

БУЛЕЦА СІБІЛЛА БОГДАНІВНА

доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри цивільного права та процесу ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ НЕПОВНОЛІТНІХ І ТРАНСГЕНДЕРНИХ ДІТЕЙ ПРИ ОТРИМАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

«Права є ілюзією, якщо власник прав не знає, що вони існують».

Роджер Уортінгтон

«Ніщо не змінює людей так, як космос і пубертатний вік».

Любен Ділов

З позицій судової практики й теорії та з урахуванням досвіду іноземних держав досліджено проблеми, які виникають при реалізації права на медичну допомогу неповнолітніх і трансгендерних дітей. Обґрунтовано необхідність збільшення віку до 16 років неповнолітніх дітей при самостійному зверненні за отриманням медичної допомоги. Проаналізовано права трансгендерних дітей, виокремлено їхні права на отримання медичної допомоги. Участь дітей і підлітків (10–18 років) в ухваленні медичних рішень повинна бути пропорційною ступеню їхнього розвитку, що дасть їм можливість зрозуміти суть і наслідки медичної проблеми, оцінити передбачувані ризики та переваги лікування. Запропоновано зміни до законодавства стосовно права на медичну допомогу дитини.

Ключові слова: неповнолітній, дитина, медична допомога, трансгендер, вік

Реформа системи охорони здоров'я, яку зараз впроваджує команда МОЗ України, передбачає доступність якісної медичної допомоги для всіх громадян, у тому числі для дітей. Якісні послуги мають бути однаково доступні на всіх рівнях медичної допомоги: в сімейного лікаря, у вузькопрофільного

спеціаліста, при лікуванні у стаціонарі, при оперативних втручаннях, під час отримання екстреної допомоги, при проходженні реабілітації чи паліативної допомоги. Право на медичну допомогу, вибір методів лікування та згоду на медичне втручання є одним із основних прав людини. Але не всі права дорослих можуть бути поширені на дітей. Щоб належним чином розв'язати правові колізії, які виникають при медичному обслуговуванні дітей, необхідно комплексно враховувати міжнародно-правові стандарти, законодавство та судову практику України.

Однією з актуальних проблем сфери надання медичної допомоги є проблема визначення віку, з якого неповнолітня дитина має право на надання їй медичної допомоги. Попри те що цей вік нормативно визначений у ч. 2. ст. 284 Цивільного кодексу України (далі – ЦКУ), на практиці його визначення залишається спірним, оскільки до закладу охорони здоров'я дитина 14–16 років звертається з батьками, а не самостійно. Будь-яка дитина (в тому числі трансгендерна) є пацієнтом з моменту звернення до лікаря чи закладу охорони здоров'я. Однак, згідно з ч. 2–3 ст. 284 ЦКУ, фізична особа, яка досягла віку 14 років і звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, провадиться за її згодою. Постає запитання: як часто на практиці діти у 14 років обирають самостійно лікаря чи методи лікування?

Права дітей на отримання медичної допомоги обговорюють як теоретики, так і практики, про що свідчать публікації Р. Гревцової, О. Кашинцевої, О. Пунди, І. Сенюти, Р. Стефанчука, С. Стеценка та інших. Однак деякі проблеми, які супроводжують реалізацію прав дітей на отримання медичної допомоги з 14 років та права трансгендерних дітей, вимагають глибшого дослідження.

Мета цієї статті – дослідити з точки зору судової практики та теорії проблеми, які виникають при реалізації права на медичну допомогу неповнолітніх і трансгендерних дітей, тобто коли гендерна ідентичність людини не збігається зі статтю, встановленою при народженні, і є підстави стверджувати, що така людина належить до трансгендерів.

Надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, провадиться за її згодою (ст. 284 ЦКУ). Отже, поки дитина не досягла 14 років питання про медичну допомогу вирішують її законні представники, а після 14 років достатньо згоди самого неповнолітнього пацієнта. Пропонується навіть надати право висловлювати свої погляди щодо згоди на медичне втручання чи відмову від нього пацієнтам з 12-річного віку та зобов'язати законних представників і лікарів враховувати їх, а також чітко визначити в ст. 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи), що медичне втручання неповнолітнім у віці від 14 до 18 років провадиться за спільної згоди неповнолітнього та його законних представників, якщо інше не передбачено законодавством [1, с. 215]. Однак, враховуючи, що дитині взагалі не властиве

бажання лікуватися, можна передбачити, що її думка в разі хвороби буде однозначною: не втручатися, не лікуватися. У таких випадках потрібно переконувати, що лікування поліпшить стан здоров'я дитини, що це в її інтересах, але тоді це вже не буде об'єктивне бажання і воля дитина, згоду буде надано під примусом батьків, лікарів тощо.

Відповідно до ч. 5 ст. 43 Основ, якщо законний представник пацієнта відмовляється від медичної допомоги пацієнтові і така відмова може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки й піклування. Отже, за таких умов, окрім згоди самого неповнолітнього пацієнта лікар повинен отримати від законного представника пацієнта письмову відмову від медичного втручання та повідомити відповідні органи опіки й піклування.

Зазначимо, що через особливу складність медичної допомоги (послуги – пластична хірургія) і можливі незворотні наслідки надання медичної допомоги (послуги) заборонити без письмової згоди законних представників вчиняти маніпуляції стосовно неповнолітнього і внести зміни до ст. 32 ЦКУ через відсутність письмової згоди законних представників при звертанні за отриманням медичної допомоги (послуги) є підставою для відмови у наданні медичної допомоги (послуги) [9, с. 89]. Це підтверджується і практикою Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ). Так, у справі «N. V. Slovakia» [10] ЄСПЛ визнав незаконним медичне втручання, проведене без згоди законного представника (матері), посилаючись на власну практику (справа «Pretty v. the United Kingdom» [11]) і стверджуючи, що навіть ведення медичне лікування без згоди розумово компетентної дорослої людини є порушенням її фізичної недоторканності, не кажучи про дитину. Статус дітей потребує ретельного розгляду, оскільки діти, як правило, повинні покладатися на інших осіб при представленні своїх потреб та інтересів і можуть не досягти віку або здатності вирішувати які-небудь питання від свого імені в реальності (справа «Ms. A. K. and L. v. Croatia» [12]).

Регламентована законодавством України правова конструкція інформованої добровільної згоди дитини у правовідносинах з надання їй медичної допомоги складається з таких положень:

1. Інформовану добровільну згоду на медичну допомогу дитині у віці до 14 років повинні надавати батьки або інші особи, які їх замінюють, відповідно до закону, тобто тільки вони ставлять підпис під відповідними документами.

2. З досягненням віку 14 років неповнолітній отримує, поміж інших, право на інформовану згоду на медичне втручання. Відповідна письмова згода повинна бути засвідчена підписом дитини.

Положення, які стосуються надання інформованої згоди на медичне втручання неповнолітньою особою віком від 14 років, у цивільному законодавстві України є суперечливими: з одного боку, законодавець надав таким особам право на згоду на медичне втручання, з іншого – позбавив прав на

інформацію щодо стану свого здоров'я та на відмову від медичного втручання. Подолати цю суперечність можна, послідовно «прив'язавши» вік неповнолітнього пацієнта до визначеного обсягу його правоздатності в контексті надання медичної допомоги, і, на мою думку, таким має бути вік 16 років.

Суперечливі трактування породжують також положення про право дитини на вибір лікаря та отримання інформації про стан здоров'я. Стаття 38 Основ надає право з 14 років на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій, а ст. 39 Основ надає право на повну інформацію про стан свого здоров'я лише повнолітнім. Цю правову колізію науковці пропонують усунути шляхом внесення змін до ст. 39 Основ, зазначивши: «Пацієнт, який досяг чотирнадцяти років, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я» [2, с. 89]. Погоджувачись з цією пропозицією, все ж вважаємо, що це право має виникати з 16 років.

Щоб обґрунтувати положення про те, що дитина в 14 років не може ухвалювати виважені рішення при зверненні до лікаря та обирати методи лікування, звернімося до медичної психології, психіатрії.

Психіатрію підліткового віку нині практично виділено в окремий розділ психічної патології, що зумовлено особливостями проблем підлітково-юнацького віку й обґрунтовано наукою [3, с. 109; 4, с. 13; 5; 6, с. 34; 7].

