1.01.16.

Основоположними міжнародними документами щодо забезпечення права на охорону здоров'я є Загальна декларація прав людини [2], проголошена Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй 10 грудня 1948 року, Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (1950 рік, ETS № 5) [3], Європейська соціальна хартія (1961 рік, ETS № 35) [4], Конвенція про розробку Європейської фармакопеї (1964 рік, ETS № 50) [5] та Протокол до неї (1989 рік, ETS № 134), Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (1997 рік, ETS № 164) [6] та Додаткові протоколи до неї (1998 рік, ETS № 168, 2002 рік, ETS № 186, 2005 рік, CETS № 195, 2008 рік, CETS № 203), Конвенція про кіберзлочинність (2001 рік, ETS № 185) [7]; також інша відповідна робота Ради Європи, зокрема рішення Комітету міністрів та роботу Парламентської Асамблеї, а саме Резолюцію AP(2001)2 про роль фармацевтів у рамках заходів забезпечення безпеки здоров'я, відповіді, прийняті Комітетом міністрів 6 квітня 2005 року та 26 вересня 2007 року стосовно Рекомендацій Парламентської Асамблеї 1673 (2004) про «Підроблення: проблеми та вирішення» та 1794 (2007) про «Якість

лікарських засобів у Європі», а також відповідні програми, які проводяться Радою Європи. Говорячи про забезпечення права на охорону здоров'я звернено увагу на інші відповідні міжнародні правові документи та програми, які проводяться особливо Всесвітньою організацією охорони здоров'я, зокрема на роботу групи «ІМРАСТ», Європейським Союзом, а також форумом держав Великої вісімки; будучи сповненими рішучості ефективно сприяти досягненню загальної мети стосовно боротьби зі злочинністю, яка включає підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, зокрема шляхом закріплення нових злочинів і кримінальних санкцій, що стосуються цих злочинів [1]. Зазначений правовий документ відіграє важливу роль для нормотворчої діяльності кожної держави, в тому числі для України, адже внутрішнє законодавство, не повинно суперечити зовнішнім нормам європейського права.

Світова практика виробила три основні моделі фінансування медицини:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа), згідно якої на державний сектор припадає переважна (більша) частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я. Така модель набула поширення у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції, де держава фінансує понад 80 % усіх видатків на охорону здоров'я. І хоча завдяки державному фінансуванню створюються передумови для найповнішого забезпечення населення з різним рівнем доходу медичними послугами, бюджетна медицина є привілеєм багатих країн.
2. Платна (приватна) модель фінансування, створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. Найбільшою мірою платна медицина поширена в Японії та США, де понад 30% вартості медичних послуг фінансується безпосередньо пацієнтом, а кошти приватного страхування становлять 30-40 % усіх видатків на охорону здоров'я. Головною проблемою платної медицини є її недоступність для малозабезпечених громадян. Нестача матеріального забезпечення в деяких випадках означає відсутність медичної допомоги і лише надію на безоплатну допомогу за рахунок благодійних фондів (наприклад, Червоного хреста).
3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка), що забезпечує підтримку сфери охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків підприємницьких структур, працівників і держави, причому 10-20 % вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. Така система фінансування охорони здоров'я на страхових засадах дозволяє збільшити обсяг фінансування в 1,5– 2 рази порівняно з бюджетною моделлю (використовується в таких європейських країнах, як Франція, Німеччина, Австрія, Швейцарія, Нідерланди, Бельгія) [8, с.278].

Врахування позитивного зарубіжного досвіду забезпечення права на охорону здоров'я для України є важливим кроком, для уникнення прогалин в законодавстві та на практиці.

Список використаних джерел

1. Про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я: Конвенція Ради Європи ратифікація від 07.06.2012р. № 4908-VI URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_a91.
2. Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015.
3. Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод від 02.10.2013 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004.
4. Європейська соціальна хартія (ETS N 35) від 03.05.1996. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_300.
5. Конвенцію про розробку Європейської фармакопеї від 16.10.2012 URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_328
6. Конвенцію про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенцію про права людини та біомедицину від 25.01.2005 URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334
7. Конвенцію про кіберзлочинність від 07.09.2005 URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_575
8. Длугопольський О.В. Теорія економіки державного сектора : навчальний посібник .Тернопіль : Економічна думка, 2007. 488 с.

Литвиненко Ольга Веніамінівна,
доцент кафедри управління і економіки фармації,
медичного та фармацевтичного права Запорізького
державного медичного університету кандидат
фармацевтичних наук, доцент
Сінча Ніталія Іванівна,
доцент кафедри управління і економіки фармації,
медичного та фармацевтичного права Запорізького
державного медичного університету кандидат
фармацевтичних наук, доцент
Дондик Наталя Яківна,
доцент кафедри управління і економіки фармації,
медичного та фармацевтичного права Запорізького
державного медичного університету, кандидат
юридичних наук, доцент

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФІНАНСОВОГО І ПОДАТКОВОГО ОБЛІКУ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ: ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Питання визначення доходів та витрат набули особливого значення в контексті прийняття в 2011 році Податкового кодексу України, але не змогло виключити існуючі розбіжності. Сьогодні існують деякі неврегульовані питання взаємозв'язку фінансового та податкового обліку в аптечних закладах. Результатом процесу гармонізації бухгалтерського обліку з податковим законодавством стала нова методика визначення об'єкта оподаткування податком на прибуток, що закріплена у III розділі Податкового кодексу України.

Мета дослідження – це визначення неврегульованості взаємозв'язку між бухгалтерським і податковим обліками в аптечних закладах. Визначення проведено відповідно порядку об'єкта оподаткування, що ґрунтується на відповідності доходів і витрат звітного періоду. Нами було встановлено, що формування в бухгалтерському обліку аптечного закладу інформації про витрати, доходи, активи і зобов'язання з податку на прибуток, податкові різниці та їх розкриття у фінансовій звітності регулюються П(С)БО 17 «Податок на прибуток». На виконання норм Податкового кодексу України, МФУ наказом від 25.01.2011р. № 27 затверджено П(С)БО 35 «Податкові різниці», яке вказує на порядок визначення в бухгалтерському обліку інформації про податкові різниці та їх розкриття у фінансовій звітності.

Податкова різниця – різниця, яка виникає між оцінкою і критеріями визнання доходів, витрат, активів, зобов'язань за НП(С)БО за даними фінансової звітності та доходами і витратами, визначеними згідно з III

розділом Податкового кодексу України. Податкові різниці поділяються на тимчасові та постійні. Тимчасова податкова різниця – різниця, яка виникає у звітному періоді та анулюється в наступних звітних податкових періодах. Тимчасові різниці є наслідком застосування різних методів оцінювання балансової вартості активів за фінансовим та податковим обліком. Постійна податкова різниця – різниця, яка виникає в звітному періоді і не анулюється в наступних звітних періодах. При цьому вона поділяється на таку, що підлягає вирахуванню і таку, що призводить до зменшення податкового прибутку. До постійних податкових різниць можна віднести такі, які виникають у результаті списання витрат на соціальний розвиток; на благодійні потреби; на паливно-мастильні матеріали для легкового автотранспорту; витрати на проведення прийомів, презентацій, свят тощо; фінансові санкції, штрафи, неустойки; понаднормативні витрати на відрядження не включаються до витрат для цілей визначення об'єкта оподаткування податком на прибуток тощо, тобто всі витрати, які за податковим законодавством не входять або входять лише частково до складу витрат платника, а згідно з обліковими стандартами є елементами операційних витрат чи інших витрат звичайної діяльності.

В результаті дослідження нами було встановлено, що певних коригувань потребує податкове законодавство України, яке стосується, наприклад, таких витрат, як благодійні внески чи представницькі витрати. Вони не пов'язані з прибутком, одержаним у минулому періоді. Порядок включення таких витрат до витрат платника податку слід максимально спростити.

Таким чином, результати нашого дослідження дозволяють стверджувати, що існують відмінності між Положеннями (Стандартами) бухгалтерського обліку, затвердженими МФУ та діючим податковим законодавством України. В сучасному стані розвиток аптечного бізнесу потребує подальшого удосконалення чинного податкового законодавства України та адаптування його до сучасних умов ведення торгово-фінансової комерційної діяльності.

Литвиненко Ольга Веніаміновна,
доцент кафедри управління і економіки фармації,
медичного та фармацевтичного права
Запорізького державного медичного університету
кандидат фармацевтичних наук, доцент
Сінча Наталія Іванівна,
доцент кафедри управління і економіки
фармації, медичного та фармацевтичного права
Запорізького державного медичного
університету, кандидат фармацевтичних наук,
доцент
Дондик Наталя Яківна,
доцент кафедри управління і економіки фармації,
медичного та фармацевтичного права
Запорізького державного медичного
університету, кандидат юридичних наук, доцент

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АУДИТУ В СИСТЕМІ ЕКОНОМІЧНОГО УПРАВЛІННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

Аудит - це вид незалежного зовнішнього контролю, метою якого є підвищення ступеня довіри користувачів фінансової звітності аптечних закладів до інформації про фінансово-господарську діяльність.

Правові засади здійснення аудиту, спрямованого на створення системи незалежного фінансового контролю з метою захисту інтересів власника, визначають: Закон України "Про аудиторську діяльність" (далі Закон), Національні нормативи аудиту, Кодекс професійної етики аудиторів України, інші законодавчі та нормативні акти України. Положення Закону чинні на території України й поширюються на всі господарчі суб'єкти незалежно від форм власності та видів діяльності.

Але практика реалізації завдань аудиту аптечного закладу свідчить про те, що формування незалежної аудиторської думки направлено на зменшення інформаційних ризиків, які виникають у процесі прийняття управлінських рішень аптечним закладом.

Метою дослідження є розгляд сучасних систем управління, в яких, окрім систем контролю, визначається ще й інформаційна система. Функціонування таких систем є взаємозалежним та взаємообумовленим. Головний зміст аудиту у сучасному управлінні економікою аптечного закладу ми розглядали з позиції того, що аудит підвищує довіру до показників фінансової звітності користувачів.

Аналіз змісту процесу аудиту аптечного закладу в системі економічного управління свідчить про наявність усіх основних етапів його діяльності. Разом з тим аудиту притаманні специфічні функції, які визначаються його місцем у системі управління аптечним закладом в цілому та системі інформаційного забезпечення зокрема. Система економічного управління в аптечних закладах, де реалізується головна функція аудиту, являє собою складну ієрархічну структуру. Отже, розкриття змісту функцій аудиту підпорядковано головній функції, яка реалізується через систему взаємообумовлених та взаємодоповнюючих функцій нижчого порядку.

Окрім інформаційної функції, необхідно визначити ще одну комунікативну - відносини «користувач-відповідальна сторона», у яких користувач історично мав домінуючий статус у системі відносин і фактично виступав ініціатором для проведення аудиту аптечного закладу.

В результаті дослідження встановлено, що в сучасному стані відповідальна сторона може відігравати активну роль в ініціації залучення аудиту з метою встановлення нових зв'язків у зовнішньому економічному середовищі внаслідок розширення кола користувачів, які не мають відносин власності та відносин контролю з такою відповідальною стороною. В цьому контексті інформаційна функція аудиту аптечного закладу доповнюється комунікативною, а саме: аудитор стає зв'язуючою ланкою між відповідальною стороною та майбутніми користувачами фінансової інформації аптечного закладу.

Таким чином, можна зробити висновок, що аудит треба розглядати як незалежний аналіз фінансової інформації в загальній системі економічного управління аптечним закладом з метою надання відповідного рівня впевненості визначеним користувачам такої інформації, який дозволяє зменшити інформаційні ризики в контрольному середовищі та в процесі прийняття управлінських рішень в аптечному закладі.

Миронов Андрій Григорович,
аспірант кафедри правознавства та галузевих
юридичних дисциплін Національного педагогічного
університету імені М.П. Драгоманова

КОНТРОЛЬ ЯК ЯВИЩЕ ПРАВОВОЇ ДІЙСНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Здоров'я є для людини однією із найважливіших соціальних цінностей. Охорона ж здоров'я є феноменом, до забезпечення якого, окрім самої людини, дотичні ще роботодавці, лікувально-профілактичні установи, органи місцевого самоврядування, держава. Що ж необхідно розуміти під охороною здоров'я, стан якої в Україні переважною більшістю фахівців розглядається як незадовільний? Базовий документ, який є основою медичного законодавства України, - Основи законодавства про охорону здоров'я містить твердження, відповідно до якого охорона здоров'я – це система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та 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 при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [1].

Здавалося б, ураховано багато складових охорони здоров'я (суб'єкти публічної адміністрації, заклади охорони здоров'я, медичні та фармацевтичні працівники тощо), виокремлено мету (якою справедливо є збереження і відновлення здоров'я, збільшення тривалості життя людини),- проте чи достатньо це для того, щоб вважати такого роду визначення ідеальним? Звичайно ні. Проте воно може використовуватись для потреб чинного медичного законодавства, на його основі можна планувати визначення інших медичних термінів, які є важливими не тільки для медичної, але і для юридичної науки і практики.

В чому полягає важливість контролю загалом і державного зокрема у сфері охорони здоров'я? Передовсім традиційно контроль (поряд із наглядом та зверненнями громадян) є способом забезпечення законності та дисципліни. Ми поділяємо точку зору С.Г. Стеценка, що законність і дисципліна є необхідними умовами існування демократичної держави. Особливої ролі їх додержання набуває у сфері державного управління. Значимість належної уваги до забезпечення законності та дисципліни у сфері публічного управління полягає ось у чому [2, с. 193-194]:

1. Необхідність забезпечення належних умов публічного управління в економічній, соціально-культурній та адміністративно-політичній сферах суспільного життя.

2. Правозастосовна діяльність суб'єктів публічного управління повинна базуватися на дотриманні законності й дисципліни.

3. Правотворча діяльність суб'єктів публічного управління не може суперечити положенням Конституції України і тих законів, які уже діють.

4. Необхідність сприяння реалізації та захисту прав, свобод і законних інтересів громадян з боку органів публічного управління.

5. Правомірне застосування засобів державного примусу з боку компетентних державних органів.

