

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 «Правова єдність», 2008. - 507 с.

У підручнику висвітлені сучасні дані з медичного права - нової навчальної дисципліни, галузі правової науки. Структурно підручник складається із Загальної та Особливої частин. В рамках Загальної частини пропонуються матеріали, що торкаються загальних теоретико-правових засад медичного права, історії його становлення, забезпечення та захисту прав пацієнтів, організації охорони здоров'я в Україні, юридичної відповідальності медичних працівників та ін. Серед тем Особливої частини представлені питання юридичного забезпечення трансплантації органів і тканин, репродуктивних технологій, проведення медичних експертиз, надання психіатричної допомоги та ін. Важливе місце займає викладення проблемних питань дефектів надання медичної допомоги та їх медико-правової кваліфікації, ятрогенної патології.

Підручник призначений для студентів, аспірантів, викладачів і науковців юридичних і медичних вищих навчальних закладів. Разом з тим, він буде корисний для представників судових та інших правозастосовчих органів держави, правозахисних організацій, адвокатів, організаторів охорони здоров'я, а також всіх, хто цікавиться проблемами юридичного забезпечення медичної діяльності.

ЗМІСТ

ВСТУП

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Глава 1. ПОНЯТТЯ І СИСТЕМА МЕДИЧНОГО ПРАВА

- § 1. Предмет і методи медичного права
- § 2. Медичні правовідносини: поняття, види, склад
- § 3. Система і джерела медичного права
- § 4. Медичне право як навчальна дисципліна і галузь науки

Глава 2. МЕДИЧНЕ ПРАВО В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

- § 1. Рівні соціального регулювання медичної діяльності
- § 2. Роль і значення лікарської етики і деонтології у загальній структурі соціального регулювання медичної діяльності
- § 3. Біоетика як комплексна наука, що займається питаннями медицини в рамках захисту прав людини

Глава 3. ЮРИДИЧНА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

- § 1. Історико-правовий огляд нормативного регулювання охорони здоров'я
- § 2. Законодавство України про охорону здоров'я: сучасний стан і перспективи розвитку

Глава 4. ПРАВА ЛЮДИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- § 1. Загальна структура і класифікація прав людини у сфері охорони здоров'я
- § 2. Права людини й окремих груп населення у сфері охорони здоров'я

Глава 5. ПРАВА ПАЦІЄНТІВ

- § 1. Поняття пацієнта та його права
- § 2. Права пацієнтів в окремих напрямках медичної діяльності

Глава 6. ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ

- § 1. Загальні організаційно-правові питання інформованої згоди
- § 2. Критерії правомірності інформованої згоди
- § 3. Форми вираження інформованої згоди

Глава 7. ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ

- § 1. Юридичний конфлікт як підстава для захисту прав пацієнтів
- § 2. Досудовий рівень захисту прав пацієнтів

Система органів прокуратури

- § 3. Судовий спосіб захисту прав пацієнтів

Глава 8. ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ

§ 1. Поняття і медико-правове значення лікарської таємниці

§ 2. Нормативно-правове регулювання інституту збереження лікарської таємниці. Суб'єкти збереження та об'єкт лікарської таємниці

§ 3. Правомірність розголошення лікарської таємниці

ГЛАВА 9. ПРАВОВІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

§ 1. Управління у сфері охорони здоров'я

§ 2. Види лікувально-профілактичної допомоги населенню

§ 3. Основні напрями удосконалення організації охорони здоров'я

Забезпечення загальнодоступності медичної допомоги.

Пріоритетність первинної медичної допомоги.

Запровадження обов'язкового медичного страхування.

Визначення державних гарантій надання громадянам медичної допомоги.

§ 4. Державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я

Глава 10. ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ПРОФЕСІЙНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ

§ 1. Загальні питання юридичної відповідальності медичних працівників

§ 2. Кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів

§ 3. Цивільно-правова відповідальність лікувально-профілактичних закладів

§ 4. Адміністративна і дисциплінарна відповідальність медичних працівників

ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

Глава 11. ОДЕРЖАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОНТЕКСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

§ 1. Право на життя і медична діяльність: питання співвідношення

§ 2. Виникнення права на життя людини

§ 3. Правові проблеми абортів

§ 4. Евтаназія

Глава 12. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ

§ 1. Експертиза тимчасової непрацездатності

§ 2. Медико-соціальна експертиза

§ 3. Військово-лікарська експертиза

§ 4. Судово-медична і судово-психіатрична експертиза

Глава 13. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ

§ 1. Загальні принципи правового регулювання трансплантології

§ 2. Сучасна нормативно-правова база трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини

§ 3. Основні проблеми і шляхи їх вирішення у сфері донорства

Трансплантація органів і тканин з використанням трупних трансплантантів.

Право особи на фізичну (тілесну) недоторканність.