Загалом підлітковий вік пов'язаний з перебудовою організму дитини – статевим дозріванням. Останній аспект визначається на основі поняття пубертатності (від лат. *pubeszere* – *покриття волоссям*). Пубертатний період – це стадія, коли людина досягає статевого дозрівання. Лінії психічного і фізіологічного розвитку не йдуть паралельно, через що індивідуальні межі вступу в пубертат значно варіюють: одні діти вступають у пубертатний період раніше, інші – пізніше.

Правове становище неповнолітніх визначається з урахуванням їхньої природної вікової психічної, соціальної та інтелектуальної незрілості, недостатності правових знань і вміння ними користуватися, незрілості вольових функцій і несформованості критичних здатностей.

Навіть за формального розуміння караності тих чи інших дій та усвідомлення узаконених норм поведінки здатності критично оцінювати ситуацію та поводитися відповідно виявляється недостатньо. Незрілість вольових функцій з характерними явищами навіюваності підвищує ризик випадкових рішень, продиктованих негайними бажаннями. Основні структурні та функціональні зміни в головному мозку завершуються до 14 років, коли він набуває свого остаточного об'єму і маси. Співвідношення ж між сірою речовиною та нейронами сягає свого остаточного рівня приблизно у 18 років [8].

У період пубертатної кризи психічний інфантилізм виступає у двох формах:

- 1) як етап його вікової динаміки, якщо він виявляється з дитинства;
- 2) як «кризовий» варіант, коли є результатом асинхронного перебігу пубертату.

Плавне поліпшення мозкових процесів у підлітків порушується зі вступом у період статевого дозрівання: у дівчаток в 11–13 років, у хлопчиків у 13–15 років. Цей період характеризується ослабленням гальмівних впливів кори і «буйством» підкірки, що часто викликає сильне збудження по всій корі та посилення емоційних реакцій у підлітків. Пожвавлюється активність симпатичного відділу нервової системи, збільшується концентрація адреналіну в крові, погіршується кровопостачання мозку.

У медичному праві Англії дітей у віці 16 років і більше називають Gillick-компетентними. Цей термін використовують при вирішенні питання; чи може дитина, молодша 16 років, дати згоду на медичну допомогу без дозволу батьків. Стандарт, заснований на рішенні Палати лордів у справі Гіллік і Уест Норфолк і Вісбех району Управління охорони здоров'я (1985) [13, с. 75], є обов'язковим в Англії та Уельсі, він також схвалений в Австралії, Канаді та Новій Зеландії. Аналогічні положення містяться у праві Шотландії.

Gillick-компетентною є молода людина, яка розуміє проблеми та наслідки конкретного рішення; розуміє ризики і переваги лікування; розуміє наслідки відмови від лікування; розуміє альтернативні варіанти; розуміє наслідки для сім'ї; спроможна зберегти (запам'ятати) інформацію; здатна зважити всі «за» і «проти»; здатна висловити й обґрунтувати свої побажання [14, с. 101].

Міністерство охорони здоров'я України також ініціювало зміни, що стосуються прав підлітків на медичну таємницю. Зокрема, пропонується, що з 16 років підлітки матимуть право на медичну таємницю, а батьки матимуть доступ до неї тільки за згодою дитини [15], тобто право на медичну таємницю виникатиме з 16 років, а право на медичну допомогу – з 14 років. Ці особисті немайнові права пов'язані між собою, а тому розривати їх не можна.

Наприклад, ст. 8 Закону про реформу сімейного права (Family Law Reform Act 1969) Великої Британії [16], передбачає, що згода дитини в 16 років визнана згодою дорослого-повнолітнього.

У Норвегії, як і в більшості західних країн, батьки залишаються представниками своїх дітей, допоки їхні діти не зможуть повністю представити себе [17]. Батьки дають згоду на медичні огляди та лікування від імені своєї дитини до 16 років. Окрім того, батьки мають законне право брати участь у медичних оглядах з метою організації охорони здоров'я дитини. Це означає, що батьки мають можливість бути залученими до надання медичної допомоги та слідкувати за обстеженням і лікуванням дитини [18]. Батьки найкраще знають свою дитину, а тому вони є важливими помічниками у здійсненні охорони здоров'я дітей [19], їхня участь у цьому процесі сприяє індивідуальній адаптації дітей і поліпшенню якості медичного догляду за дітьми.