Достойний варіант узагальнення вітчизняного адміністративно-правового матеріалу – Словник термінів (2014 р.) містить визначення, відповідно до якого контроль – основний спосіб забезпечення законності та дисципліни в державі й водночас найважливіша функція держави. Без організації та здійснення контролю ускладнюється ефективна робота державного апарату, інших державних та недержавних структур, оскільки будь-яке рішення у системі органів державної влади та органів місцевого самоврядування закінчується контролем за їх виконанням, інакше вони не матимуть сенсу. Контроль є фактором, який дисциплінує поведінку службовців державного апарату та громадян взагалі [3, с. 181-182]. У цілому підтримуючи такого роду новації, все ж таки варто критично віднестись до того, що контроль має сприйматись як найважливіша функція держави. Попри свою значимість, контроль не повинен ідеалізуватись. Він все ж таки є допоміжним явищем. Важливим, проте допоміжним. У сфері охорони здоров'я громадян в тому ж числі.

Велика українська юридична енциклопедія у своєму томі «Загальна теорія права» містить визначення: контроль – це форма діяльності, спрямована на перевірку правильності, виявлення, запобігання і подальше усунення порушень з метою оптимізації функціонування тієї чи іншої системи. Теорія демократії традиційно ставить у центр уваги джерело влади, виходячи з того, що влада є демократичною, якщо вона має своїм джерелом загальне волевиявлення. Утім одним із питань, спільних для всіх форм організації влади, для всіх політичних систем, що існували в минулому, і тих, що існують зараз, є питання щодо контролю над владою (Д. Валадес). Контроль є

конститутивним елементом управління, яке, у свою чергу, є вищою формою свідомого регулювання процесів функціонування й розвитку будь-якої системи - біологічної, технічної чи соціальної, забезпечує її збереження і розвиток, упорядкування структури, взаємодію системи з навколишнім середовищем, а також досягнення мети її подальшого розвитку. Контроль спрямовує процес управління за встановленими ідеальними моделями, корегуючи поведінку підконтрольного об'єкта (В. Горшеньов) [4, с. 244].

Варто вказати, що такого роду напрацювання щодо державного контролю можуть і повинні бути застосовані стосовно системи охорони здоров'я. До особливостей охорони здоров'я як об'єкта адміністративно-правової регламентації та як об'єкта державного контролю можуть бути віднесені:

- висока соціальна значущість;
- дотичність медичної допомоги до всіх членів суспільства у той чи інший період їхнього життя;
- комплексність;
- наявність державних, комунальних, приватних та відомчих закладів охорони здоров'я;
- поступове переміщення акцентів з всеосяжності медичної допомоги на безоплатних засадах до чіткого переліку послуг, які гарантовано надаються особі на безоплатній основі;
- санітарно-епідемічний напрям, контроль за обігом наркотиків, лікарські засоби та контроль за їх виробництвом, якістю, клінічними випробуваннями тощо, - далеко не повний перелік потенційно можливих видів контролю у сфері охорони здоров'я громадян;
- внутрішній та зовнішній аспекти спрямованості контролю в сфері медичної діяльності, які мають різні прояви та акцентуацію.

Список використаних джерел

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19.
2. Стеценко С. Г. Адміністративне право України : навчальний посібник / С. Г. Стеценко. Вид. 3-тє, перероб. та доп. К. : Атіка, 2011. 654 с.
3. Адміністративне право України: словник термінів / За заг. ред. Т.О. Коломоець, В.К. Колпакова; Держ. вищ. навч. закл. «Запорізь. нац. ун-т». К.: Ін Юре, 2014. 520 с.
4. Велика українська юридична енциклопедія: у 20 т. – Х.: Право, 2016 – Т. 3: Загальна теорія права / Редкол.: О.В. Петришин (голова) та ін.; Нац. акад. прав. наук України; Ін-т держави і права імені В.М. Корецького НАН України; Нац. юрид. ун-т імені Ярослава Мудрого. 2017. 952 с.

Мосаєв Юрій Володимирович,
президент, громадської організації
Благодійне товариство «Український центр
захисту прав пацієнтів», кандидат соціологічних
наук, доцент

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ КОНФЛІКТИ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ФАРМАЦІЇ В РОЗРІЗІ ТЕОРІЇ СТРУКТУРНОГО ФУНКЦІОНАЛІЗМУ

Фармація є повноцінним соціальним інститутом з усіма відповідними атрибутами. В рамках фармації як соціального інституту відбуваються соціальні відносини між фармацевтичними компаніями та безпосередніми клієнтами, які є кінцевими особами, які використовують ліки та медичні засоби для лікування хвороб на які вони страждають. Реалізація медикаментів та ліків відбувається через мережі спеціалізованих аптек в яких працюють провізори, які є посередниками між фармацевтичними компаніями та клієнтами. Описаний трикутник є примітивним описом соціальної структури фармації як соціального інституту та соціальної взаємодії між її елементами.

В рамках фармації як соціального інституту є наявні соціальні ролі та конфлікти між елементами соціальної структури. Якщо є соціальні структура соціального інституту то існують і конфлікти учасників соціальної взаємодії.

Кожен соціальний інститут є соціальною системою. Соціальна система, за Дж. Рексом, направляється корпоративними, об'єднаними власними інтересами, групами. Він був зосереджений на інституційному розгляді конфлікту в зв'язку з процесами соціальних змін, нерівністю, класовим протистоянням [6, с.14]. В рамках фармації постійно відбуваються соціальні зміни зумовлені різноманітними соціальними конфліктами, які вносять диспозиції в його структуру та оновлюють формати взаємовідносин як елементів соціальної статичності так і соціальної динаміки.

Соціальні конфлікти в рамках фармації як соціального інституту формуються на основі конфліктних ситуацій.

На думку А. Мозгового «конфліктна ситуація – це збіг обставин з об'єктивними передумовами для конфлікту, що провокує деструктивні дії сторін, тобто виникнення конфлікту» [4, с.41]. Конфліктні ситуації мультиплікуються ціннісними та рольовими суперечками та невідповідностями очкувань від соціальних відносин в рамках взаємодії в рамках соціальної динаміки елементів структури соціального інституту.

Одним з основоположників теорії соціального конфлікту прийнято вважати німецького соціолога та конфліктолога Р. Дарендорфа. Він розглядав поняття «конфлікт», поряд з такими основними для Р. Дарендорфа поняттями, як «наси́льство», «панування, підпорядкування» і «діалектика»,

використовується ним риторично [1, с.213]. Тобто класики теорії конфлікту були зосереджені на визначені самого поняття конфлікту та опису його особливостей в той час технології управління та попередження соціальних конфліктів тоді не розглядалися в рамках поля наукових досліджень.

Найбільш раціональним підходом до вивчення соціальних конфліктів відзначився класик соціологічної думки Г.Зіммель [2], який розглядав конфлікт як функціональну систему зі своєю специфічною структурою та функціональним набором. Такий розгляд соціальних конфліктів випередив свій час так як на той момент ще не було запропоновано теорії структурного функціоналізму.

Теорія структурного функціоналізму розглядає соціальні системи як набір структур та функцій, які реалізують елементи соціальних структур в рамках соціальної взаємодії між собою [3]. В той же час один з засновників теорії структурного функціоналізму Т.Парсонс [5] не бачив великої ролі соціальних конфліктів в рамках суспільних відносин, але в подальшому представники цієї теорії бачили саме соціальні конфлікти основою соціальної взаємодії між елементами соціальної структури.

Сьогодні основні конфлікти в рамках фармації як соціального інституту можна описати з точки зору теорії структурного функціоналізму. Наприклад:

1. Конфлікт внутрішнього функціонального набору провізора, що має вираження у конфліктній диспозиції цінностей провізора, який відіграє роль провізора-консультанта пацієнта або його працівника та представника фармацевтичних компаній медичні препарати яких він реалізує. Конфліктна диспозиція доповнюється інтересами провізора як найманого працівника, що повинен сприяти максимальній реалізації медикаментів для того щоб забезпечити прибуток своєму працедавцеві та отримати кошти від реалізації медикаментів задля фіскального забезпечення власної заробітної плати. І всі взаємовиключаючі функції провізор повинен виконувати не вступаючи в конфлікт інтересів з пацієнтом або його представниками щоб не нашкодити його здоров'я та не зірвати план його лікування.

2. Моральний конфлікт провізора та всіх працівників фармакологічної індустрії в процесі вироблення та реалізації препаратів, які провокують переривання вагітності. Приблизно така ж моральна дилема стоїть перед фармакологом та провізором, коли вони виготовлять або реалізують препарати у кількості, яка може бути використаною не за призначення, а для переробки на наркотичні засоби і таких моральних конфліктів в діяльності провізора безліч.

3. Особливе місце в системі конфліктів фармації полягають правові конфлікти, які мають зміст адміністративної та кримінальної відповідальності. Вирішення цих конфліктів покладається на судову гілку влади та правоохоронні органи влади, які разом з контролюючими органами

доповнюють структуру соціально-правових конфліктів та створюють крім додаткових соціальних структур ще й додатковий функціонал.

Як бачимо соціально-правові конфлікти в рамках фармації мають соціальну природу і можуть бути дослідженими за методологією структурного функціоналізму.

Список використаних джерел

1. Дарендорф Р. Діалектична теорія конфлікту / Р. Дарендорф. – М., 2001. – С. 213.
2. Зиммель Г. Теория конфликтного функционализма / Г. Зиммель. – М., 1993.
3. Мертон Р.К. Социальная теория и социальная структура. / Р. К. Мертон – М.: АСТ:АСТ МОСКВА:ХРАНИТЕЛЬ, 2006. – 873 с.
4. Мозговий А.А. Конфлікти міського розвитку в Україні / А.А. Мозговий // Український географічний журнал - 2016, No 3. – С.41
5. Парсонс Т. Социальная система = The Social System. – М.: Академический проект, 2018. – 529 с.
6. Шевель І.П. Культурний розвиток соціальних конфліктів та соціальних рухів / І.П. Шевель // Вісник Львівського університету. Серія соціологічна. 2014. Випуск 8. – С. 13–19

Мостовенко Ольга Сергіївна,
юрист ТОВ «КМС консалтинг»
м. Київ, Україна

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОДЕРЖАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Актуальність даного питання не потребує додаткового обґрунтування або презентації, оскільки всі ми є потенційними пацієнтами.

Одержання безоплатної медичної допомоги слід розглядати як одну з найбільш важливих форм реалізації права на медичну допомогу. Згідно закону первинна медична допомога (далі – ПМД) надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення. [2, ст.8]

За своїм характером право на безоплатну медичну допомогу є абсолютним і механізм його реалізації закріплений в законодавстві, проте важливим є питання яким чином медична реформа впливає на надання ПМД.

Концепція медичної реформи передбачає нову модель фінансування надання медичної допомоги. Разом з тим, одразу постає актуальне питання, яке потребує вирішення: що робити громадянам, які не підписали Декларацію про вибір лікаря, який надає ПМД (далі - Декларація)? Адже усі послуги ПМД, які надають сімейні лікарі, терапевти та педіатри, можна було отримати без Декларації за місцем проживання до квітня 2019 року включно. До цього часу всі комунальні медичні заклади отримували оплату від Національної служби здоров'я за пацієнтів, які проживають на території медичного закладу і ще не підписали Декларацію. На мою думку це не узгоджується зі ст. 49 Основного закону згідно якого держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, і існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. [1, ст. 49]

Якщо вести мову про те, що громадяни вільні обирати собі як заклад охорони здоров'я, лікаря так і форму реалізації свого права на медичну допомогу, варто зазначити, що деякі з категорій фізичних осіб в силу фінансового стану дещо обмежені в своєму виборі. Наприклад, пенсіонер навряд чи має змогу звернутися приватного закладу охорони здоров'я і укласти договір про надання оплатних медичних послуг, тому він буде змушений укласти Декларацію навіть якщо не має такого бажання.

Наступна проблема, яка вже виникла на практиці це випадок коли фізична особа обрала собі лікаря ПМД і бажає підписати Декларацію, а у цього лікаря вже використаний так званий «ліміт пацієнтів», яких він обслуговує? Оптимальна кількість пацієнтів для терапевта – 2000, педіатра – 900, сімейного лікаря – 1800. Але якщо сімейний лікар працює в селі, де мешкає 3000 людей, то всі жителі зможуть обслуговуватись у нього. [3] Логічно, що лікар може

відмовляти всім наступним пацієнтам, які виявлять бажання підписати з ним Декларацію у тому випадку, якщо вже набрав максимальну кількість пацієнтів. Тобто пацієнт змушений буде звертатися до лікаря у якого ще не використаний цей ліміт, але ж він обрав собі вже собі лікаря, тож такі ліміти дещо звужують право на вибір лікаря на мою думку.

З початку процесу реформ, на практиці вже вбачаються певні проблеми, такі як неготовність системи до реформ, в тому числі – відсутність належного правового та кадрового забезпечення.

Список використаних джерел

1. Конституція України// Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України //Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19.
3. «Обери свого лікаря» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ehealth.gov.ua/yak-obraty-likarya/>

Мусієнко Анатолій Володимирович,
завідувач кафедри кримінального права
Державного університету інфраструктури та
технологій, м. Київ, Україна,
кандидат юридичних наук, доцент

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ»

Трансплантація вже давно та успішно застосовується в медицині, і є спеціальним методом лікування, що полягає в пересадці анатомічного матеріалу людини від донора реципієнту і спрямований на відновлення здоров'я людини. Цей метод досить ефективний, адже спирається на сучасні наукові досягнення, але саме тому він, одночасно, є складним методом лікування. І складність його утворюють не тільки питання проведення хірургічного втручання, методики проведення лікування – медичного характеру, але й правові, морально-етичні та соціальні. Ці питання є не менш важливими ніж медичні, а нормативно-правове забезпечення визначає правомірність застосування трансплантації та подальший розвиток цього методу.

Одним з основних і поки невирішених питань в трансплантології вважається дефіцит донорських органів. Проблема полягає в тому, що отримати донорський матеріал можна лише в законний спосіб, з дотриманням всіх прав і свобод людини. Існуючі нормативно-правові механізми дозволяють проводити це в правовому руслі, і чинний Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» (далі Закон) покликаний реалізувати це. Але не все так просто, адже людині та суспільству, питання вилучення донорського матеріалу складно прийняти, оскільки це не тільки суперечить правам та свободам людини, але й основам людської природи та поведінки – самозбереженню, намаганням вижити, зберегти своє тіло недоторканим.