Право донора і реципієнта на отримання певних гарантій у зв'язку з майбутнім оперативним втручанням.

Глава 14. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

§ 1. Загальні питання юридичного забезпечення психіатрії

§ 2. Види і порядок надання психіатричної допомоги

Глава 15. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

§ 1. Проблеми штучного запліднення і сурогатного материнства

§ 2. Правове регулювання медичної генетики

§ 3. Актуальні етико-правові питання клонування

Глава 16. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРИМЕНТІВ

§ 1. Сучасна нормативно-правова база України з питань проведення медичних (клінічних) експериментів

§ 2. Умови правомірності проведення медичних експериментів за участю людини

Глава 17. ПРАВОВА КВАЛІФІКАЦІЯ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

§ 1. Юридична оцінка несприятливих результатів лікування хворих

§ 2. Лікарські помилки

§ 3. Нещасні випадки

§ 4. Проведення експертизи дефектів надання медичної допомоги

Глава 18. АТРОГЕННА ПАТОЛОГІЯ ТА ЇЇ МЕДИКО-ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ

§ 1. Визначення, актуальність і основні причини виникнення ятрогеній

§ 2. Класифікація ятрогеній, місце ятрогенної патології в структурі несприятливих результатів медичних втручань

§ 3. Ключові правові проблеми ятрогеній і пошук шляхів їх вирішення

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ "МЕДИЧНЕ ПРАВО"

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ІСПИТУ (ЗАЛІКУ) З КУРСУ "МЕДИЧНЕ ПРАВО"

ТЕМАТИКА КУРСОВИХ РОБІТ (РЕФЕРАТІВ) З КУРСУ "МЕДИЧНЕ ПРАВО"

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

ВСТУП

Україна в перші роки XXI століття перебуває в умовах суттєвих перетворень у соціальній, економічній, адміністративно-політичній сферах життя. Втілюється у життя політична реформа, ведуться активні дискусії з приводу внесення змін до Конституції України, вирішуються питання інтеграції до різноманітних міжнародних організацій. Все це свідчить про активний поступальний розвиток українського суспільства, демократичні шляхи вирішення проблемних питань, пріоритет законності при здійсненні державного управління. Водночас необхідно зазначити розвиток нових медичних технологій, стремління людини покращити якість та тривалість життя. Враховуючи універсальний характер права, постало питання про необхідність адекватного юридичного забезпечення медичної діяльності.

Що таке медичне право? Відповідь на це питання є і простою, і складною одночасно. Простий підхід зводиться до сприйняття медичного права із загальноправових позицій (поряд з екологічним, земельним, банківським, житловим тощо) стосовно відносно нових галузей права. Складний же свідчить про суттєві відмінності медицини від інших сфер суспільного життя, медичних правовідносин від інших суспільних відносин. Причому, йдеться не про "затертість" характеристик унікальності та неповторності як аргументів на користь самостійності тієї чи іншої галузі права. Мова дійсно йде про особливості, що притаманні медичному праву та відсутні в інших галузях права.

В основі представленого навчального продукту знаходиться виданий у 2004 році у Російській Федерації підручник (Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. -572 с.). Його апробація продемонструвала зацікавленість широкої громадськості (як юридичної, так і медичної) в отриманні нових знань з медичного права. Практика використання в різних навчальних аудиторіях (медичні та юридичні ВНЗ, підвищення кваліфікації, перепідготовка, тематичні медико-юридичні семінари тощо) додали впевненості у правильності обраного шляху. Звернення видавців з пропозицією перевидання засвідчило і комерційний успіх підручника. Зв'язок теперішнього підручника з виданим у 2004 році полягає у наступному:

— єдина ідеологія медичного права;

— зміст та перелік тем (в українському варіанті відсутня тема, присвячена правовому регулюванню платних медичних послуг);

— єдине бачення перспектив розвитку медичного права (як для юристів, так і для медиків).

Разом з тим, нинішнє видання має певні відмінності. Зокрема:

— авторський колектив розширився за рахунок молодих вчених (В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта), котрі мають позитивні досягнення у медичному праві й успішно захистили юридичні дисертації на медико-правову тематику;

— використання чинного медичного законодавства України;

— адаптація теоретичних медико-правових явищ до реалій України.

Ідея подібного видання на теренах України "визрівала" декілька років. Автори прагнули узагальнити позитивний досвід, що накопичився в українській правовій та медичній науці і практиці. В той же час, враховуючи спільну історію, схожість правових систем та організації охорони здоров'я, ми враховували надбання наших російських колег. Керуючись європейськими устремліннями України, автори використовували напрацювання, що торкаються медичного права провідних європейських країн.