У десятиох провінціях і трьох територіях Канади вік, з якого виникає право неповнолітніх на медичну допомогу, визначається по-різному. Наприклад, на територіях Юкон, Східно-Західній і Нунавут право на медичну допомогу виникає з досягненням повноліття, з 19 років, в інших провінціях – з 18 або 16 років, якщо вони можуть погодитись на медичне лікування і здатні зрозуміти природу та наслідки лікування, а їхнє рішення не суперечить власним інтересам, здоров'ю та добробуту [20].

Тільки у Квебеку (ст. 14–18 Цивільного кодексу [21]) дітям віком від 14 до 17 років дозволено самотійно ухвалювати рішення про медичну допомогу, необхідну для їхнього здоров'я. Ця угода юридично називається «згода». Але це правило має виняток: дозвіл батьків або вихователя дитини вимагається, якщо медична послуга спричиняє серйозний ризик для здоров'я і може спричинити серйозні та постійні побічні наслідки. Наприклад, 14-річна дівчина потребує дозволу батьків на пластичну операцію на носі з немедичних причин. Хірургічне втручання не є необхідним для її самопочуття, воно спричиняє серйозний ризик для її здоров'я і може спричинити серйозні та постійні побічні наслідки. Єдиним фактором, який батькам або вихователям дитини віком від 14 до 17 років необхідно враховувати при ухваленні рішення про стан здоров'я дитини, є її інтереси. Вони також повинні максимально враховувати побажання дитини. Дитина від 14 до 17 років може відмовитися від будь-якого виду медичної допомоги: необхідної чи не необхідної для здоров'я дитини. Однак якщо батьки або вихователі дитини не згодні з відмовою і хочуть, щоб дитина все одно отримала допомогу, їм потрібен дозвіл судді. Зауважмо, що аборт зазвичай вважається доглядом, необхідним для здоров'я людини. Отже, якщо 14-річна дівчинка хоче зробити аборт, то дозволу батьків вона не потребує. Батьків або опікунів дітей від 14 до 17 років не повідомляють, коли ці діти отримують медичну допомогу. Але з цього правила також є виняток: якщо дитині доведеться провести у закладі охорони здоров'я чи в соціальній службі більше ніж 12 годин, батьків чи опікунів повідомлять, що дитину прийняли до закладу [22].

Наприклад, у справі «P. and S. v. Poland» [23] 14-річна вагітна хотіла залишити дитину, а мати була проти цього, посилаючись на те, що дитина перебуває на її утриманні. ЄСПЛ зазначив, що в цьому випадку, незважаючи на автономію неповнолітньої у репродуктивній сфері, необхідно враховувати інтереси матері та емоційний сімейний зв'язок між матір'ю та дочкою. ЄСПЛ також зазначив, що з метою найкращого забезпечення інтересів неповнолітньої необхідно вислухати обидві сторони, врахувати їхні позиції, забезпечивши механізм для консультування та примирення суперечливих поглядів.

У трактуванні репродуктивної свободи неповнолітніх заслугове на увагу позиція Фінляндії [24]. Уряд країни з 2017 р. заборонив надання згоди на ранні шлюби з причини вагітності. Таке рішення було зумовлене тим, що підлітки, яким кортіло повноцінно розпочати «доросле життя»,

одружитися, обирали підставою ранню вагітність, не усвідомлюючи при цьому наслідків таких дій для себе й дитини.

Протягом останнього десятиліття дедалі більше дітей і підлітків ідентифікуються як трансгендерні та гендерно різноманітні (transgender and gender diverse – TGD). Часто вони та їхні батьки спочатку звертаються до педіатра первинної медичної допомоги за порадою та підтримкою.

У деяких школах Великої Британії, крім гендерно нейтральних вбиралень (що, до речі, було негативно сприйнято як самими школярами, так і їхніми батьками та педагогами), при школах почали діяти педіатри, які допомагали школярам визначитися зі своєю статтю.