Статистика свідчить, що навіть найдосконаліше законодавство про трансплантацію, не здатне впоратись з дефіцитом донорського матеріалу, якщо суспільство це не сприймає. Подолати суспільну недовіру до такого методу лікування повинна держава, шляхом проведення виваженої інформаційної політики у сфері застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині. Держава, в ч.2, ст. 5 Закону, забезпечує здійснення активної інформаційної політики у сфері застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині, спрямованої на формування позитивного ставлення до прижиттєвого та посмертного донорства анатомічних матеріалів шляхом

інформування населення про трансплантацію як безальтернативний метод надання медичної допомоги, що використовується для порятунку життя і відновлення здоров'я людини, у тому числі через соціальну рекламу, та підвищення обізнаності громадян щодо правового регулювання відносин у сфері застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією. В ч. 3, ст. 5 Закону, формування та реалізацію державної політики у сфері застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, покладено на Кабінет Міністрів України, у межах його повноважень.

На думку автора, для успішного розвитку трансплантології в Україні абсолютно необхідна державна цільова програма, а одним з пріоритетних напрямів такої державної діяльності в програмі, має бути активна інформаційна політика у сфері застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині, спрямована на підвищення довіри населення до держави.

На переконання автора, людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека, які визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, нарешті повинні отримати реальний захист та підтримку держави.

Права і свободи людини та їх гарантії повинні визначати зміст і спрямованість діяльності держави. Це має стати головним обов'язком та відповідальністю держави. Без цього, на переконання автора, розвиток трансплантології в Україні не буде ефективним.

Олійник Роман Володимирович,
аспірант кафедри цивільного права та процесу
юридичного факультету Львівського
національного університету імені Івана Франка

ОСОБЛИВОСТІ ДОГОВІРНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ ДОНОРСТВА

Договір є регулятором правовідносин між рівними особами, який забезпечує їх існування та досягнення мети. Договори, які покликані регулювати відносини вилучення частин людського організму за життя чи після смерті, у Цивільному кодексі України не виокремлені. Це зумовлено тим, «що в цивільному законодавстві біологічний матеріал людини не визначено як об'єкт цивільних правовідносин. Натомість договір є ефективним правовим інструментом регулювання таких правовідносин, дає можливість реалізувати право на донорство, визначити обсяг прав та обов'язків сторін у межах імперативних норм» [1, с.22].

Вагомим внеском у розвитку договірної регуляції правовідносин донорства в Україні є наукові роботи С.Б. Булеци, А.А. Герц, І.І. Зазуляк, Р.А. Лідовець, Н.А. Маргацької, А.В. Мусієнко, Л.А. Ольховик, О.О. Пунди, А.Д. Ременяк.

Інформована згода на донорство може виражатися у різних формах. Згода на донорство – це цивільно-правовий договір, що є єдиною можливою формою погодження волі рівних суб'єктів – донора і медичної установи, з характерними для нього ознаками: юридичною рівністю сторін і добровільністю їх волевиявлення. Волевиявлення сторін має значення не тільки для виникнення, а й для визначення форми і змісту договору, розглянутого як реальний, двосторонній договір.

За юридичною природою правовідносини донорства мають цивільно-правовий характер, тому повинні регулюватися цивільно-правовим договором.

С.Б. Булеца розглядає договір донорства як складову договору з надання медичної послуги та допомоги: «Основною підставою виникнення відносин з надання медичної послуги та допомоги є договір. Договори, що використовуються у сфері медичного обслуговування, можуть бути поділені на договори лікування і договори на організацію лікування. Договори першої медичної групи укладаються між медичними закладами і пацієнтами на надання основних і додаткових медичних та парамедичних послуг, а також між медичними закладами (приватнопрактикуючими лікарями) на надання консультаційних послуг, надання донорських матеріалів і ін. Договори другої групи укладаються між медичними закладами (приватними лікарями) і

юридичними особами (приватними підприємцями) на медичне обслуговування їх працівників [2, с.194]. С.Б. Булеца пропонує запровадити у практику «договір на користь третьої особи, на підставі якого лікарня, наприклад, може домовитися з донорами, які, в разі потреби, дадуть свою кров для хворих» [2, с.218].

Варто погодитися з позицією К.О. Ільющенкової, яка вважає, що «особливостями правовідносин донорства, що відрізняють їх від інших схожих правовідносин, є такі: 1) особливий об'єкт правовідносин – частини людського організму; 2) особливий суб'єктний склад; 3) особливий процес здійснення прав і виконання обов'язків донором, що супроводжується медичним обслуговуванням з допомогою медичного працівника; 4) донорство анонімне (відповідно до законодавства); 5) вилучений донорський матеріал повинен зберігатися у відповідних умовах, забезпечити які може лише відповідний державним стандартам лікувальний заклад, окрім грудного молока; 6) нормативно-правові вимоги до осіб, які можуть бути донорами; 7) відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю внаслідок виконання донорської функції» [3, с.24].

Процес реалізації права на донорство включає декілька етапів. Основними етапами є: надання згоди на вилучення донорського матеріалу, вилучення донорського матеріалу і використання його відповідно до мети донорства. Але у правовідносинах донорства важливим є сам донорський матеріал, а не дії з вилучення частин організму людини. У більшості випадків для досягнення мети донорства необхідна допомога третіх осіб, яка і полягає у медичному втручанні в організм як донора, так і реципієнта. Отже, предметом договору донорства є біологічний матеріал людини.

А.А. Герц, розглядаючи договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг, досліджує договір як підставу виникнення правовідносин у трансплантології та зазначає, «що трансплантація органів та тканин принципово відрізняється від інших методів традиційного лікування, насамперед, за суб'єктним складом. ... замість звичайних правовідносин, що виникають між двома суб'єктами – виконавцем медичних послуг і пацієнтом – при трансплантації виникає більш складне комплексне правовідношення, учасниками якого на першому етапі виступають донор і виконавець медичних послуг, а згодом - виконавець медичних послуг і реципієнт» [4, с. 204-205]. Виконавцем даної медичної послуги є спеціалізований медичний заклад, пацієнтом – реципієнт, якому потрібна пересадка тканини чи органу для порятунку життя. У відносинах трансплантації присутній також донор, його волевиявлення є вирішальним для проведення трансплантації.

У правовідносинах донорства важливим є сам донорський матеріал, а не дії з вилучення частин організму людини. У більшості випадків для досягнення мети донорства необхідна допомога третіх осіб, яка і полягає у

медичному втручанні в організм як донора, так і реципієнта. Отже, предметом договору донорства є біологічний матеріал людини. Вилучений донорський матеріал повинен зберігатися у відповідних умовах, забезпечити які може лише відповідний державним стандартам лікувальний заклад.

Отже, можна виокремити наступні істотні умови договорів у сфері донорства: *термін виконання договору, умови дострокового розірвання договору, ціна договору, відшкодування завданої здоров'ю шкоди*. Терміном виконання договору вважаються: момент вилучення донорського матеріалу, момент безпосередньої передачі донорського матеріалу в медичний заклад, момент оплати за умовами договору, якщо донорство комерційне. Відшкодування шкоди має компенсаційний характер, яке полягає в компенсації коштів, що були сплачені на відновлення здоров'я, у зв'язку з виконанням донорської функції, сума якої передбачена в законодавстві чи договорі, або підтверджується відповідними документами (товарні чеки від купівлі медикаментів, отримання медичних послуг і т.д.).

Список використаних джерел

1. Ільющенкова К. О. Договір як підстава виникнення правовідносин донорства / К.О. Ільющенкова // Медичне право: наук.-практ. Журнал. – К.: Медицина і право, 2018. –№ 1(21). – С. 22.
2. Булеца С.Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми: дис. ... д-ра юрид. наук / С.Б. Булеца. – Одеса, 2016. – С. 194
3. Ільющенкова К.О. Договір як підстава виникнення правовідносин донорства / К.О. Ільющенкова // Медичне право: наук.-практ. Журнал. – К.: Медицина і право, 2018. –№ 1(21). – С. 24.
4. Герц А.А. Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг: монографія / А.А. Герц. - Хмельницький: Мельник А. А., 2015. – С. – 204-205.

Потайчук Ірина Володимирівна,
викладач вищої категорії циклової комісії
правознавства та гуманітарних дисциплін
Запорізького гуманітарного коледжу ЗНТУ,
кандидат юридичних наук, доцент

СУБ'ЄКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ТАЄМНИЦІ

Невід'ємним природним правом кожної людини є право на охорону здоров'я. Одним із основних прав людини в сфері охорони здоров'я є право на медичну таємницю, адже воно забезпечує реалізацію особою права на повагу до приватного життя і сприяє встановленню довірчих взаємовідносин із лікарем.

Сьогодні вимоги щодо збереження медичної таємниці регламентуються багатьма нормативно-правовими актами. Так, відповідно до Міжнародного кодексу медичної етики лікар зобов'язаний дотримуватись абсолютної таємниці в усьому, що він знає про свого пацієнта. Аналогічні вимоги містить Декларація в політиці в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі, згідно з якою всі відомості про стан здоров'я пацієнта, діагноз, лікування тощо є конфіденційними.

Конфіденційність інформації про особу передбачено ст. 32 Конституції України; ст. 286 Цивільного кодексу України гарантує людині право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, отримані під час її обстеження; п. 2 ст. 11 Закону України «Про інформацію» регламентує згоду особи на збирання, зберігання та поширення інформації про неї.

Поняття лікарської таємниці сформульовано в статті 40. Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

У клятві лікаря, затвердженій Указом Президента 15 червня 1992 №349, яку всі випускники складають перед отриманням диплома, йдеться: «...зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині...».

Однак, вважаємо, додільним було б скласти дану Клятву під час посвяти у студенти, адже під час практичних занять та при проходження практики здобувачі освіти мають доступ до відомостей, які складають предмет лікарської таємниці. З моральної точки зору участь студентів-медиків у

діагностичних та лікувальних заходах, а також право доступу до медичної інформації повинне бути обумовлене згодою пацієнта.

Зазначимо, термін «лікарська таємниця» не в повній мірі охоплює суб'єкт збереження інформації про пацієнта, ним є не тільки лікарі як особа з вищою медичною освітою, а й медичні та немедичні працівники. Йдеться про працівників лікувальної установи та осіб, що не працюють, але мають доступ до такої інформації. Більш доцільним, вважаємо, використання терміна «медична таємниця», на що слід звернути увагу законодавцю та внести зміни у відповідні нормативно-правові акти. Зокрема, ст. 40. Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; п. «г» ч. 1 ст. 78 «Професійні обов'язки медичних і фармацевтичних працівників» зазначеного закону виділити як окрему норму, або змінити назву статті, адже обов'язок зберігати лікарську таємницю покладається не лише на медичних та фармацевтичних працівників.

Відкритим залишається питання дотримання медичної таємниці ерготерапевтами. Нова професійна назва роботи – «ерготерапевт» була введена у 2016 в Україні до Класифікатора професій і віднесена до групи «Професіонали в галузі медицини», підкласу «Інші професіонали в галузі медицини».

Ерготерапія (від грец. ergoіn - робити, діяти, працювати і therapeutein - лікувати, доглядати, супроводжувати) - медико-соціальна спеціальність, спрямована на поліпшення і підтримку стану здоров'я клієнтів (пацієнтів) за допомогою різних видів цілеспрямованої діяльності і заснована на принципах доказової медицини. Ерготерапія застосовується як складова лікувального процесу у хворих із обмеженими можливостями.

Зважаючи на вищезазначене, вважаємо, що студенти спеціалізації «ерготерапія» є суб'єктами медичної таємниці і також зобов'язані складати Клятву лікаря.

Отримати освіту за спеціальністю ерготерапевт можна не лише в медичних вузах. Тому, слід внести зміни у ряд відповідних нормативно-правових актів.

Захищеність законом відомостей про пацієнта, що стали відомими персоналу медичних закладів, на сьогодні, коли така інформація зберігається у вигляді електронних баз даних, є актуальним питанням, адже, необхідно забезпечити усі медичні заклади належно захищеними програмами зберігання даних. Обслуговування такої системи час від часу потребує спеціальних знань.

З метою конкретизації права людини, гарантованого статтею 32 Конституції України, та визначення механізмів його реалізації було прийнято Закон України «Про захист персональних даних». Предметом правового регулювання даного закону є правовідносини, пов'язані із захистом персональних даних під час їх обробки. Згідно даного закону персональними

даними є відомості чи сукупність відомостей про фізичну особу, яка ідентифікована або може бути конкретно ідентифікована (абз.8 ст. 2).

Але законодавством України не встановлено і не може бути встановлено чіткого переліку відомостей про фізичну особу, які є персональними даними, задля можливості застосування положень Закону до різноманітних ситуацій, в тому числі при обробці персональних даних в інформаційних (автоматизованих) базах та картотеках персональних даних, що можуть виникнути у майбутньому, у зв'язку зі зміною в технологічній, соціальній, економічній та інших сферах суспільного життя [1].

Згідно п.3.7. Типового порядку обробки персональних даних, затвердженого Наказом Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини 08.01.2014 № 1/02-14 працівники, які мають доступ до персональних даних, дають письмове зобов'язання про нерозголошення персональних даних, які їм було довірено або які стали їм відомі у зв'язку з виконанням професійних чи службових або трудових обов'язків. Як бачимо, ця норма наказу деталізує нормативно визначений у п. «г» ч. 1 ст. 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» професійний обов'язок працівника медичного закладу зберігати лікарську таємницю.

З прийняттям наказу №157 Міністерства охорони здоров'я від 26.01.2018 року чинність втратили окремі форми обліку та звітності. Лікар не зобов'язаний звітувати про відвідування усіх пацієнтів, що повідомили реєстратуру, пацієнт та лікар зможуть обмінюватися інформацією телефоном. Однак, такий вид спілкування лікаря та пацієнта, а також передача даних обстежень на електронну пошту чи телефон пацієнта, повинні чітко регулюватися нормативними актами і здійснюватися за наявності письмового дозволу пацієнта, наданого особисто останнім з пред'явленням документа, що посвідчує його особу, або нотаріально завіреним підписом на вказаному дозволі.