В цілому ж розвиток медико-правового напрямку в Україні відбувається достатньо інтенсивно, що пояснюється такими причинами:

- суттєві зміни нормативно-правової бази охорони здоров'я останніх 10-15 років;
- потреби практичної діяльності лікувально-профілактичних установ, де все частіше виникають складні питання медико-правового характеру;
- суперечки з приводу доцільності запровадження у нашій державі обов'язкового медичного страхування.
- посилення ролі та значення правозахисного руху, котрий проявляється також у діяльності, спрямованій на захист прав пацієнтів.

Педагогічна практика авторів у галузі медичного права включає студентські медичні та юридичні аудиторії, різні форми післядипломної освіти юристів і лікарів (друга вища освіта, професійна перепідготовка, підвищення кваліфікації), семінари для організаторів охорони здоров'я тощо. Саме спілкування з різними категоріями слухачів, в ході якого підтверджувалися і з'ясовувалися нові актуальні питання юридичного забезпечення охорони здоров'я, у поєднанні з тенденціями розвитку юридичної і медичної науки, сприяло формуванню цілісної картини медичного права, необхідності відображення в ньому тих або інших питань. Адвокатська практика та правозахисна діяльність забезпечували практичне застосування теоретичних медико-правових знань.

Наш підручник, як і будь-який інший, відображає позицію авторів у галузі медичного права. В той же час необхідно зазначити, що ця праця була б неможливою без використання робіт науковців різних напрямів правової і медичної науки, філософії, соціології. Серед них необхідно б відзначити фахівців, які своїми роботами сприяли розвитку українського медичного права як науки і навчальної дисципліни. Це - В.І. Агарков, М.М. Білинська,

Б. Болотіна, О.Є. Бобров, М.Г. Белотелов, С.Б. Булеца, О.В. Ви-ноградов, В.Д. Волков, Ю.В. Вороненко, В.О. Галай, З.С. Гладун, О.М. Голяченко, Р.Ю. Гревцова, І.М. Грига, Т.С. Грузєва, Ю.І. Губський, Л.М. Дешко, В.І. Журавель, Д.В. Карамішев, В.Г. Карпук, О.Ю. Кашинцева, С.О. Козуліна, Л.В. Красицька, Ю.І. Кундієв, Л.І. Куц, В.М. Лехан, П.Є. Лівак, Є.О. Лоєнко, У.Б. Лущик, В.Ф. Москаленко, О.С. Мусій, З.О. Надюк, Л.А. Пиріг, В.М. Пономаренко, Я.Ф. Радиш, О.Г. Рогова, В.М. Рудий, А.М. Савицька, В.Г. Сердюк, І.М. Солоненко, Р.О. Стефанчук, Г.С. Стеценко та ін.

В той же час, розвиток медичного права в Україні багато в чому базується на наукових здобутках таких російських дослідників як Т.В. Авер'янова, А.В. Азаров, О.Ю. Александрова, В.І. Акопов, Ю.Н. Аргунова, А.М. Балло, В.В. Власов, М.Ф. Герасименко,

Ю. Григор'єв, Т.Б. Дмитрієва, М.В. Журілов, А.П. Зільбер, О.Я. Іванюшкін, А.І. Іойриш, Ф.Н. Кадиров, Л.В. Кануннікова, М.А. Ковалевський, Є.В. Козьмініх, В.В. Колкутін, О.В. Леонт'єв, Ю.П. Лісіцин, М.С. Малєїн, М.М. Малєїна, Л.С. Мельникова, М.Б. Мирський, О.А. Мохов, Н.Б. Найговзіна, В.П. Новосьолов, О.М. Піщіта, І.А. Петрова, В.Л. Попов, Г.Б. Романовський, Р.А. Ромашов, В.П. Сальніков, І.В. Сілуянова, О.Е. Старовойтова, О.А. Старченко, О.В. Тихомиров, С.С. Тихонова, В.Б. Філатов, С.С. Шевчук, О.П. Щепін, К.Б. Ярошенко та інші. Цей перелік завжди залишається відкритим, оскільки перелік осіб, котрі активно займаються науковими пошуками в галузі медичного права, постійно зростає.

Автори висловлюють щирю вдячність рецензентам: доктору юридичних наук, професору, члену-кореспонденту АПрНУ П.М. Рабіновичу, доктору наук з державного управління, професору Я.Ф. Радишу, доктору медичних наук, професору А.Ф. Коропу за цінні зауваження і пропозиції.

Як і будь-яка інша праця, цей підручник не позбавлений недоліків. Автори сподіваються, що виявлені проблемні питання, нові підходи до їх рішення сприятимуть розвитку нової галузі українського права, навчальної дисципліни - медичного права. Всі зауваження будуть авторами з вдячністю прийняті.

Доктор юридичних наук, професор С. Стеценко

Київ, 20 січня 2008 р.

ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Глава 1. ПОНЯТТЯ І СИСТЕМА МЕДИЧНОГО ПРАВА

§ 1. Предмет і методи медичного права.