У 2018 р. Американська академія педіатрії (AAP) оприлюднила політичну заяву, присвячену питанням охорони здоров'я молоді з TGD. AAP у заяві визнано, що багатьом педіатрам бракує знань у цій сфері, і тому потрібно поглиблювати знання, щоб бути готовими надати медично компетентну допомогу.

Більшість осіб, які належать до сексуальних і гендерних меншин, здорові та позитивно налаштовані, однак деякі з них перебувають під загрозою підвищеного ризику розвитку психічного здоров'я, включаючи тривожність, депресію, зловживання наркотичними речовинами, порушення харчування та суїцидальність, що можуть бути наслідками пережитої або інтерналізованої маргіналізації, стигматизації, віктимізації, домагань чи відторгнень, а не гендерної дисфорії чи трансгендерства.

Педіатр повинен володіти знаннями та вмінням виявляти відхилення у здоров'ї, а також вміти довірливо підтримати особу, щоб вона розповіла про свій гендерний статус під час лікування. Батьки та опікуни дитини, яка виявляє гендерну невідповідну поведінку або гендерну дисфору, також можуть звернутися за порадою до педіатра. Тому педіатр повинен також бути готовий надавати такі поради батькам, оскільки їх прийняття та підтримка шляху дитини до гендерної ідентичності є чи не найважливішим захисним чинником у протистоянні з хворобами. Слід пам'ятати, що це вразливе населення з унікальними медичними потребами. Важливо, щоб усі педіатри досягли достатнього рівня знань і досвіду для зміцнення здоров'я таких дітей.

Існує кілька організацій, які надають клінічні рекомендації щодо лікування трансгендерної молоді, включаючи Світову професійну асоціацію для здоров'я трансгендерів (WPATH-World Professional Association for Transgender Health) та Ендокринне товариство, які рекомендують дотримуватися певних критеріїв до початку появи гендерно підтверджувальних гормонів. Медичне втручання для трансгендерної молоді можна розділити на етапи пубертатного розвитку: допубертатного, пубертатного та постпубертатного. До пубертатного періоду жодне медичне втручання не рекомендується [25].

У Європі та світі молодь пубертатного віку має право скористатися блокаторами статевого дозрівання, а після пубертатного періоду – право на

фемінізацію чи маскулінізацію за допомогою гормонів, що вивільняють гонадотропін для блокування статевого дозрівання. Ці методи дають змогу призупинити статеве дозрівання і дати молодій людині час для того, щоб вивчити свою гендерну ідентичність, затримати розвиток (незворотних) вторинних статевих ознак та уникнути в майбутньому операції з гендерного підтвердження. Уся трансгендерна молодь повинна отримувати консультації щодо збереження фертильності та репродуктивних варіантів до початку вживання пубертатних блокаторів та/або гендерно-підтверджувальних гормонів.

Трансгендерні особи частіше за своїх однолітків інфікуються ВІЛ, що є наслідком стигми, маргіналізації та браку відповідної допомоги. Тому медичні працівники, які лікують молодь, повинні бути поінформовані про профілактику ВІЛ-інфекції [25].

Існують різноманітні операції, які, можливо, бажають застосувати трансгендерні особи, щоб підтвердити свою гендерну ідентичність, і численні бар'єри для отримання послуг зі збереження фертильності. Важливо, щоб лікарі, обговорюючи індивідуальні бажання щодо хірургічних варіантів, розуміли, що кожна молода людина індивідуальна [24].

Трансгендерні діти мають право визначити самостійно, до якої статі вони належать, без примусу, без обмеження віку, оскільки вітчизняне законодавство дає право неповнолітнім від 14 років самостійно ухвалювати рішення стосовно свого здоров'я. Однак дітей-трансгендерів не питають про їхнє бачення, відчуття своєї статі, а ухвалюють рішення за них їхні батьки, опікуни, піклувальники до досягнення ними 14 років.

Висновки:

1. Право дітей і підлітків на ухвалення медичних рішень стосовно свого здоров'я треба регламентувати з урахуванням їхніх можливостей розвитку, здатності зрозуміти природу та усвідомити наслідки медичної проблеми, а також зважено передбачувати ризики й переваги запропонованого лікування.