Гарантією збереження медичної таємниці є те, що згідно ч. 2 п. 4 ст. 65 КПК України медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю, не можуть бути допитані як свідки у кримінальному процесі щодо таких відомостей.

Що стосується цивільного законодавства, то чинний Цивільний процесуальний кодекс України даної норми не містить. Вважаємо доцільним до ст. 70 КПК України «Особі, які не можуть бути допитані як свідки» внести зміни, включивши до переліку медичних працівників та інших осіб, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять медичну таємницю.

Варто зауважити, що згідно ч.3 ст. 286 «Право на таємницю про стан здоров'я» Цивільного кодексу України фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

Термін «утримуватися» тлумачиться як стримувати себе від якоїсь дії, вчинку. Однак, стримувати себе не відповідає вимогам не вчиняти певних дій. Тому, вважаємо, ч. 3 ст. 286 Цивільного кодексу України слід викласти наступним чином: «фізична особа зобов'язана зберігати у таємниці інформацію, зазначену у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел»

Вітчизняне законодавство передбачає морально-правову відповідальність за розголошення медичної таємниці.

Список використаних джерел:

1. Мінюст роз'яснив, що таке «персональні дані». Українська гельсінська спілка з прав людини: веб-сайт. URL: <https://helsinki.org.ua/2011/12/minyust-roz-yasnyv-scho-take-personalni-dani/> (дата звернення: 10.05.2019).

Прасов Олександр Олександрович,
суддя Запорізького окружного
адміністративного суду,
кандидат юридичних наук, доцент

РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ ТА ПРАВО НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ОСІБ, ЗАСУДЖЕНИХ ДО ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

Дослідження присвячене проблемі покращення здійснення особистих немайнових прав особами, засудженими до позбавлення волі. Її вирішення має велике теоретичне і практичне значення, зважаючи на те, що вона пов'язана з такими актуальними завданнями: з'ясування обсягів особистих немайнових прав осіб, засуджених до позбавлення волі, встановлення тенденцій їх можливого розвитку, удосконалення забезпечення здійснення цих прав.

Аналізуючи наукову літературу з цієї проблеми, слід відзначити цікаві праці Бандурки А.М., Геля А.П., Денисової Т.А., Джужі О.М., Прусса В.М., Степанюка А.Х., Чеботарьової Ю.А., Ягунова Д.В., Яковець І.С. Представляючи значущі результати, всім їм проте бракує висвітлення питання щодо реалізації особами, засудженими до позбавлення волі, права на медичну допомогу під час реформи системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України. Звідси мета нашого дослідження – зняти зазначену прогалину.

Під реформою розуміють перетворення, зміну, нововведення, яке не знищує основ існуючої структури [1, с.119]. Сьогодні система охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України перебуває у стадії реформування.

Так, Міністерство юстиції України заснувало Державну установу «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» (далі – ЦОЗ ДКВС України), яка має організаційно-правову форму – державна організація (установа, заклад). 07.11.2017 відбулась реєстрація ЦОЗ ДКВС України в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань. Видами діяльності ЦОЗ ДКВС України за кодами КВЕД є: діяльність лікарняних закладів (основний); загальна медична практика; спеціалізована медична практика; інша діяльність у сфері охорони здоров'я. В областях створені відокремлені підрозділи ЦОЗ ДКВС України [2].

За повідомленням заступника міністра юстиції України Чернишова Д.В. ЦОЗ ДКВС України підпорядковуватимуться медичні працівники, які працюють у системі охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої

служби України, і які до реформи підпорядковувалися керівництву місць несвободи. Утворення ЦОЗ ДКВС України дозволить відокремити персонал медичних працівників, який знаходиться в установах виконання покарань, від керівництва установ виконання покарань і, принаймні, якщо не унеможливити, то мінімізувати можливість злочинів чи зловживань. Зрощування медичних працівників з працівниками, які забезпечували режим утримання в установах виконання покарань, призводило до зловживань, а іноді – до корупційних дій, і дозволяло у певній мірі приховувати злочини як працівників пенітенціарної системи, так і тих злочинців, які відбували покарання [3].

Схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13.09.2017 за №654-р «Концепція реформування (розвитку) пенітенціарної системи України» передбачає, що після того як лікар буде зроблений незалежним від керівника установи виконання покарань, що насамперед забезпечить неупереджене встановлення діагнозу та якісне надання медичної допомоги, через створення ЦОЗ ДКВС України, наступним кроком буде вжиття комплексу заходів для планової передачі функції надання медичної допомоги засудженим та особам, узятим під варту, від Міністерства юстиції України до Міністерства охорони здоров'я України [4].

Варто погодитись з думкою Гель А.П., що сучасну модель організації пенітенціарної медицини Державної кримінально-виконавчої служби України можна вважати цілком прийнятною з точки зору забезпечення дотримання відповідних прав засуджених, оскільки її зміст не суперечить вимогам міжнародних стандартів та правил, що регламентують організацію медичного обслуговування у пенітенціарних закладах [5, с.200].

Запроваджена реформа знайшла своє відбиття на праві осіб, засуджених до позбавлення волі, на медичну допомогу.

Уповноважений Верховної Ради України з прав людини у щорічній доповіді про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2017 рік зазначає, що вказана реформа здійснюється без анонсування конкретних подальших організаційних змін, що зумовило зниження якості надання медичної допомоги через відсутність мотивації наявних медичних працівників до якісної праці, небачення ними своїх професійних перспектив і, як наслідок, – відтік медичних кадрів [6, с.203-204].

У щорічній доповіді Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2018 рік відзначається, що під час моніторингу виправних колоній виявлено грубі порушення прав і свобод в'язнів на охорону здоров'я і медичну допомогу, критичною є неукомплектованість посад лікарів у медичних частинах установ, через що в окремих установах медичні частини не забезпечують цілодобове чергування медичного працівника. Це

зафіксовано у ДУ «Вінницька виправна колонія (№ 86)», ДУ «Криворізька установа виконання покарань (№ 3)» та інших в усіх регіонах України [7, с.96].

Наведене свідчить про неналежне забезпечення можливості реалізації особами, засудженими до позбавлення волі, права на медичну допомогу під час здійснення реформи системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України.

Враховуючи викладене можна відзначити наступні висновки: 1) розпочата державою реформа системи охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України відповідає актуальності питання необхідності забезпечення неупередженого встановлення діагнозу лікарем та якісного надання медичної допомоги особі, засудженій до позбавлення волі, та узгоджується з міжнародними нормами права та світовою практикою; 2) вказана реформа здійснюється без анонсування конкретних подальших організаційних змін, що викликає негативне до неї ставлення серед медичних працівників, персоналу Державної кримінально-виконавчої служби України, засуджених, суспільства взагалі та призводить до неналежного забезпечення можливості реалізації особами, засудженими до позбавлення волі, права на медичну допомогу; 3) органи державної влади, відповідальні за проведення реформи, мають невідкладно визначити конкретні подальші організаційні зміни під час проведення реформи з метою запобігання провалу даної реформи та зведення її на нівець, забезпечення можливості реалізації особами, засудженими до позбавлення волі, права на медичну допомогу.

Зазначені результати дослідження мають загальний базовий характер та можуть стати у пригоді при наукових дослідженнях можливостей удосконалення нормативного закріплення особистих немайнових прав осіб, засуджених до позбавлення волі.

Список використаних джерел

1. Новий тлумачний словник української мови: в 3 т. Вид. друге, виправл. / уклад. В.В. Яременко, О.М. Сліпущко; наук. ред. Л.І. Андрієвський; відп. за вип. Д.Б. Якунін. Київ: Аконіт, 2003. Т.3. 864 с.

2. Єдиний державний реєстр юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань: безкоштовний запит. Київ: Міністерство юстиції України, 2019. URL: <https://usr.minjust.gov.ua/ua/freesearch>.

3. Центр охорони здоров'я кримінально-виконавчої служби очолив Сергій Васильєв. Київ: УНІАН, 17.04.2018. URL: <https://www.unian.ua>.

4. Концепція реформування (розвитку) пенітенціарної системи України: схвал. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13.09.2017 за №654-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>.

5. Гель А.П. Вітчизняна модель організації пенітенціарної охорони здоров'я в Державній кримінально-виконавчій службі України: сучасний стан та перспективи. Підприємництво, господарство і право. Київ, 2019. №2. С.194-202.

6. Лутковська В.В. Стан дотримання прав і свобод людини і громадянина в Україні: Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини за 2017 рік. Київ: Секретаріат Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, 2018. 661с. URL: <http://www.ombudsman.gov.ua>.

7. Денісова Л.Л. Стан додержання прав та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні: Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини за 2018 рік. Секретаріат Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, 2019. 135с. URL: <http://www.ombudsman.gov.ua>.

Рошиян Наталія Олександрівна,
провідний фахівець ректорату
Запорізького державного медичного
університету
Аніщенко Михайло Анатолійович,
доцент кафедри управління і економіки
фармації, медичного та фармацевтичного
права Запорізького державного медичного
університету, кандидат юридичних наук

АНТИКОРУПЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ: ОСНОВНІ НАПРЯМИ

Антикорупційна діяльність у закладах вищої медичної освіти має такі ознаки:

є нормативною вимогою, передбаченою, в першу чергу, Законом України «Про запобігання корупції»;

здійснюється не тільки і не стільки Уповноваженою особою, а в першу чергу ректором, членами ректорату, керівниками структурних підрозділів, іншими представниками трудового колективу за сприяння студентського самоврядування;

за своєю суттю є переважно превентивною діяльністю, що спрямована на профілактику хронічної соціальної хвороби – корупції, та спрямована на захист законних прав та інтересів студентів, посадових осіб, науково-педагогічних працівників;

має певні особливості, оскільки заклад вищої медичної освіти, як правило, має у своєму складі заклад охорони здоров'я – університетські лікарні або клініки, а також клінічні кафедри, де здійснюється не лише науково-педагогічна, а й лікувально-діагностична діяльність, що може характеризуватися додатковими корупційними ризиками.

Основними нормативно-правовими актами, що регламентують антикорупційну діяльність, в тому числі, у закладах вищої медичної освіти, є:

Закон України «Про запобігання корупції»;

Постанова КМУ від 04.09.2013 р. № 706;

Методичні рекомендації щодо діяльності уповноважених підрозділів, затверджені рішенням НАЗК від 13.07.2017 р. №317;

Методичні рекомендації щодо підготовки та реалізації антикорупційних програм юридичних осіб, затверджені рішенням НАЗК від 22.09.2017 р. № 734;

Типова антикорупційна програма юридичної особи, затверджена рішенням НАЗК від 02.03.2017 № 75;

Порядок перевірки факту подання суб'єктами декларування декларацій відповідно до Закону України "Про запобігання корупції" та повідомлення Національного агентства з питань запобігання корупції про випадки неподання чи несвоєчасного подання таких декларацій, затверджений рішенням НАЗК від 06.09.2016 р. № 19;

Роз'яснення щодо застосування окремих положень Закону України «Про запобігання корупції» стосовно заходів фінансового контролю, затверджене рішенням НАЗК від 11.08.2016 р. № 3 (із змінами);

Методичні рекомендації щодо запобігання та врегулювання конфлікту інтересів, затверджені рішенням НАЗК від 29.09.2017 р. № 839;

інші чинні нормативно-правові акти.

Основними напрямками антикорупційної діяльності у закладі вищої медичної освіти є нижченаведені функції.

Розробка та затвердження локальних антикорупційних документів, до яких належать:

Етичний кодекс;

Антикорупційна програма;

План заходів, спрямованих на запобігання, протидію та виявлення корупції на певний рік;

Положення про Комісію з оцінки корупційних ризиків у діяльності закладу вищої медичної освіти;

розроблені пам'ятки для посадових осіб (наприклад, 10 підготовчих кроків до успішної е-декларації, Алгоритм дій посадової особи в разі пропозиції неправомірної вигоди або подарунка);

звіти про виконання антикорупційних заходів тощо.

Виконання вимог щодо прозорості (транспарентності):

інформація щодо Уповноваженої особи (ПІБ, робочий та мобільний номери телефону, адреса електронний пошти, номер службового кабінету, години прийому), а також локальні акти закладу вищої медичної освіти, наказ про початок проведення процедури оцінки корупційних ризиків та репортажі про заходи антикорупційного спрямування повинні знаходитися у відкритому доступі на офіційному веб-сайті закладу, виконання вимог наказів МОЗ України від 26.04.2017 № 459 та від 25.07.2017 № 848, постійна співпраця з громадськістю.

Здійснення оцінки корупційних ризиків в діяльності закладу вищої медичної освіти:

публікація на сайті наказу про початок проведення оцінки корупційних ризиків;

по можливості, залучення громадськості до оцінки корупційних ризиків;

створення комісії з оцінки корупційних ризиків;

складення плану роботи комісії з оцінки корупційних ризиків;

ідентифікація та оцінка корупційних ризиків;
підготовка та затвердження звіту про оцінку корупційних ризиків та плану заходів щодо їх усунення (мінімізації).

Масово-роз'яснювальна робота та антикорупційна освіта:

зустрічі зі студентами та інтернами з антикорупційних питань, в тому числі за участі представників правоохоронних органів;

виступи з антикорупційних питань на засіданнях вченої ради закладу вищої медичної освіти, вчених рад факультетів, конференції трудового колективу, медичної ради університетської клініки, нарадах, засіданнях кафедр та інших зібраннях;

проведення навчальних занять з антикорупційної роботи з працівниками закладу вищої медичної освіти;

участь уповноваженої особи з питань запобігання та виявлення корупції у семінарах, тренінгах, курсах підвищення кваліфікації з антикорупційних питань.

Запобігання конфлікту інтересів:

постійно має проводитися контроль за дотриманням норм закону та внутрішніх локальних документів щодо порядку запобігання і врегулювання потенційного та реального конфлікту інтересів в діяльності посадових осіб закладу вищої медичної освіти;

проведення аналіз наказів по особовому складу на наявність/відсутність конфлікту інтересів уповноваженою особою;

візування уповноваженою особою наказів щодо призначення премій.

Контроль подання е-декларацій:

надання методичної та правової допомоги у заповненні та оприлюдненні декларацій осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самоврядування суб'єктам декларування в Університеті уповноваженою особою;

вручення під підпис суб'єктам декларування повідомлення про необхідність подання декларацій, проведення перевірки фактів подання декларацій та їх своєчасності.