§ 2. Медичні правовідносини: поняття, види, склад.

§ 3. Система і джерела медичного права.

§ 4. Медичне право як навчальна дисципліна і галузь науки.

§ 1. Предмет і методи медичного права

Характеристика будь-якої галузі права, в першу чергу, нерозривно пов'язана з визначенням поняття, предмету та методів цієї галузі. Саме предмет і метод правового регулювання є критеріями для виділення галузей права. Причому, якщо перший з них (предмет) є основним, то другий (метод) — допоміжним. Предмет правового регулювання - це якісно однорідні суспільні відносини, які регулюються нормами права. У загальному вигляді предмет правового регулювання відповідає на питання: що регулює ця галузь права. Виходячи з цього, предмет медичного права - це суспільні відносини, що виникають у процесі здійснення медичної діяльності. У свою чергу під медичною діяльністю необхідно розуміти комплексну систему, що включає організацію надання громадянам медичної допомоги, її безпосереднє надання в рамках діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, а також контроль якості медичних послуг, що надаються. Таке визначення медичної діяльності акцентує увагу на тих процесах, в ході яких виникають численні суспільні відносини, що складають предмет медичного права. Перелік таких процесів не може бути вичерпним, оскільки медична наука розвивається, надання медичної допомоги постійно удосконалюється, з'являються все нові і нові галузі охорони здоров'я, що обумовлює появу нових суспільних відносин. Проте як основа для сприйняття предмету медичного права наведене раніше визначення здається виправданим.

Предмет медичного права складається об'єктивно, незалежно від волі і свідомості окремо взятої людини або групи людей. Така об'єктивність пов'язана з потребами всього суспільства, яке зацікавлене в якісному і адекватному регулюванні взаємовідносин, що складаються у сфері медичної діяльності. Адже не є секретом те, що сама медицина сприймається двояко: як засіб допомоги людині, що потребує лікування, і як потенційно агресивний чинник, за рахунок якого є можливість обтяжувати стан здоров'я хворої людини або викликати захворювання у здорової людини (інфікування при переливанні крові, вилучення органу для пересадки у живого донора, алергічні прояви на введення лікарського препарату і т.п.). Слід також відмітити, що суспільні відносини, котрі виникають у сфері медичної діяльності, регулюються не тільки нормами права. Мова йде про те, що історично обумовлене відношення до медицини як до мистецтва, а не ремесла, а до медичних працівників - як до людей, що керуються в своїх професійних діях перш за все уявленнями про добро, користь, благо хворого, тобто категоріями, пов'язаними з морально-етичними цінностями. Така ситуація обумовлює становище, за якого відносини між пацієнтами і представниками медичних установ знаходяться під значним впливом етичних і моральних норм. Шанобливе, гуманне ставлення, турбота при наданні медичної допомоги не можуть бути регламентовані законом. З цієї причини до предмету медичного права належать ті суспільні відносини, які можуть підлягати правовому регулюванню.

Методи правового регулювання — це сукупність правових способів, за допомогою яких здійснюється вплив на суспільні відносини, що є предметом правового регулювання. У загальному вигляді метод відповідає на питання як, яким способом норми цієї галузі права регулюють суспільні відносини, котрі складають її предмет. З визначенням методу правового регулювання в медичному праві зв'язані деякі складнощі, що і є основним аргументом прихильників несамотійності галузі медичного права. Дійсно, медичне право як таке не володіє власним унікальним методом правового регулювання. В той же час мотивуючи наявність медичного права як самотійної галузі права слід орієнтуватися на:

другорядний характер такого критерію як метод при обґрунтуванні будь-якої галузі права, у тому числі й медичного;

те, що об'єктивно існують у правовій науці два основні методи правового регулювання (адміністративно-правовий і цивільно-правовий) при реальному існуванні як самостійних достатньо великої кількості галузей права.

Керуючись вищесказаним, методи медичного права — це сукупність правових способів, за допомогою яких відбувається регулювання суспільних відносин, що входять до предмету медичного права. Враховуючи, що адміністративно-правовому методу властиві відносини влади - підпорядкування за рахунок наявності як сторони правовідносин уповноваженого органу держави, а цивільно-правовому методу властива рівність сторін правовідносин, необхідно відмітити комплексне використання в медичному праві методів правового регулювання. Як використання адміністративно-правового методу в правовому регулюванні суспільних відносин у сфері медицини можна навести приклад організації і управління в системі охорони здоров'я, коли керівники вищестоящих органів управління охорони здоров'я взаємодіють з підпорядкованими ним представниками лікувально-профілактичних установ. В той же час правові відносини між пацієнтом і лікарем при наданні медичної допомоги регулюються за допомогою цивільно-правового методу, проявом чого служить рівність суб'єктів правовідносин і можливість самостійного визначення своєї поведінки.