2. Треба навчати медичних працівників, особливо педіатрів, з урахуванням тенденції занепаду цисгендерності та розвитку у світі гендерної толерантності (трансгендерів, інтерсексуалів, агендерів), адже вони покликані допомогти дітям визначитися у своїй статі, тобто усвідомити свою належність чи неналежності до чоловічої або жіночої статі чи неналежність до жодної з них.

3. Батьки повинні бути поінформовані про особливості трансгендерних дітей.

4. Медичні працівники й батьки повинні діяти відповідно до законів і правил, що регулюють згоду на лікування дитини (до 16 років) у межах їх юрисдикції, за умов відсутності згоди пріоритетним завданням є мінімізація шкоди та максимізація інтересів пацієнта.

5. Медичні працівники повинні надавати пацієнтам та їхнім законним працівникам усю інформацію, необхідну для ефективної участі у процесі ухвалення рішень.

6. Заклади охорони здоров'я, пацієнти та сім'ї повинні спільно працювати над ухваленням медичних рішень з урахуванням інтересів і стану здоров'я пацієнта. Якщо батько відмовляється дати згоду на конкретне лікування, його рішення може скасувати суд, якщо вважає лікування таким, що відповідає інтересам дитини.

7. Щоб розпочати лікування, медичним працівникам достатньо згоди одного з батьків. У випадках, коли один з батьків не погоджується на лікуванням, лікарі часто намагаються домовитися. Якщо домовленості щодо конкретного лікування або стосовно того, що більше відповідає інтересам дитини, досягти неможливо, питання може вирішуватися в суді в порядку окремого провадження.

8. У випадках серйозних розбіжностей або конкретних інтересів головна відповідальність за невиконання медичних вказівок покладається на пацієнта.

9. За складних медичних ситуацій необхідно спільно діяти, щоб вчасно визначити законного представника.

10. Медичні працівники повинні бути обізнані з методикою вирішення конфліктів, які виникають у їхньому середовищі, в тому числі при роботі з трансгендерними дітьми.

11. У конфліктних ситуаціях заклади охорони здоров'я зобов'язані шукати та отримувати доступ до ресурсів, які допоможуть вирішити будь-який конфлікт і полегшити доступ пацієнтів та їхніх родин до такої медичної допомоги.

12. Трансгендерні діти мають однакові з іншими дітьми права на отримання медичної допомоги, крім можливості проходити медичний огляд в окремому кабінеті без присутності інших дітей.

13. Необхідно законодавчо визнати за неповнолітніми здатність вступати в правовідносини, що виникають при наданні медичних послуг, і давати згоду на них з 16 років, коли людина цілком усвідомлює значення наслідків і розуміє поставлений діагноз.

14. Враховуючи викладене, необхідно підвищити вік, у якому дитина може ухвалювати ті чи інші рішення у сфері медицини, до 16 років і внести зміни в ч. 2 та ч. 3 ст. 284 ЦКУ та ст. 43 Основ стосовно пацієнта віком до 16 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, тобто медичне втручання стосовно таких пацієнтів має здійснюватися за згодою їхніх законних представників [27, с. 216-217].

15. Отже, дитина, яка ухвалює рішення у медичній сфері, повинна усвідомлювати та розуміти наслідки своїх дій без впливу будь-яких внутрішніх чи зовнішніх чинників.

1. Щирба М. Право на інформовану згоду при медичному втручанні неповнолітнім пацієнтам. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 12. С. 212–216 (*Shhyrba*

M. Pravo na informovanu zgodu pry medychnomu vtruchanni nepovnolitnim paciyentam. Pidpruyemnyctvo, gospodarstvo i pravo. 2017. No 12. S. 212–216).