Антикорупційна діяльність структурних підрозділів та колегіальних органів:

в роботі колегіальних органів (Вчена рада, Конференція трудового колективу, тендерний комітет, атестаційна комісія, тощо) в разі наявності заявляється про обставини конфлікту інтересів, відповідна посадова особа не бере участі в голосуванні, що заноситься до протоколу;

в приймальній комісії перед початком вступної кампанії оформлюється протокол, що підписується усіма членами приймальної комісії (в тому числі технічними секретарями), на кожному засідання піднімаються антикорупційні питання;

на усіх факультетах та кафедрах проводиться щосеместровий антикорупційний інструктаж науково-педагогічних працівників;

в університетській клініці питання запобігання корупції щоквартально розглядається на засіданнях медичної ради;

в усіх структурних підрозділах оцінено корупційні ризики та розроблено відповідні заходи щодо їх усунення, студентська рада теж проводить щосеместрові бесіди зі студентами з антикорупційних питань.

Виконання інших вимог щодо запобігання корупції:

постійне ведення необхідної документації згідно чинного антикорупційного законодавства (журнал обліку повідомлень про випадки вчинення корупційних або пов'язаних з корупцією правопорушень, журнал обліку консультацій з питань дотримання вимог антикорупційного законодавства, журнал обліку повідомлень про конфлікт інтересів, журнал обліку осіб притягнутих до відповідальності за вчинення корупційного правопорушення);

ведення реєстру антикорупційних заходів;

ведення та постійно оновлення обліку антикорупційних нормативно-правових актів;

імплементация антикорупційних норм до документів закладу вищої медичної освіти (господарсько-правових договорів, посадових інструкцій, положень про структурні підрозділи, контракти тощо).

Перспективним напрямом є також проведення круглих столів та науково-практичних конференцій з антикорупційної тематики.

Такий алгоритм антикорупційної діяльності може бути в подальшому врахований при розробці методичних рекомендацій НАЗК щодо здійснення антикорупційної діяльності у закладах вищої медичної освіти, які на нашу думку, мають бути розроблені, затверджені та впроваджені в антикорупційну практику зазначених закладів з метою однакового застосування антикорупційного законодавства.

Самко Анатолій Васильович,
старший викладач кафедри управління та економіки фармації медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медичного університету
Британова Тетяна Сергіївна,
асистент кафедри управління та економіки фармації медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медичного університету, кандидат фармацевтичних наук

ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Медичні вироби та медична техніка є однією з найбільших та сучасних галузей світової промисловості. Їх основне призначення направлене на поліпшення якості і збільшення тривалості людського життя, тому вона знаходиться в постійному полі зору регулюючих органів. Однак, існують певні проблеми правового регулювання окремих аспектів діяльності виробників та дистриб'юторів на ринку України медичних виробів та медичної техніки.

Для врегулювання правовідносин у сфері виробництва та обігу медичних виробів необхідне нормативне закріплення їх основних положень. Воно повинно забезпечуватися виключно державою, як це прийнято в усіх країнах світу. Ефективність надання медичної допомоги базується як на впровадженні нових медичних технологій, так і на оснащенні лікувальних закладів сучасними медичними виробами. Тому особливо актуальними постають питання забезпечення відповідності медичних виробів безпеці та ефективності їх дії з метою збереження здоров'я та захисту пацієнтів і лікарів. Медичні вироби відносять до потенційно небезпечних, тому є сферою законодавчого регулювання. Сьогодні в умовах глобалізації та світової економічної кризи суттєвими є питання якості і конкурентоспроможності окремого товару чи послуги, підприємства та галузі в цілому, держави. Підвищені вимоги споживачів до якості, великий вибір та вартість медичних виробів іноземного виробництва змушують шукати нові шляхи покращення якості вітчизняного виробника, який може успішно конкурувати з виробами іноземних фірм [1, с. 17].

Адаптуючи національну систему технічного регулювання до європейських вимог, в першу чергу, основну увагу слід сконцентрувати на впровадженні європейських директив, гармонізації національних стандартів з міжнародними та європейськими [2, с.80].

Слід зазначити, що основними нормативно-правовими актами в Україні, які регулюють обіг медичних виробів, є:

- Закон України «Про стандартизацію» від 04.11.2018 р. № 2581-VIII;
- Закон України «Про акредитацію органів з оцінки відповідності» від 17.05.2001 р. № 2407;
- Закон України «Про метрологію та метрологічну діяльність» від 01.05.2019 р. № 2189-VIII;
- Закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності» від 5.04.2007 р. № 877-V;
- Закон України від 15.01.15 р. № 124-VIII «Про технічні регламенти та оцінку відповідності»;
- Закон України «Про дозвільну систему у сфері господарської діяльності» від 06.09.2005 р. № 2806-IV.

Медичні вироби, що вводяться в обіг на ринок України, повинні відповідати вимогам зазначених нижче Технічних регламентів:

1. Технічний регламент щодо медичних виробів, затверджений Постановою КМУ №753 від 02.10.2013 (розроблений відповідно до Директиви від 14 липня 1993 р. 93/42/ЄС «Про медичні прилади»).

2. Технічний регламент щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*, затверджений постановою КМУ №754 від 02.10.2013 р. (розроблений відповідно до Директиви від 27 жовтня 1998 р. 98/79/ЄС «Про діагностичні медичні вироби *in vitro*»).

3. Технічний регламент щодо активних медичних виробів, що імплантують, затверджений Постановою КМУ №755 від 02.10.2013 (розроблений відповідно до Директиви від 20 червня 1990 р. 90/385/ЄС про наближення законодавства держав-членів щодо активних імплантованих медичних виробів).

Окрему увагу необхідно звернути на взаємодію у відносинах обігу медичних виробів і лікарських засобів. Постановою КМУ України від 11 червня 2008 р. «Про затвердження технічного регламенту щодо медичних виробів» передбачено особливості диференціації підходів у правовому регулюванні господарсько-правового статусу медичних виробів і лікарських засобів. Існують такі можливі варіанти: 1) якщо медичний виріб призначено для введення в організм людини лікарського засобу, то на нього поширюється дія Технічного регламенту щодо медичних виробів, Закону України «Про лікарські засоби» згідно з вимогами до лікарського засобу; 2) якщо лікарський засіб і медичний виріб становлять єдине ціле і медичний виріб непридатний для повторного використання, такий виріб є об'єктом регулювання Закону України «Про лікарські засоби», вимоги, передбачені Технічним регламентом щодо медичних виробів, поширюються на характеристики медичного виробу, що пов'язані з його безпекою та ефективністю; 3) якщо до складу медичного

виробу як невід’ємна частина входить засіб, який здатний чинити на організм людини допоміжну дію та у разі застосування розглядається як лікарський, такий медичний виріб має відповідати вимогам Технічного регламенту щодо медичних виробів. У першому випадку виріб медичного призначення та лікарський засіб комплектуються безпосередньо перед застосуванням, тому державним замовником закупаються окремо. Стосовно другого випадку мають місце умови, коли закупівля медичного виробу невідворотно передбачає закупівлю лікарського засобу, діяльність із реалізації останнього підлягає ліцензуванню. [3, с.192].

Сьогодні у сфері медичних виробів чинними є такі стандарти:

1. ДСТУ ISO 9001-2009 Системи управління якістю. Вимоги.
2. ДСТУ ISO 14001-2006 Системи екологічного керування. Вимоги та настанови щодо застосування.
3. ДСТУ ISO 13485-2005 Вироби медичні. Системи управління якістю. Вимоги щодо регулювання.
4. ДСТУ EN 980-2007 Символи графічні для маркування медичних виробів.
5. ДСТУ 14971-2009 Вироби медичні. Настанова щодо управління ризиком.
6. ДСТУ 4388-2005 Вироби медичні. Класифікація залежно від потенційного ризику застосування. Загальні вимоги [1].

Відповідність вимогам цим стандартам підтверджує відповідність певним суттєвим вимогам Технічного регламенту щодо медичних виробів, Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують, та Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*.

Органом державного ринкового нагляду є Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками постановою КМ України «Про деякі питання здійснення державного контролю якості лікарських засобів» від 03.02.2010 р. № 260.

У частині медичних виробів в країнах ЄС розроблені два регламенти Європейського парламенту:

1. Регламент (ЄС) 2017/745 Європейського парламенту та Ради від 5 квітня 2017 року «Про медичні вироби»
2. Регламент (ЄС) 2017/746 Європейського парламенту та Ради від 5 квітня 2017 року «Про медичні вироби для діагностики *in vitro*».

Однак, незважаючи на вищезазначені нормативні документи, питання правового регулювання в Україні медичних виробів залишається відкритим. На сьогоднішній день відсутня чітка класифікація медичних виробів, їх контроль якості та порядок ввезення, вивезення і утилізації. Залишається відкритим питання державної реєстрації медичних виробів та відповідальність за порушення вимог у сфері обігу медичних виробів та їх фальсифікація.

Таким чином, для повноцінного контролю над виробництвом, імпортом, експортом, технічними вимогами, якістю, обігом, використанням та іншими показниками необхідно врегулювати вітчизняне законодавство щодо медичних виробів в сфері охорони здоров'я України.

Список використаних джерел

1. Демчук Л.В. Забезпечення якості виробництва та обігу медичних виробів / Л. В. Демчук, Р. І. Байцар // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». – 2012. – № 741: Автоматика, вимірювання та керування. – С. 17–22.

2. Сучасні вимоги до сертифікації медичних виробів / Л.Е. Патіота, Т.Ф. Харченко, В. М. Левицька, О.А. Харченко, Т.В. Юрченко, Г.О. Денисенко // Сучасні проблеми токсикології, харчової та хімічної безпеки. – 2014. – № 1-2. – С. 80-83. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/spt_2014_1-2_11.

3. Олефір А. О. Вироби медичного призначення та медична техніка / А. О. Олефір // Вісник Національної юридичної академії України ім. Ярослава Мудрого. – 2011. – №5. – С. 189-197.

Сіделковський Олексій Леонович,
керівник клініки «Аксімед»,
кандидат медичних наук

ЄДИНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРОСТІР УКРАЇНИ: ІСТОРИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Реалії сьогодення засвідчують необхідність здійснення реформування сфери охорони здоров'я. Одним із елементів цієї реформи має стати формування єдиного медичного простору, - стану, за якого пацієнт за необхідності матиме об'єктивну можливість скористатись послугами державної, комунальної чи приватної систем охорони здоров'я за умови збереження встановлених чинним законодавством гарантій.

Якщо ж вести мову про історіографічні засади дослідження правових засад формування єдиного медичного простору України, то необхідно вказати на декілька важливих обставин:

- по-перше, сама сучасна постановка питання про єдиний медичний простір – це надбання останніх 8-10 років. До цього часу у такому форматі проблематику функціонального об'єднання різних систем охорони здоров'я фахівці на науковому рівні фактично не підіймали;

- по-друге, необхідно даний зріз правового регулювання медичної діяльності сприймати у розрізі адміністративно-правового забезпечення української охорони здоров'я, позаяк переважна більшість суспільних відносин, що при цьому виникає, - врегульовано саме нормами адміністративного права;

- по-третє, констатуємо значний вплив політичних факторів на ініціювання реформ у сфері охорони здоров'я. Зазвичай нові політичні сили, - переможці тих чи інших виборчих перегонів, намагаються запропонувати суспільству новий вектор розвитку організації охорони здоров'я, який, як правило, потребує свого належного юридичного унормування.

Вважаю за доцільне навести три приклади щодо оцінок перспективності створення єдиного медичного простору у нашій державі. Мова йде про 2011, 2013 та 2018 роки. Так, у 2011 році міністр охорони здоров'я України повідомив, що перша програма – це первинний рівень надання медичної допомоги. «Він фінансуватиметься з міського та районного бюджетів. Друга програма - вторинна медична допомога фінансуватиметься з обласного бюджету. Третя програма – це третинний рівень або високоспеціалізована професійна медична допомога, а також - екстрена медична допомога. Вони також фінансуватимуться з обласного бюджету», - зазначив О. Аніщенко. На його думку, впровадження такої системи дозволить широко застосовувати в країні принцип єдиного медичного простору» [1]. «Не буде грати ролі ні для

медпрацівників, ні для пацієнта адміністративний кордон. Незалежно від того, де живе людина, вона має право на медичну допомогу на всіх рівнях та екстрену допомогу", - сказав тоді О. Аніщенко.

«Цього року в Україні формуватимуть єдиний медичний простір» - саме так на розширеній колегії Міністерства охорони здоров'я України 2013 року ставилось питання про реформування медичної галузі. Це мало бути забезпечено за рахунок:

- продовження формування мережі первинної медичної допомоги на підставі нових стандартів: до кінця 2013 року планується створити ще 548 центрів ПМСД;

- подальша робота над формуванням інституту сімейної медицини та підвищенням кваліфікації сімейних лікарів: з метою зменшення кадрового дефіциту і зміцнення первинної ланки у 2013 році планується збільшити до 7,7 тис. держзамовлення на підготовку лікарів, перепідготувати за сучасними програмами понад 3 тис. сімейних лікарів з числа дільничних педіатрів і терапевтів;

- підвищення стандартів надання екстреної медичної допомоги: у цьому році планується оновлення медичного автотранспорту санітарними машинами марки В і С, забезпечення засобами зв'язку екстреної швидкої медичної допомоги та медицини катастроф;

- модернізація медичної допомоги вторинного рівня: визначення установ для створення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування з відділеннями екстреної медичної допомоги;

- формування електронних реєстрів пацієнтів [2].

І, насамкінець, у повідомленні засобів масової інформації 2018 року із гучною назвою «В Дніпрі створять єдиний медичний простір» зазначається, що повернення обласною радою Дніпру лікувальних закладів вторинної ланки допоможе формуванню в місті єдиного медичного простору. Як відомо, наприкінці червня Дніпропетровська обласна рада прийняла рішення про передачу Дніпру семи стоматологічних поліклінік. Загалом, область повернула до міста 21 лікувальний заклад, серед яких 9 лікарень та 5 поліклінік. Підкреслено, що ці рішення є відновленням історичної справедливості, адже всі ці заклади, розташовані на території міста, свого часу будувалися для дніпровців і належали територіальній громаді [3]. Справедливості заради вкажемо, що все ж таки на рівні одного міста якщо і можна говорити про єдиний медичний простір, то він носить певного роду умовний характер. Класично необхідно говорити про єдиний медичний простір як сукупність функціональних складових більш територіально масштабної одиниці.