В даний час є всі підстави стверджувати про існування такої галузі права як медичне право. Маючи власний предмет правового регулювання, використовуючи сукупність методів правового регулювання, медичне право за своїми об'єктивними характеристиками підпадає під визначення комплексної галузі права. Зважаючи на обставину, відповідно до якої поява нових галузей права - об'єктивний процес, приведемо основні причини, які свідчать про комплексну природу медичного права:

1. конституційно закріплене право на охорону здоров'я і медичну допомогу;
2. наявність окремих нормативно-правових актів, котрі присвячені регулюванню виключно суспільних відносин у сфері охорони здоров'я громадян;
3. суспільні відносини, що виникають у сфері медичної діяльності, регулюються як власними нормами, так і нормами, що містяться в інших галузях права (кримінальне, цивільне, адміністративне й ін.);
4. наявність загальних принципів, які властиві медичному праву і характеризують його зміст;
5. струнка система і структура медичного права, що містить правові підгалузі, інститути і норми;
6. неможливість у рамках існуючих галузей права забезпечити якісне правове регулювання численних відносин у галузі медицини.

Як методологічну базу, що обумовлює можливість виділення медичного права як комплексної галузі права, необхідно відзначити дослідження В.К. Райхера, що запропонував саму концепцію комплексних галузей права. Не можна в даному зв'язку не відзначити і сучасні роботи теоретиків права, що допускають можливість наявності медичного права. Так, М.Н. Марченко зазначає, що "формується галузі освітнього, медичного права, безпосередньо звернені до людини і призначені для реалізації конституційних прав громадян".

Таким чином, медичне право — це комплексна галузь права, що включає сукупність правових норм, регулюючих суспільні відносини у сфері медичної діяльності. Наявність самостійної галузі права важлива як для суспільства в цілому, так і для самих медичних працівників і пацієнтів. Медичне право дозволить на більш високому рівні здійснювати розробку принципів (основних засад) державної політики у сфері охорони здоров'я, якісніше опрацювати питання захисту прав громадян при наданні

медичної допомоги, детально визначити правовий статус суб'єктів правовідносин, що виникають у сфері медичної діяльності.

§ 2. Медичні правовідносини: поняття, види, склад

В даний час загально визнано, що система охорони здоров'я і процеси надання медичної допомоги потребують регулювання. Значна роль при цьому відводиться юридичним механізмам.

Завдяки праву суспільні відносини, які їм регулюються, набувають упорядкованості і таким чином стають правовими відносинами. У загальнотеоретичному сенсі правове відношення - це "індивідуалізований суспільний зв'язок між особами, що виникає на основі норм права, характеризується наявністю суб'єктивних юридичних прав та обов'язків і підтримується (гарантується) примусовою силою держави"¹. Медична діяльність є сукупністю різної складності суспільних відносин, які, за умови урегульованості нормами права, носять характер правових відносин. Специфічною ознакою суспільних відносин, регульованих за допомогою норм медичного права, є те, що вони виникають, існують і розвиваються переважно з приводу особистих немайнових благ людини - життя і здоров'я. Взаємовідносини лікаря і хворого є різновидом правових відносин, за яких обидва є носіями суб'єктивних прав і юридичних обов'язків.

Надання медичної допомоги є комплексною системою, в якій знайшли своє віддзеркалення права громадян, що передбачені законодавством. Це стосується як прав пацієнтів при отриманні кваліфікованої медичної допомоги, так і прав лікарів, що надають таку допомогу. Пацієнт, добровільно вступаючи у правові відносини з лікувальною установою, є носієм певних прав. В той же час лікувальна установа і в її особі лікар, виступають у цих правових відносинах не тільки як носії зобов'язань, але і як володільці певних прав.

Загальна характеристика правовідносин у медицині в широкому сенсі базується на визначенні юридичної природи відносин між лікувальною установою і хворим, що звернувся до цієї установи. Існує декілька основних підходів, що ілюструють дане питання. Їх можна сформулювати у вигляді класифікації правових відносин, що виникають у сфері медичної діяльності. Зазначимо, що, враховуючи комплексну природу самої медичної діяльності, медичне право як комплексну галузь права, в рамках якої виділяються процеси надання медичної допомоги, система медичного страхування, виробництво лікарських засобів і виробів медичного призначення, організація реабілітаційно-відновних заходів і багато що інше, в підручнику представлені найбільш типові види правовідносин, які складають сферу охорони здоров'я з позицій медичного права.

Перш за все, дамо визначення медичних правовідносин, оскільки специфіка медичної діяльності обумовлює можливість використання такого терміну. Медичні правовідносини — це результат впливу норм медичного права на поведінку суб'єктів медичного права, внаслідок якого між ними виникають правові зв'язки.