2. Резнік Г. О. Право дитини на охорону здоров'я. *Приватне право і підприємництво. 2014. Вип. 13. С. 87–90 (Reznik G. O. Pravo dytyny na ohoronu zdorov'ya. Pryvatne pravo i pidpruyemnyctvo. 2014. Vyp. 13. S. 87–90).*

3. Антропова М. В. Анализ некоторых методик изучения общей умственной работоспособности школьников в возрастном аспекте. *Новые исследования возрастной физиологии. 1977. № 9. С. 109–114 (Antropova M. V. Analiz nekotorykh metodyk yzuchenyua obshhej umstvennoj rabotosposobnosti shkolnykov v vozrastnom aspekte. Novye yssledovaniya vozrastnoj fyzyologyu. 1977. No 9. S. 109–114).*

4. Криволапчук И. А., Сухецкий В. К. Психофизиологическая характеристика функционального состояния подростков на разных стадиях полового созревания в условиях напряженной информационной загрузки. *Физиология человека. 2005. Т. 31. № 6. С. 13–25 (Kryvolapchuk Y. A., Suheczkyj V. K. Psyhofyzyologycheskaya harakterystyka funkcyonalnogo sostoyaniya podrostkov na raznyh stadyyah polovogo sozrevaniya v uslovyuyah napryazhennoj ynformacyonnoj zagruzky. Fyzyologyua cheloveka. 2005. T. 31. No 6. S. 13–25).*

5. Фарбер Д. А. Физиология подростка. Москва, 1988. 167 с. (*Farber D. A. Fyzyologyua podrostka. Moskva, 1988. 167 s.*).

6. Судаков К. В. Эмоциональный стресс. *Новое в физиологии. 1983. № 11. С. 34–36 (Sudakov K. V. Emocionalnyj stress. Novoe v fyzyologyu. 1983. No 11. S. 34–36).*

7. Дубровинская Н. Е., Фарбер Д. А., Безруких М. М. Психофизиология развития : психофизиологические основы детской валеологии: учебное пособ. Москва, 2000. 144 с. (*Dubrovynskaya N. E., Farber D. A., Bezrukyh M. M. Psyhofyzyologyua razvytiya : psyhofyzyologycheskye osnovy detskoj valeologyu : ucheb. posob. Moskva, 2000. 144 s.*).

8. Вікова та педагогічна психологія: навч. посіб. / О. В. Скрипченко та ін. Київ: Провіта, 2001. 416 с. (*Vikova ta pedagogichna psykholgiya: navch. posib. / O. V. Skrypchenko ta in. Kyjiv: Prosvita, 2001. 416 s.*).

9. Булеца С. Б. Надання медичної допомоги неповнолітнім: цивільно-правовий аспект. *Порівняльно-аналітичне право. 2013. № 1. С. 88–92. URL: http://www.pap.in.ua/1_2013/Buletsa.pdf (дата звернення: 17.01.2020) (Bulecza S. B. Nadanniya medychnoyi dopomogy nepovnolitnim: syvilno-pravovuy aspekt. Porivnyalno-analitychne pravo. 2013. No 1. S. 88–92. URL: http://www.pap.in.ua/1_2013/Buletsa.pdf (data zvernennya: 17.01.2020)).*

10. Judgment of the European Court of Human Rights in the case «N. B. v. Slovakia» on June 12, 2012 (Application No 29518/10). URL: <http://hudoc.echr.coe.int/rus?i=001-111427> (дата звернення: 17.01.2020).

11. Judgment of the European Court of Human Rights in the case «Pretty v. the United Kingdom» on April 29, 2002 (Application No 2346/02). URL: <http://hudoc.echr.coe.int/rus?i=001-60448> (дата звернення: 17.01.2020).

12. Judgment of the European Court of Human Rights in the case «A. K. and L. v. Croatia» on January 8, 2013 (Application No 37956/11). URL: <http://hudoc.echr.coe.int/rus?i=001-115868> (дата звернення: 17.01.2020).

13. Булеца С. Б. Надання медичної допомоги неповнолітнім. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2012. Вип. 18. С. 74–76 (Bulecza S. B. Nadanniya medychnoyi dopomogy nepovnolitnim. Naukovyj visnyk Uzhgorodskogo nacionalnogo universytetu. Seriya: Pravo. 2012. Vyp. 18. S. 74–76).*

14. Wheeler R. Gillick or Fraser? A plea for consistency over competence in children. *BMJ. 2006. Vol. 332(7545). URL: <https://www.bmj.com/content/332/7545/807.full> (дата звернення: 17.01.2020).*

15. Права підлітків у сфері охорони здоров'я: МОЗ України ініціює важливі зміни. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/prava-pidlitkiv-u-sferi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-moz-ukraini-inicijue-vazhlivi-zmini> (дата звернення: 17.01.2020) (*Prava pidlitkiv u sferi ohoroni zdorovya: MOZ Ukrainy inicijuyue vazhlyvi zminy*. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/prava-pidlitkiv-u-sferi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-moz-ukraini-inicijue-vazhlivi-zmini> (data zvernennya: 17.01.2020)).