Таким чином, ми бачимо, що створення єдиного медичного простору (незалежно від масштабів від району – області - держави) – це сучасно, модно,

це на часі. Проте зазвичай далі слів та промов раніше справа не йшла. На це були об'єктивні та суб'єктивні причини. Серед об'єктивних вкажемо наступні:

- попередні політичні аспекти (прагнення тих чи інших політичних сил завоювати симпатії виборців до процесу волевиявлення);

- поточні політичні аспекти (прагнення тих чи інших політичних сил, які завоювали певні місця у виборних органах, обійняли ти чи інші посади продемонструвати «схильність до реформ»);

- традиційно короткий період перебування на посаді очільників профільного міністерства охорони здоров'я України. Статистичні дані свідчать, що за роки незалежності в Україні сферою охорони здоров'я керували 20 (двадцять) міністрів. На переконання автора, за декілька місяців чи навіть 1-2 роки керування відомством дуже непросто ініціювати та провести реформу. Тим більше таку непросту, як створення єдиного медичного простору України;

- недостатні теоретичні напрацювання фахівців різних галузей знань (медики, юристи, економісти, фінансисти, державні управлінці тощо), які б розробили якісну модель єдиного медичного простору України.

Зараз же, на переконання автора, є всі підстави ставити питання про запровадження на рівні всієї держави єдиного медичного простору. З цією метою необхідно запропонувати адміністративно-правові механізми втілення цієї ідеї у життя. За таких умов принцип «гроші слідують за пацієнтом» набуде реальних практичних проявів.

Список використаних джерел:

1. Анищенко обещает единое медицинское пространство [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://from-ua.com/news/212438-anischenko-obeschaet-edinoe-medicinskoe-prostranstvo.html>

2. В этом году в Украине будут формировать единое медицинское пространство // Новости медицины и фармации. 2013. № 7. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/35876>

3. Днепре создадут единое медицинское пространство [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dnepr.comments.ua/news/2018/07/11/153057.html>

Сізінцова Юлія Юріївна,
доцент кафедри соціальної медицини організації
і управління охорони здоров'я та медико-
соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична
академія післядипломної освіти МОЗ України»,
кандидат юридичних наук, доцент, адвокат

ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ПРОФЕСІЙНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ

В 2018 році в Україні стартувала одна з головних реформ - медична, яка ґрунтується на потребах населення, тобто скерована на пацієнта, повагу його прав, реалізацію основних положень Конституції України щодо соціального захисту громадян. Соціально-економічні перетворення в країні загострили низку проблем в системі охорони здоров'я, у тому числі проблему професійної підготовки лікарів, підвищення рівня навчання управлінського персоналу. Незаперечним є те, що в умовах реформи та стану галузі, вивчення медичного права повинно бути обов'язковим для кожного фахівця сфери охорони здоров'я. Медична діяльність вже з самого початку містить ознаки непередбаченості процесів та ризику. При взаємовідносинах «лікар-пацієнт» виникають відношення, які потребують юридичного закріплення та нормативного врегулювання. Аналіз діючого законодавства доводить, що держава реалізує право захисту як пацієнтів так і медичних працівників від непередбачених випадків, несприятливих наслідків через встановлення відповідальності за певні дії чи бездіяльність. Так, під поняттям «Юридична відповідальність медичного працівника» розуміється – застосування до особи, яка вчинила правопорушення при виконанні професійних обов'язків у сфері медичної діяльності, заходів державного примусу, передбачених правовими нормами, які супроводжуються необхідністю для винного зазнати певних втрат особистого, організаційного та матеріального характеру [1, с. 536].

Чинне законодавство передбачає, якщо вина медичного працівника буде доведена в залі судового засідання, він може нести відповідальність за злочини передбачені Кримінальним кодексом України, а саме: ст. 130 «Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби», ст. 131 «Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби», ст. 132 «Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби», ст. 134 «Незаконне проведення абортів», ст. 136 «Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані», ст. 137 «Неналежне виконання обов'язків щодо охорони

життя та здоров'я дітей», ст. 138 «Незаконна лікувальна діяльність», ст. 139 «Ненадання допомоги хворому медичним працівником», ст. 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником», ст. 141 «Порушення прав пацієнта», ст. 142 « Незаконне проведення дослідів над людиною», ст. 143 « Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини», ст. 144 «Насильницьке донорство», ст. 145 «Незаконне розголошення лікарської таємниці» та інші статті за яких відповідальність настає на загальних підставах. До того ж головні лікарі, завідувачі відділеннями та інші особи, які наділені більшими повноваженнями підпадають під ряд інших статей, що стосуються зловживання службовим становищем ст. 364, службове підроблення ст. 366, службова недбалість ст. 367, одержання хабара ст. 368 КК України [2]. При настанні тяжких наслідків після наданого лікування, збирається комісія, у складі лікарів медичного закладу, де стався випадок. Безпосередньо долучається до проблеми Департамент охорони здоров'я, але склад таких комісій часто свідчить про відсутність об'єктивності в даному питанні. Всі члени комісій закладу охорони здоров'я є зацікавленими особами в тому, щоб не виявити в своїх діях, в діях колег, медичних працівників прогалин та «помилки». Внаслідок цього пацієнти вимушені звертатися до органів прокуратури та суду. Оцінка якості наданої медичної допомоги відбувається на підставі наказів МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28 вересня 2012 р. № 752 та від 5 лютого 2016р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування». Як зазначає відомий науковець, адвокат Сенюта І., ...«між двома даними документами є дисонанс з питання ієрархічності здійснення контролю якості, тобто спочатку проводиться КЕК (клініко-експертна комісія) області, а потім КЕК МОЗ. Всупереч цьому п. 8 Наказу № 752 передбачає здійснення клініко-експертної комісії МОЗ та/або управління охорони здоров'я. Тобто з цієї норми, як зазначає автор, виникає можливість оскарження дій безпосередньо у МОЗ України і відповідно проведення засідання КЕО саме даним органом. Всупереч цьому згідно листа Міністерства юстиції України № 758-0-2-08-19, у разі виявлення не узгодженостей між нормами виданими одним і тим самим нормотворчим органом, застосовується акт, виданий пізніше, навіть якщо прийнятий раніше акт не втратив своєї чинності» [3, С. 403].

Відносно питань настання юридичної відповідальності лікаря, а сьогодні завдяки засобам масової інформації не завжди об'єктивно досліджуються та викладаються матеріали справ, в яких відношення лікар-пацієнт набувають конфліктних ситуацій, при цьому медичним працівникам слід пам'ятати, що в державі існує поняття «презумпції невинуватості». Інформація, яка повністю впливає на вину або навпаки може спростувати всі звинувачення саме до

медичного працівника – є медична документація. До медичної документації можна віднести амбулаторні картки, історії хвороби, довідки, висновки та інші документи, які фіксують процес лікування. Всі ці документи в подальшому відіграють важливу роль і значення. Тому медичні працівники повинні сумлінно виконувати вимоги законодавства щодо заповнення документації, фіксування всієї необхідної інформації стосовно надання медичної допомоги пацієнтам. Обов'язковою умовою залишається обов'язок медичного працівника щодо зберігання лікарської таємниці. Виключно пацієнт та його законний представник мають право на медичну інформацію. Дане право реалізовано в ст.ст. 32, 34 Конституції України, ст. 285 Цивільного Кодексу, п. „е” ст. 6, 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Саме ця норма надає право на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, ознайомлення з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування. Звідси, реалізація наступних норм, а саме право на медичну таємницю (ст.ст. 32, 34 КУ, ст. 286 ЦК, ст.ст. 39-1, 40, п. „г” ст. 78 Основ, п. 3 ч. 1 Клятви), що покладає на медичних працівників та інших осіб, яким стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну та сімейну сторони життя пацієнта не розголошувати ці відомості.

Список використаних джерел:

1. Медико - правовий тлумачний словник / За ред. Сенюти І.Я.- Львів: вид-во ЛОБФ «Медицина і право». - 2010. – 540 с.
2. Кримінальний кодекс України, Верховна Рада України; Кодекс України, Закон, Кодекс від 13.04.2012 № 4651-VI [Електронний ресурс]. Режим доступу <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5076-17>: - Назва з екрану
3. Цивільно-правове регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги: питання теорії і практики: монографія/І.Я. Сенюта. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2018 – 640.

Соловйов Станіслав Павлович,
студент 5-го курсу І фармацевтичного
факультету ЗДМУ.
Гамбург Леонід Самойлович,
доцент кафедри управління і економіки
фармації, медичного та
фармацевтичного права ЗДМУ,
кандидат юридичних наук

ПРАВОВЕ ЗАПОБІГАННЯ ПОРУШЕНЬ УСТАНОВЛЕНИХ ПРАВИЛ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН, ЇХ АНАЛОГІВ АБО ПРЕКУРСОРІВ (СТАТТЯ 320 ККУ)

Вступ. Винаходження ефективних правових способів попередження порушень правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів є однією з найважливіших умов мінімізації злочинів проти здоров'я населення.

Мета дослідження. Визначення шляхів подальшого вдосконалення відповідного чинного законодавства задля усунення прогалин, приведення вітчизняних законів у відповідність з принципами та нормами міжнародно-правових актів, суттєвого корегування внутрішнього законодавства щодо запобігання незаконного виробництва, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів з метою та без мети їх збуту.

Матеріали та методи. Нормативно-правова база України. Діалектичний, системно-аналітичний, структурно-функціональний, формально-юридичний методи.

Отримані результати. Останнім часом поширились випадки використання для виготовлення наркотичних засобів і психотропних речовин медичних препаратів, які містять відповідні компоненти та вільно без рецепту реалізуються аптеками. Це зумовлено недосконалістю правової регламентації рецепторної видачі ліків, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини. Так, відомий випадок виготовлення кустарним способом за допомогою хімічної та термічної обробки лікарського засобу «Ефедрин», який призначений для лікування застуди і відпускався без рецепту, хоча є особливо небезпечним наркотичним засобом. При цьому встановлено, що дешевше самостійно виготовити наркотичний засіб або психотропну речовину з певних лікарських засобів, ніж придбати дорожчий наркотик, наприклад опій, у наркозбутників.

Однак, лише після десятирічного продажу ефедрину вдалося домогтися його реалізації за рецептами. Але на заміну ефедрину прийшли медичні

препарати «Ефект», «Колдак» тощо. Наркологи впевнені, що їх теж потрібно відпускати виключно за рецептами. Правоохоронці відмічають, що споживачами наркотичних засобів та психотропних речовин, отриманих з цих медичних препаратів, зараз в основному є підлітки та молодь.

Висновки. Вказане свідчить про недосконалість законодавства щодо нормування рецептурної видачі ліків, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини. До того ж ефективність методів контролю за тим, хто та які ліки придбаває та як їх використовує, уявляється недостатньою. Тому слід законодавчо закріпити медико-реабілітаційні обмежувальні заходи щодо надання медичної та психологічної допомоги певним особам з метою недопущення в них мотивації, спрямованої на подолання фізичного болю, психологічних навантажень, розладів психіки, зняття стресів за допомогою вживання наркотичних засобів. Така допомога повинна надаватися, наприклад, дільничними лікарями, чийм обов'язком є періодичні огляди мешканців тієї чи іншої адміністративно-територіальної ділянки та направлення у разі необхідності до відповідних спеціалістів (наркологів, психологів) осіб, які потребують професійної медичної допомоги. Подібна допомога за медичними показниками має бути своєчасною якісною безоплатною та гарантувати досягнення позитивного результату в лікуванні.

Тучков Сергій Сергійович,
суддя Комунарського районного суду
м. Запоріжжя, кандидат юридичних
наук

КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОЧИНІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО ВЧИНЯЮТЬСЯ МЕДИЧНИМИ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ

За найбільш серйозні порушення у медичній сфері передбачена кримінальна відповідальність. Серед науковців поширеною є точка зору щодо необхідності об'єднання більшості подібних злочинів в окремий розділ з огляду на специфічність суб'єкта злочину – медичний або фармацевтичний працівник і наявність спільного родового об'єкту. Подібна пропозиція є досить дискусійною, адже відповідні діяння можуть посягати на різні основні безпосередні об'єкти, які є складовими різних родових об'єктів. При цьому відносини у сфері охорони життя і здоров'я певної особи чи здоров'я населення від суспільно небезпечних діянь медичних або фармацевтичних працівників можуть виступати як основним так і додатковим безпосереднім об'єктом. І механічне об'єднання відповідних злочинних діянь в окремий розділ може внести плутанину в структуру Особливої частини КК. Однак, виходячи зі специфічності суб'єктного складу та сфери їх вчинення доцільним вбачається об'єднання відповідних злочинів задля їх більш детального вивчення.

В науці кримінального права точаться дискусії з приводу узагальнюючої назви злочинів даної категорії. Так, пропонується їх називати «злочинами у сфері охорони здоров'я», «злочинами у сфері медичного обслуговування», «злочинами у сфері медичної діяльності», «професійними медичними злочинами» тощо. Не вдаючись до детального аналізу плюсів та мінусів кожного із запропонованих варіантів (це не є предметом нашого дослідження) вбачається більш вдалим при опису відповідних злочинних діянь використовувати формулювання «злочини у сфері охорони здоров'я людини, що вчиняються медичними та фармацевтичними працівниками», адже це буде більш повно окреслювати можливу сферу їх вчинення і визначати їх суб'єктний склад.

Розглянемо об'єктивні ознаки злочинів у сфері медичної діяльності.