Про суб'єктів правовідносин йтиметься далі, а зараз зупинимось на питаннях класифікації медичних правовідносин. Критеріями класифікації правових відносин у сфері охорони здоров'я є: а) співвідношення взаємних прав і обов'язків суб'єктів; б) напрями медичної діяльності; в) ступінь визначеності суб'єктного складу; г) характер дій зобов'язаного суб'єкта. Залежно від співвідношення взаємних прав і обов'язків суб'єктів медичні правовідносини бувають:

— вертикальні, що характеризуються наявністю в однієї сторони державно-владних повноважень щодо другої сторони відносин (наприклад, відносини у сфері державного регулювання медичної діяльності);

— горизонтальні, що характеризуються рівністю сторін (наприклад, відносини між лікувальною установою з одного боку і громадянином з іншого).

— За напрямками діяльності медичні правовідносини поділяються на правовідносини у сфері:

- проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;
- проведення заходів щодо профілактики виникнення особливо небезпечних інфекцій, проведення карантинних заходів тощо;
- надання безоплатної медичної допомоги;
- надання платних медичних послуг;
- здійснення заходів щодо програми добровільного медичного страхування;
- проведення медичних експертиз;
- здійсненні примусових заходів медичного характеру тощо.

За третім визначенням у роботі критерієм - ступенем визначеності суб'єктного складу — медичні правовідносини можуть бути:

1. Абсолютно визначені - варіант правових відносин, коли носієві права кореспондує невизначена кількість пасивно зобов'язаних суб'єктів права. Як типовий приклад абсолютних правовідносин може бути запропонований обов'язок всіх медичних працівників (лікувально-профілактичних установ) надавати медичну допомогу у випадках стану здоров'я людини, що вимагає невідкладного медичного втручання. При цьому важливо зазначити, що навіть установи приватної системи охорони здоров'я в даному аспекті також є пасивно зобов'язаними суб'єктами права.

2. Відносно визначені - варіант правових відносин, коли носієві права кореспондують певні суб'єкти права. Такі правові відносини притаманні галузі медичного страхування. Громадянин, застрахований за системою добровільного медичного страхування, отримує страховий поліс, де міститься перелік лікувально-профілактичних установ, в яких власникові такого поліса може бути надана медична допомога на безкоштовній для самого пацієнта основі. У такому разі вказані медичні установи є суб'єктами права, з якими у пацієнта виникають правові відносини при його зверненні по медичну допомогу.

Наступний критерій, що лежить в основі класифікації медичних правовідносин, - характер дій зобов'язаного суб'єкта, за яким правові відносини поділяються на:

- активні, де змістом обов'язків є здійснення певних позитивних активних дій (виконання своїх обов'язків медичним персоналом тощо);
- пасивні, що передбачають утримання від вчинення певних дій (не розголошувати лікарську таємницю тощо).

Для всебічного висвітлення теоретико-правових проблем медицини необхідно проаналізувати склад правовідносин при наданні медичної допомоги. Розглядаючи це питання з позицій теорії права, можна дати таке визначення. Склад медичних правовідносин — це характеристика правовідносин з точки зору їх внутрішнього устрою і взаємозв'язку складових елементів: суб'єкти, об'єкт і зміст. Для якісного аналізу важливо визначити всі складові елементи вказаних правовідносин.

1. Суб'єктами права в теоретико-правовому викладі є учасники правовідносин, тобто носії суб'єктивних прав і обов'язків.

Зважаючи на різноплановість медичної діяльності, розмаїття суспільних відносин, що виникають у цій сфері, необхідно розрізняти такі групи суб'єктів медичних правовідносин:

1. Суб'єкти, що надають медичну допомогу.

2. Суб'єкти, що отримують медичну допомогу.

3. Суб'єкти, що сприяють наданню медичної допомоги (підрозділи забезпечення).

В зв'язку з цим кожна із зазначених груп суб'єктів медичної діяльності у свою чергу поділяється на окремі підгрупи. Наприклад, суб'єкти, що надають медичну допомогу, можуть бути державними, комунальними і приватними. В той же час, суб'єкти, що отримують медичну допомогу, залежно від політико-правового зв'язку з державою можуть бути громадянами України, іноземними громадянами і особами без громадянства. І, нарешті, суб'єкти, що сприяють наданню медичної допомоги, представлені підрозділами забезпечення - фінансово-економічними, кадровими, соціальними, юридичними службами установ охорони здоров'я. Ці допоміжні підрозділи також мають відношення до медичної діяльності, оскільки їх функціонування спрямоване на досягнення результату медичної допомоги - якісне лікування пацієнтів.

Для того щоб бути суб'єктами медичних правових відносин, необхідно мати правоздатність і дієздатність, котрі об'єднуються поняттям правосуб'єктності. Враховуючи положення нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я, під правосуб'єктністю учасника медичних правовідносин слід розуміти передбачену нормами права здатність і можливість мати і користуватися суб'єктивними правами і нести юридичні обов'язки.