16. Family Law Reform Act 1969. *UK Public Acts*. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1969/46> (дата звернення: 17.01.2020).

17. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). 07.02.1999. *Helse – og omsorgsdepartementet*. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (дата звернення: 17.01.2020).

18. Smith J., Swallow V., Coyne I. Involving parents in managing their child's long-term condition—a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015. Vol. 30. Issue 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25458112> (дата звернення: 17.01.2020).

19. Aarthun A, Øymar KA, Akerjordet K. Parental involvement in decision-making about their child's health care at the hospital. *Nurs Open*. 2018;6(1):50–58. Published 2018 Jul 30. doi:10.1002/nop2.180. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279730/> (дата звернення 18.01.2020).

20. Kevin W Coughlin. Medical decision-making in paediatrics: Infancy to adolescence. Bioethics Committee. *Paediatr Child Health*. 2018. 23(2). 138–146. URL: <https://www.cps.ca/en/documents/position/medical-decision-making-in-paediatrics-infancy-to-adolescence> (дата звернення 18.01.2020).

21. Quebec Civil Code, Articles 14–18. URL: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/CCQ-1991> (дата звернення 18.01.2020).

22. Medical Decisions for Children 14 to 17 Years Old. URL: <https://www.educaloi.qc.ca/en/capsules/medical-decisions-children-14-17-years-old> (дата звернення 18.01.2020 р.)

23. Judgment of the European Court of Human Rights in the case «P. and S. v. Poland» on October 30, 2013 (Application No 57375/08). URL: <http://hudoc.echr.coe.int/rus/?i=001-114098> (дата звернення: 17.01.2020).

24. Несовершеннолетние больше не могут вступать в брак. *Yle*. 2019. https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/nesovershennoletnie_bolshe_ne_mogut_vstupat_v_brak/10811730 (дата звернення: 17.01.2020) (*Nesovershennoletnye bolshe ne mogut vstupat v brak. Yle. 2019. https://yle.fi/uutiset/osasto/novosti/nesovershennoletnie_bolshe_ne_mogut_vstupat_v_brak/10811730* (data zvernennya: 17.01.2020)).

25. Salas-Humara C., Sequeira G.M., Rossi W., Dhar C.P. Gender affirming medical care of transgender youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2019. Vol. 49. Issue 9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31735692> (дата звернення: 17.01.2020).

26. Mehringer J., Dowshen N. Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2019. Vol. 49. Issue 9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31735693> (дата звернення 18.01.2020).

27. Булеца С. Б. Вік при наданні медичної допомоги: цивільно-правовий аналіз. *Право України*. 2011. № 5. С. 212–217 (*Bulecza S. B. Vik pry nadanni medychnoyi dopomogy: cyvilno-pravovyy analiz. Pravo Ukrainy. 2011. No 5. S. 212–217*).

Buletsa S. B.

The Issues of Underage and Transgender Children's Rights Exercise When Receiving Health Care

The article deals with the issues arising in the exercise of the right to medical care for minors and transgender children taking into account the experience of foreign countries, case-law and theory of law. The necessity of increasing the age of underage children to 16 years in independent application for medical care has been substantiated. The rights of transgender children have been analyzed, and their rights to receive medical care have been outlined. The participation of children and adolescents (10-18 years) in medical decision-making should be offered in proportion to their developmental opportunities, to understand the nature and consequences of their medical problem, and to understand the foreseeable risks and benefits of the proposed treatment. Amendments to the legislation on the children's right to health care have been proposed.

The rights of the child in the field of health care are extremely topical, since the problem of researching the age from which a minor is entitled to receive health care is not in doubt, nevertheless, the age issues are considered to be controversial. The author provides some practical aspects of solving existing problematic issues in the said field.

Key words: minor, child, medical care, transgender, age.

Стаття надійшла до редакції 12.12.2019

Прийнята до друку 21.01.2020