Відповідальність за вчинення злочинів даної категорії передбачена у різних розділах Особливої частини КК. З огляду на це мають певні особливості і безпосередні об'єкти злочинів у сфері медичної діяльності. Це може бути життя та здоров'я особи (ст.134 КК – незаконне проведення абортів або стерилізації, ст.139 КК – ненадання допомоги хворому медичним працівником, ст.141 КК – порушення прав пацієнта), здоров'я особи (ст.138 КК – незаконна лікувальна діяльність, ст.140 КК – неналежне виконання

професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником), встановлений порядок поводження з інформацією про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст.132 КК – розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби), воля, честь та гідність особи (ст.151 КК – незаконне поміщення в психіатричний заклад), встановлений порядок видачі рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (ст.319 КК – незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин), встановлений порядок складання та видачі офіційних документів (ст.366 КК – службове підроблення).

Обов'язковим елементом певних злочинів у сфері медичної діяльності є предмет злочину, під яким розуміють речі матеріального світу або нематеріальні об'єкти (наприклад, інформація) з приводу яких чи у зв'язку з якими вчиняється злочин. Це може бути, відомості про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст.132 КК), анатомічний матеріал людини при порушенні встановленого законом порядку трансплантації (ст.143 КК), рецепт на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (ст.319 КК), офіційний документ у разі вчинення службового підроблення (ст.366 КК).

Потерпілий від більшості злочинів даної групи може бути будь-яка фізична особа, яка звернулася за медичною або фармацевтичною допомогою. Це може бути пацієнт (ст.141 КК – порушення прав пацієнта), хворий (ст.139 КК – ненадання допомоги хворому медичним працівником, ст.140 КК – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником), вагітна жінка (ст.134 КК – незаконне проведення абортів або стерилізації), психічно здорова особа (ст.151 КК – незаконне поміщення в психіатричний заклад). В окремих кваліфікованих складах злочинів потерпілим є неповнолітня особа (ч.2 ст.137, ч.2 ст.140, ч.2 ст.142 КК). При цьому в кримінальному законі може бути як пряма вказівка на можливого потерпілого, так і витлумачуватися виходячи зі змісту об'єктивних ознак.

Відповідно до ст.3 Основ пацієнт це фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога. Слід зауважити, що для медичного працівника етичним є використання саме терміну пацієнт замість терміну хворий. В свою чергу в правовій науці поняття пацієнт є дещо ширшим за поняття хворого.

Об'єктивна сторона злочинів у сфері охорони здоров'я людини, що вчиняються медичними та фармацевтичними працівниками, майже у всіх складах злочинів виявляється у дії (розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст.132 КК), незаконне проведення

аборту або стерилізації (ст.134 КК), проведення клінічних випробувань лікарських засобів (ст.141 КК)). Більш рідше вчиняються у формі бездіяльності (ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником (ст.139 КК)).

Більшість складів злочинів за конструкцією об'єктивної сторони є злочинами із матеріальним складом, в яких суспільно небезпечні наслідки належать до обов'язкових ознак об'єктивної сторони. Іншими словами для наявності закінченого злочину необхідно встановлювати настання певних наслідків. Це може бути тяжкі наслідки для хворого (ст.ст. 138-140 КК), смерть пацієнта або інші тяжкі наслідки (ст.141 КК), небезпека для життя чи здоров'я людини (ч.1 ст.142 КК), істотна шкода здоров'ю потерпілого (ч.1 ст.137 КК), зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст.131 КК). З наведеного переліку можливих наслідків вбачається, що для їх опису доволі часто використовуються оціночні ознаки, такі як тяжкі наслідки, істотна шкода, небезпека. Встановлення їх змісту віднесено на розсуд правозастосовувача. Для приклада, під тяжкими наслідками в контексті ст.138 КК розуміють спричинення смерті, заподіяння тяжкого або середньої тяжкості тілесного ушкодження.

У формальних складах злочинів, на відміну від матеріальних, наслідки винесені за межі складу злочину, і злочин є закінченим з моменту вчинення злочинного діяння незалежно від настання наслідків. Формальним, наприклад, є склад злочину, передбачений ст.132 КК (закінчений з моменту розголошення відомостей).

В деяких складах злочинів зазначаються факультативні ознаки об'єктивної сторони. Так, у ч.2 ст.142 КК йдеться про обов'язковість встановлення способу вчинення злочину – примушування або обману при незаконному проведенні дослідів над людиною.

Далі проаналізуємо суб'єктивні ознаки злочинів у сфері охорони здоров'я людини, що вчиняються медичними та фармацевтичними працівниками.

Вже з назви цієї групи злочинів стає зрозумілим, що основним їх суб'єктом є медичний або фармацевтичний працівник. Деякі науковці відносять фармацевтичних працівників до медичних. Вбачається більш прийнятною позиція щодо їх самостійності, адже, відповідно до спеціального законодавства, а саме ст.78 Основ розмежовується поняття медичний та фармацевтичний працівники. Крім цього, аналіз законодавства дозволяє відмежовувати поняття медична та фармацевтична допомога. Звідси різняться соціальні призначення медичного і фармацевтичного працівників.

Коли йдеться про зловживання по службі медичних або фармацевтичних працівників, то суб'єктом злочину буде виступати службова особа. В такому випадку слід вести мову про службові злочини у сфері охорони здоров'я. Відповідальність за подібні злочинні діяння передбачена у розділі XVII Кримінального кодексу «Злочини у сфері службової діяльності та професійної

діяльності, пов'язаної з наданням публічних послуг». Нормативне визначення поняття «службова особа» міститься у примітці до ст. 364 КК.

Враховуючи наведене слід розмежовувати ситуації, коли лікар чи фармацевт виконують суцільно професійні функції (наприклад, лікар здійснює лікування пацієнта), та ситуації, коли вони виконують організаційно-розпорядчі або адміністративно-господарські обов'язки. І лише при зловживанні такими обов'язками можна вести мову про відповідальність медичних та фармацевтичних працівників за вчинення службових злочинів.

За суб'єктивною стороною злочини у сфері охорони здоров'я людини, що вчиняються медичними та фармацевтичними працівниками, можуть бути як умисними (ст.319 КК), так і необережними (ст.137 КК).

Доволі поширеною серед злочинів даної групи є так звана змішана форма вини, коли відношення до діяння є умисним, а по відношенню до наслідків необережним (ст.ст.138, 141 КК). Якщо ж відношення до наслідків було теж умисним, то вчинене слід кваліфікувати як умисний злочин проти життя та здоров'я особи.

Деякі склади злочинів у сфері медичної діяльності вимагають обов'язкового встановлення факультативних ознак суб'єктивної сторони. Так, в ст.318 КК обов'язковим є встановлення мотиву, а саме корисливого мотиву чи інших особистих інтересів.

Для кваліфікації дій винного за певною нормою, що передбачає відповідальність за злочини у сфері охорони здоров'я, необхідно встановити всю сукупність об'єктивних і суб'єктивних ознак відповідного складу злочину.

Вище проаналізовано діючі кримінально-правові норми, але якщо спробувати спрогнозувати подальший розвиток охоронювальних норм у сфері надання медичних послуг, то вбачається за можливе встановлення у найближчому майбутньому відповідних заборон у сфері генної інженерії, клонуванні, незаконного обігу органів і тканин ембріона людини. Можливий перелік відносин, що будуть потребувати охорони, не є вичерпним, і буде корегуватися залежно від напрямків розвитку медичної науки.

Також слід зазначити, що Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо спрощення досудового розслідування окремих категорій кримінальних правопорушень» від 22 листопада 2018 року в законодавство системно було введено поняття кримінального проступку. І якщо положення даного Закону України набудуть чинності з 01 січня 2020 року, то необхідно буде вже вести мову про характеристику кримінальних правопорушень (злочинів і проступків) у сфері охорони здоров'я.

Черніков Євген Едуардович,
прокурор відділу міжнародного
співробітництва та європейської
інтеграції Генеральної прокуратури
України

ІСТОРІЯ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОBOB'ЯЗКІВ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

Відповідальність за результати «терапії» (грец. *θεραπεία* – лікування, оздоровлення) з'явилася одночасно з першими медичними практиками. Регулювання правовідносин у цій сфері в кожній державі здійснювалось з огляду на закономірності її розвитку, а також економічні, політичні та соціальні фактори. Особливий інтерес, на нашу думку, викликає формування та розвиток інституту кримінальної відповідальності за неналежне виконання лікарем професійних обов'язків на теренах України.

Першим джерелом письмового права Київської Русі, у якому згадується медична діяльність, є Церковний Статут князя Володимира, який розмежував справи між світськими та церковними судами, а лікарів включив до складу церковного люду і піддав юрисдикції церковного суду.

Іншою важливою пам'яткою давньоруського права є збірка правових норм «Руська Правда», якою у т.ч. встановлено відповідальність за злочини проти життя та здоров'я особи. У статті 2 документу йдеться про право потерпілої від побиття особи отримати матеріальне відшкодування за завдану їй здоров'ю шкоду, а також вимагати у винної особи оплати послуг лікаря [1].

Деякі питання регламентації медичної діяльності можна також прослідкувати в Ізборнику чернігівського князя Святослава 1073 р.

Таким чином, медична діяльність у давньоруській державі вже була предметом правового регулювання, хоча говорити про широке застосування чітко встановленої кримінальної відповідальності лікарів за професійні злочини не можна.

У період перебування українських земель у складі Великого князівства Литовського та Речі Посполитої основними джерелами права були: правові звичаї, продовжувала діяти «Руська правда», Судебник 1468 р., Литовські статuti (1529, 1566 та 1588 рр.), «Устав на волоки» 1557 р., опрацюванням яких не виявлено спеціальних норм про притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності.

У Російській державі, до складу якої входили українські землі, Судебниками 1497 та 1550 рр., спеціальні норми щодо відповідальності лікарів не передбачалися.

Соборне уложення, прийняте у 1649 р., вже містить норму щодо відповідальності за заподіяння смерті внаслідок отруєння, що могла застосовуватися стосовно лікарів (ст. 23 Глави XXII) [2].

Модернізація суспільного життя в епоху Петра I суттєвим чином вплинула також і на сферу нормативно-правової регламентації лікувальної діяльності. Так, Статутом морським 1720 р. вперше введено в дію окрему спеціальну норму, якою передбачено відповідальність лікаря за неналежне виконання професійних обов'язків, що призвело до тяжких наслідків. Зокрема, статтею 9 глави десятої Книги III Статуту морського передбачено, що якщо лікар своїм нехтуванням і явним презирством до хворих вчинить, від чого їм бідство трапиться, то він, як злодеєтель покараний буде, ніби своїми руками його вбив, або який уд (застар. – частина тіла) відтяв. Зробить же лінню своєї, то знатним вирахуванням покараний буде, по важливості і вині дивлячись в суді [3, с. 96].

Подальші кроки до кримінально-правового врегулювання сфери надання медичної допомоги здійснено в Уложенні про покарання кримінальні та виправні 1845 р. Згаданий документ у наступних редакціях діяв до 1918 р. і передбачав відповідальність за найбільшу в історії вітчизняного кримінального права кількість кримінально караних діянь, спеціальним суб'єктом яких міг бути медичний працівник. Відділенням восьмим «О нарушеніи Уставовъ Врачебныхъ» Уложення передбачено низку складів злочинів у сфері медичної діяльності [4].

Так, ст. 1080 Уложення передбачено відповідальність лікаря, оператора, акушера або повитухи за неналежне виконання професійних обов'язків; ст. 1083 – відповідальність за шкоду, спричинену внаслідок невігластва осіб, що здійснювали щеплення від віспи. Ст.ст. 1084 – 1086 встановлювали відповідальність лікарів за бездіяльність, а саме – безпідставне ухилення від явки на виклик хворого або породіллі та ненадання відповідної медичної допомоги. Повитухи визнавалися єдиним спеціальним суб'єктом складів злочинів, передбачених ст.ст. 1089 – 1092 Уложення [4].

В Уложенні не залишено поза увагою також відповідальність фармацевтичних працівників різних категорій від керуючих аптеками до учнів, які є суб'єктами складів злочинів, передбачених ст.ст. 1094 – 1113, які здебільшого є формальними.

Поряд із Уложенням 1845 р. норми, які передбачали кримінальну відповідальність для медиків, містилися також у Військовому статуті про покарання, затвердженому імператором Олександром II у 1868 р.

Так, ст. 151 цього статуту до особливих видів перевищення та бездіяльності влади по службі віднесено невиконання заходів до охорони здоров'я нижніх чинів та до попередження розповсюдження серед них хвороб, особливо епідемічних, так само, як і відсутність належного піклування про

утримання хворих чи поранених [5, с. 33]. Крім того, ст. 219 передбачено відповідальність військово-медичних чинів за недбальство в «користуванні» хворих і поранених і взагалі у здійсненні обов'язків служби, або недотримання встановлених госпітальним статутом правил [5, с. 76].

Водночас, відповідальність військових медиків не обмежувалася лише нормами Військового статуту про покарання, згідно із ст. 223 якого військово-медичні та військово-фармацевтичні чини за порушення статутів лікарських підлягають покаранням, встановленим відповідними статтями Уложення про покарання кримінальні та виправні [5, с. 77].

Із розпадом Російської імперії численні державні утворення, що існували на території сучасної України з 1917 р. і до встановлення радянської влади, не створили власного кримінального законодавства та продовжували користуватися дореволюційним.

Першим радянським уніфікованим кримінальним законом, що діяв на території України, став Кримінальний кодекс УРСР 1922 р., який містив декілька норм, суб'єктом яких визнавалися медичні працівники. Зокрема, ст. 146 передбачала відповідальність за вчинення вигнання плода або штучного переривання вагітності [6, с. 480 – 481], ст. 165 КК УРСР кримінально караною визнавала ненадання допомоги хворому без поважних причин особою, зобов'язаною її надавати за законом або за встановленими правилами [6, с. 483 – 484]. Наступний Кримінальний кодекс УРСР 1927 р. містив майже аналогічні норми, встановлюючи відповідальність медичних працівників за: здійснення абортів поза лікарнями або іншими лікувальними закладами (ст. 143); ненадання або відмову у наданні допомоги хворому без поважних причин (ст. 160) [7, с. 350 – 353]. Кримінальний кодекс УРСР, прийнятий у 1960 р., фактично повторював положення попереднього кримінального законодавства, зберігши відповідальність за проведення абортів (ст. 109), а також неподання допомоги хворому особою медичного персоналу (ст. 113) [8].

Отже, кримінальна відповідальність суто за неналежне виконання професійних обов'язків медичними працівниками за радянський часів кримінальним законодавством не передбачувалася.