Суб'єктом медичних правовідносин - пацієнтом - може вважатися особа за умови, що вона:

а) виявила бажання або дала згоду на надання їй медичних послуг лікувальною установою, що здійснює необхідні медичні послуги (за винятком деяких випадків); щодо особи, яка не досягла віку 14 років, а також особи, визнаної в установленому законом порядку недієздатною, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників;

б) за медичними показаннями потребує отримання медичної допомоги (за винятком деяких випадків).

Щодо осіб, які не досягли 14 років, а також осіб, визнаних в установленому законом порядку недієздатними, згоду на медичне втручання щодо яких надають їх законні представники, ці законні представники, по суті, також є суб'єктами цих складних правовідносин.

Слід також відмітити, що у випадках надання невідкладної медичної допомоги, а також при лікуванні пацієнта з обмеженою дієздатністю (кома, параліч, порушення свідомості і т.п.) умови і вимоги до пацієнта як суб'єктів правовідносин змінюються. Так, згідно з п. 2 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадян, у невідкладних випадках, коли існує реальна загроза життю хворого, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна.

У таких випадках, без сумніву, не доводиться говорити про наявність вираженого самим хворим бажання вступати в правовідносини і укласти договір з лікувальною установою. Тут необхідно орієнтуватися на волевиявлення родичів хворого, а за неможливості швидкого контакту з ними (автомобільна катастрофа, різке погіршення стану здоров'я людини, що проживає в іншому місті тощо.) — на обов'язок медичних працівників надавати допомогу хворим, закріплений у нормативних актах і який міститься у самій суті медичної професії.

Щодо медичних показань, необхідних для отримання медичної допомоги існують деякі виключення у разі, коли пацієнт звертається за медичними послугами, не маючи на те об'єктивних медичних показань. У першу чергу сюди відносять профілактичні заходи (обов'язкові профілактичні огляди окремих категорій осіб, добровільні профілактичні огляди тощо), а також пластичні операції і подібні до них медичні втручання, котрі здійснюються скоріше за естетичними показаннями, ніж медичними.

Інший суб'єкт правовідносин при наданні медичної допомоги - заклади охорони здоров'я, що надають діагностичні, профілактичні та лікувальні послуги. Суб'єктом медичних правовідносин заклади охорони здоров'я стають за наявності:

- а) укладеного з пацієнтом договору на надання медичних послуг (незалежно від способу укладення договору);
- б) організаційної єдності і відособленого майна, прямо або опосередковано призначеного для надання медичної допомоги;
- в) державній реєстрації у встановленому законом порядку;
- г) ліцензії на обраний вид діяльності;
- д) положення в статутних документах і дозволу органу управління охорони здоров'я на здійснення цього виду лікування;
- е) належної, підтвердженої документально кваліфікації медичного персоналу, що здійснює конкретні медичні втручання.

Таким чином, наявність перерахованих вище ознак суб'єктів правовідносин буде свідчити про правомірність надання медичної допомоги.

2. Під об'єктом медичних правовідносин необхідно розуміти ті реальні матеріальні і духовні блага, на досягнення яких спрямована реалізація прав і обов'язків суб'єктів медичних правовідносин. Складність медичних правовідносин зумовлює їх складний об'єкт. У загальному вигляді об'єктами медичних правовідносин є особисті немайнові блага людини (життя і здоров'я), процес надання і результат медичної допомоги. Важливо зазначити розбіжність цільових установок різних суб'єктів медичних правовідносин. Якщо для суб'єктів, що надають медичну допомогу, цільова установка полягає, перш за все, в якісному здійсненні лікування, то для суб'єктів, що отримують медичну допомогу, метою переважно є кінцевий результат лікування - одужання.

3. Зміст медичних правовідносин складають суб'єктивні права та юридичні обов'язки, які реалізуються в поведінці суб'єктів медичних правовідносин. Наприклад, суб'єктивне право хворої людини у сфері медичних правовідносин полягає в праві погодитися або не погодитися на запропонований лікарем метод лікування, а юридичний обов'язок - виконувати медичні приписи, правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я. В той же час у медичного працівника через особливості професії яскраво виражений обов'язок надавати медичну допомогу громадянам, що мають у цьому потребу, а також суб'єктивне право - відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.

М.С. Малєїн і М.М. Малєїна виділяють три групи прав і обов'язків у правовідносинах з приводу надання медичної допомоги:

1. ті, що складають суть (основу) правовідносин;
2. специфічні права і обов'язки, закріплені за окремими категоріями громадян;
3. додаткові права і обов'язки.