Із набуттям Україною незалежності законодавець знов звернув увагу на неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником, що знайшло своє втілення у положеннях ст. 140 чинного КК України, прийнятого у 2001 р.

Таким чином, можна дійти висновку, що вітчизняне кримінальне законодавство в частині відповідальності медичних працівників за неналежне виконання професійних обов'язків пройшло тривалий еволюційний шлях, а також поступову деталізацію такої відповідальності.

На наше глибоке переконання, враховуючи новий етап у розвитку української державності, історико-правовий аналіз кримінальної

відповідальності медичних працівників може відігравати суттєву роль у подальшому вдосконаленні кримінального закону в цілому та інституту відповідальності медичних працівників за неналежне виконання ними своїх професійних обов'язків зокрема.

Список використаних джерел

1. Pravda Ros'kaia Translated by Daniel H. Kaiser. [Електронний ресурс] – режим доступу: <http://web.grinnell.edu/individuals/kaiser/shrp.html>.
 2. Соборное уложение 1869 г. [Електронний ресурс] – режим доступу: <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/1649/22.htm/>.
 3. Книга Устав морской, о всем, что касается доброму управлению в бытности флота на море, 1780 г. [Електронний ресурс] – режим доступу: <https://elis.psu.ru/node/267424>.
 4. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных.- Спб, в типографии Собственной Его Величества Канцелярии, 1845 – 922 с.
 5. Военский Устав о наказаниях – Спб, в типографии Второго Отделения Собственной Е- И. В. Канцелярии, 1869 – 126 с.
 6. Михайленко П.П. Борьба с преступностью в Украинской ССР. В двух томах. Том первый 1917-1925/ П.П. Михайленко. – Киев, 1966 – 830 с.
 7. Михайленко П.П. Борьба с преступностью в Украинской ССР. В двух томах. Том второй 1926-1967/ П.П. Михайленко. – Киев, 1967 – 952 с.
- Кримінальний кодекс УРСР, 1960 р. [Електронний ресурс] – режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2001-05/print>

Чечерський Віктор Іванович,
прокурор відділу Генеральної
прокуратури України м. Київ,
кандидат юридичних наук, доцент,
Почесний працівник прокуратури

СПІВВІДНОШЕННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ВІДТВОРЕННЯ З ПРАВОМ НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

При будь-якому демократичному устрої права і свободи людини та громадянина, а також її обов'язки складають найважливіший соціальний і політико-юридичний інститут, об'єктивно виступають мірилом досягнень даного суспільства, показником його зрілості, цивілізованості.

Права людини органічно вплетені в суспільні відносини, вони є формою взаємодії людей, упорядкування їх зв'язків, координації їх вчинків і діяльності, запобігання протиріч, протиборства, конфліктів. За своєю суттю вони нормативно формулюють ті умови і способи життєдіяльності людей, які об'єктивно необхідні для забезпечення нормального функціонування індивіда, суспільства, держави [1, с. 16].

Врегульовані складним комплексом біологічних, психологічних, духовних і соціальних законів, репродуктивні процеси завжди викликали інтерес до їх дослідження. На сьогодні одним із актуальних постає питання необхідності правового врегулювання даного феномена з урахуванням розвитку технологій та формування нової об'єктивної дійсності. Все більше в правовій науці зустрічається термін «репродуктивні права», який перш за все пов'язаний з правом людини на відтворення собі подібних.

Необхідно зазначити, що багато дослідників не виділяють окремо репродуктивні права, тим більше право людини на репродуктивне відтворення, а вважають їх (його) складовою іншого особистого немайнового права, передусім права на охорону здоров'я.

У законодавстві України немає поняття «право на здоров'я», але використовуються інші терміни, зокрема «право на охорону здоров'я» та «здоров'я». У статті 2 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» міститься наступне визначення здоров'я – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад [2].

У науковій літературі висловлена думка, що репродуктивним правам, у тому числі і праву людини на репродуктивне відтворення, більшою мірою притаманна природа саме особистого немайнового права фізичної особи на здоров'я, невід'ємним елементом якого вони виступають.

Наприклад, Л. Красавчикова притримується думки, що репродуктивні права мають похідний характер від права на охорону здоров'я, під якою вона розуміє сукупність юридичних норм, які покликані забезпечити нормальну життєдіяльність людини, її фізичне і психічне благополуччя. Підтримує цю позицію і О. Хазова. Зокрема, вона вважає, що репродуктивні права включають у себе передбачені у Пекінській платформі дій повноваження та знаходять своє втілення у праві на недоторканість приватного життя, на отримання інформації та у праві на охорону здоров'я [3, с. 105].

Як складову права на охорону здоров'я розглядають репродуктивні права і М.М. Малєїна, А.П. Головащук [4], Н. Тюхтій [5], Е.Е. Мухамєдова [6] тощо.

Одним з головних доводів в обґрунтування цього підходу є те, що здійснення репродуктивних можливостей відбувається в межах реалізації особистого немайнового права на здоров'я кожної фізичної особи.

Наприклад, на думку Е.Е. Мухамєдової до структури такої комплексної категорії «здоров'я» належать й складові, що сприяють реалізації репродуктивних можливостей особи як у сфері її біологічного існування, так і у сфері забезпечення її духовного і соціального буття. Тому їх розгляд та розуміння сутності більш доцільним уявляється саме в контексті права людини на здоров'я [6, с. 138].

У свою чергу, Г.Б. Романовський вважає, що таке сприйняття репродуктивних прав є досить обмеженим і розглядає репродуктивне право ширше, ніж різновид права на охорону здоров'я. Правильним він вважає розуміння репродуктивних повноважень як забезпечення права на життя і їх «реліктовою природою» буде саме право на життя [7, с. 133].

Ми не можемо підтримати жодну із зазначених точок зору і не тільки тому, що право людини на репродуктивне відтворення має інший об'єкт і предмет правового регулювання у порівнянні із згаданими правами.

Як вказує Р.О. Стефанчук репродуктивні права беззаперечно є комплексною сукупністю можливостей фізичної особи, що спрямовані на забезпечення святої місії людини – відтворення собі подібних. Однак розуміння репродуктивних прав виключно як складової права на охорону здоров'я також вважаємо доволі вузьким розумінням, оскільки цим правам властива і низка позитивних повноважень [8, с. 68].

Крім того, прихильники цього підходу акцентують увагу саме на функції відтворення собі подібних, тобто репродуктивних можливостях, іншими словами повноваженнях позитивного характеру у репродуктивній сфері. Так, Н. Тюхтій розглядаючи механізм здійснення права на здоров'я, вважає за доцільне вирізняти такі способи реалізації прав у цій сфері: а) звернення за медичною допомогою; б) відмова від надання медичної допомоги; в) штучне переривання вагітності [5, с. 72]. Однак, яким чином буде співвідноситися

право на охорону здоров'я нефертильної особи з правом на репродуктивне відтворення (чи, як зазначає цей автор - репродуктивними правами), якщо вона не бажає мати генетично рідних дітей та притримується ідей child-free?

Інша справа у тому, що право на репродуктивне відтворення можна розглядати через призму охорони здоров'я, оскільки за відсутності репродуктивного здоров'я, зокрема фертильності, не можна реалізувати і право на репродуктивне відтворення. Необхідно зауважити, ВООЗ розглядає проблематику охорони здоров'я значно ширше і охоплює не тільки безпосередньо стан репродуктивного здоров'я конкретного індивіда.

Зокрема нею виділено три тематичні розділи репродуктивного здоров'я для операційних цілей:

- умови проживання (у тому числі, якість медичного обслуговування і пов'язане з цим благополуччя);
- підходи (керівні принципи, законодавство, взаємозв'язок);
- послуги з охорони здоров'я (забезпечення послуг, доступність до них та їх використання у контексті первинної медичної допомоги).

Отже для моніторингу ступеню забезпечення здоров'я, у даному випадку репродуктивного, необхідно відстежувати не тільки результати його стану, але і досліджувати детермінанти здоров'я у процесі інформованого розроблення відповідних програм [9].

Не можна залишити поза увагою й ті відмінності, які лежать у первинній основі зазначених прав. Якщо у праві людини на охорону здоров'я, як і у праві на життя, перш за все основою є вроджена потреба виживання (самозбереження), то у праві на репродуктивне відтворення – вроджена потреба продовження роду.

Отже, право на продовження роду не можна ототожнювати чи вважати складовою інших особистих прав, які хоча і мають спільні корені або взаємопов'язані, проте мають різний зміст та призначення.

У зв'язку з цим вважаємо, що право людини на репродуктивне відтворення слід розглядати як фундаментальне відокремлене особисте немайнове право фізичної особи, що забезпечує її природне існування.

Список використаних джерел

1. Соловьев Е.Г. Репродуктивные права как элементы конституционных прав и свобод человека и гражданина: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.02 / Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования филиал «Московского государственного открытого университета» в г. Кропоткине. Владикавказ, 2010. 182 с.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

3. Длугопольська Т.І. Правова природа репродуктивних прав фізичних осіб. *Актуальні проблеми правознавства*. 2016. Випуск №6. С. 103-107. URL: <http://appj.tneu.edu.ua/index.php/appj/article/viewFile/57/57> (дата звернення 03.05.2019)
4. Головащук А.П. Місце репродуктивних прав у системі особистих немайнових прав фізичних осіб. *Юридичні наукові дискусії як фактор сталого розвитку правової доктрини та законодавства: матеріали міжнар. наук.-практ. конф.* (Київ, 8-9 квіт. 2016 р.). К.: Центр правових наукових досліджень, 2016. С. 29-32.
5. Тюхтій Н. Репродуктивні особисті немайнові права фізичних осіб. *Юридична Україна*. Київ, 2013. №6. С. 70-75.
6. Мухамедова Е.Е. Репродуктивні права фізичної особи в системі особистих немайнових прав. *Вчені записки Таврійського нац. ун-ту ім. В.І. Вернадського. Серія: Юридичні науки*. Київ, 2012. №22. Том 25 (64). С. 136-141.
7. Романовский Г.Б. Гносеология права на жизнь: монография. СПб, Юридический центр Пресс, 2003. 368 с. URL: <http://testlib.meta.ua/book/330298/read/> (дата звернення 07.03.2019).
8. Стефанчук Р.О. Поняття, система, особливості здійснення і захисту репродуктивних прав фізичної особи. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. Хмельницький, 2004. № 1-2. С. 66-72.
9. National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health : conceptual and practical considerations and related indicators -- report of a WHO/UNFPA Technical Consultation, 13–15 March 2007, Geneva URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/9789244596838/> ru/ (дата звернення 02.05.2019)

Яценко Олег Вадимович,
асистент кафедри внутрішніх хвороб №3
Запорізького державного медичного університету
Шехунова Ірина Олександрівна,
доцент кафедри кардіології ДЗ «Запорізька
медична академія післядипломної освіти МОЗ
України», кандидат медичних наук, доцент
Герасименко Лариса Вікторівна,
доцент кафедри кардіології ДЗ «Запорізька
медична академія післядипломної освіти МОЗ
України», кандидат медичних наук, доцент
Любітов Дмитро Юрійович,
лікар кардіологічного відділення «Кам'янська
міська лікарня швидкої медичної допомоги»

ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ТА ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТА В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Ініціатива створення системи електронних медичних карток пацієнта, введення електронних історій хвороби у лікарнях, та запровадження електронних рецептів на придбання чи отримання ліків, диктує свої умови для створення безпечної та захищеної бази даних для збереження медичної документації про стан здоров'я населення України.

Згідно зі ст. 39-1 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

Поняття лікарської таємниці сформульовано в статті 40. Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. А при використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Враховуючи всі перераховані вище права пацієнта необхідно розробити та поступово створювати єдину базу даних в межах країни, з потужним центром обслуговування та сервером, який буде підтримувати роботу on-line

у режимі 24/7 для швидкого та простого доступу до медичної інформації, при необхідності надання медичної допомоги в ургентному чи плановому порядку. Для забезпечення конфіденційності зберігання та відтворення інформації необхідне створення відділу кібер-безпеки який буде займатися захистом електронних даних та своєчасно реагувати на можливі спроби злому серверів.

Щодо матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я – необхідно забезпечити комп'ютерними ресурсами лікувальні заклади, які також будуть обладнані системами захисту від копіювання, вірусних атак чи кібер-атак для забезпечення безпечного введення та відтворення медичної інформації про стан здоров'я пацієнтів.

Такі суттєві кроки необхідні враховуючи серйозність дотримання прав пацієнтів та ступінь відповідальності за розголошення лікарської таємниці. За незаконне розголошення лікарської таємниці встановлена кримінальна відповідальність (ст. 145 КК). Так, умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, – карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років. Поняття «розголошення» - означає усну чи письмову розповідь стороннім особам про зміст документів, що містять лікарську таємницю, відповідні публікації у пресі та інше віддання гласності певних відомостей.

Окремий сегмент роботи центральних серверів повинний займати розділ зі збереження рецептів на ліки. Створення доступу для фармацевтичної галузі, зокрема аптекам, та доступу власне пацієнтам до електронних рецептів, також повинні мати належний рівень захисту та конфіденційності.

Можна зробити висновок, що для забезпечення надійної та якісної роботи та впровадження новітніх технологій при здійсненні медичної реформи, необхідно створити центральні структури зберігання та захисту медичної інформації, покращити матеріально-технічну базу лікувальних та фармацевтичних закладів. Ці кроки необхідні задля дотримання прав та свобод як пацієнтів так медичних і фармацевтичних працівників в умовах сучасної медичної реформи.

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

**ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО - ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
(м. Запоріжжя, 23 травня 2019 року)

За загальною редакцією ректора Запорізького державного медичного університету,
доктора медичних наук, професора,
Заслуженого діяча науки і техніки України
Колесника Юрія Михайловича

Підписано до друку 14.05.2018 р.
Папір офсетний. Друк - ризограф.
Умов. друк. арк. 6,8
Наклад 50 прим. Зам. № 8350.
Оригінал-макет виконаний в ЦВЗ ЗДМУ
69035, г. Запоріжжя, пр-т Маяковського 26,
тел. (061) 239-33-01

Видавництво ЗДМУ
69035, Запоріжжя, пр. Маяковського, 26