Перша група прав свідчить про право пацієнта на отримання медичної допомоги і обов'язок медичного працівника її надавати. Правовий статус пацієнта передбачає наявність у кожної, що звернулася за медичною допомогою людини, права на її отримання. Безумовно, відсутність медичних показань до лікування зробить його неможливим, проте, тут мова йде про потенційну можливість кожної людини, що має потребу, у разі необхідності отримати якісне лікування. Лікувальна установа, що належить до державної або комунальної системи охорони здоров'я, спеціалізується на виконанні певних видів медичної допомоги, у разі звернення по медичну допомогу громадянина, що потребує лікування, зобов'язана цю допомогу надати.

Сам факт укладення договору на надання медичної допомоги передбачає включення в його зміст умов висококваліфікованої допомоги в повному обсязі, що пояснюється природою медичного втручання і подібного договору, і в зв'язку з цим може бути віднесено до першої групи вказаних вище прав і обов'язків. У загальному сенсі суть (основу) прав людини, що звернулася за допомогою до установи охорони здоров'я, складають право кожного на охорону здоров'я і медичну допомогу (Конституція України, стаття 49) і права, передбачені ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992). Це свого роду універсальні, властиві будь-якому варіанту лікування, права пацієнта. З положень Основ законодавства України про охорону здоров'я витікає, що у людини є право на кваліфіковану медичну допомогу, якому кореспондує відповідний обов'язок лікувальної установи.

Законодавець визначив права громадян при наданні медико-соціальної допомоги: шанобливе і гуманне ставлення з боку медичного персоналу до пацієнтів; вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я; відповідні вимоги до умов обстеження і лікування; проведення на його прохання консультацій інших фахівців, згода і відмова від медичного втручання тощо. Повною мірою права пацієнтів при отриманні медичної допомоги будуть проаналізовані у відповідному розділі підручника.

Другу групу - специфічні права і обов'язки - в медицині складають:

— право матері на перебування в стаціонарі з дитиною, що потребує догляду та обов'язок лікувальної установи забезпечити його реалізацію;

— право пацієнта на оплачувану відпустку й інші компенсаційні заходи у зв'язку з перенесеним захворюванням і необхідністю реабілітаційних заходів;

— право на проведення біомедичних досліджень за наявності певних умов та ін.

Таким чином, до групи специфічних прав і обов'язків при здійсненні медичного втручання входять лише ті, які виникають у певних ситуаціях і обставинах. Наприклад, право пацієнта на оплачувану відпустку виникає не після будь-якого захворювання. Обов'язок проведення реабілітаційних заходів виникає тільки в частині випадків, які визначає стан здоров'я людини, ефективність лікування, що проводиться, і висновок лікарської експертизи. Цим правам пацієнта кореспондує обов'язок медичних установ створювати умови для реалізації таких прав. Наприклад, для матері, що виявила бажання знаходитися в стаціонарі з своєю дитиною, в лікувальній установі повинні бути створені умови для реалізації цього законного права.

Третя група - додаткові права і обов'язки. У практиці надання медичної допомоги такий зміст правових відносин може виражатися в тих умовах, про які досягнута угода при укладанні договору на надання медичної допомоги. Тут може йтися про особливості харчування, післяопераційного догляду, окрему комфортабельнішу палату та інші аспекти знаходження пацієнта в стаціонарі. Іншими словами, в третю групу можуть бути включені будь-які умови, що відповідають двом критеріям:

Відповідність вимогам нормативно-правових актів.

Досягнення згоди з їх приводу між суб'єктами правовідносин.

Ілюстрацією до питань прав і обов'язків суб'єктів правовідносин у сфері медицини може служити стан справ у трансплантології, де суб'єктами правовідносин є донори, реципієнти і лікувальні установи. Акцент у цьому аспекті робиться на правове забезпечення донорів і реципієнтів, охорону їх законних інтересів, дотримання законності проведення трансплантації. У загальному вигляді важливість визначення складу правовідносин при наданні медичної допомоги не викликає сумнівів, оскільки завдяки такому підходу можливе якісне опрацювання юридичної регламентації питань у сфері охорони здоров'я.

— Важливу роль у розумінні суті медичних правовідносин відіграють передумови їх виникнення. Серед передумов виникнення медичних правовідносин необхідно виокремити:

- норму права, в якій закріплюється теоретична модель можливих правовідносин;
- суб'єктів права з їх правосуб'єктністю;
- юридичні факти.

Особливе значення мають юридичні факти, що є тими життєвими обставинами, з якими пов'язано виникнення, зміна або припинення правових відносин.

Юридичний факт у сфері надання медичної допомоги — це повні життєві обставини, з якими норми права пов'язують виникнення, зміну або припинення правовідносин у сфері медичної діяльності.

Юридичні факти поділяються за їх зв'язком з індивідуальною волею суб'єкта на дві групи:

- події — це юридичні факти, що відбуваються незалежно від волі людини (наприклад, надходження особи до лікувальної установи в безсвідомому стані);
- дії — це такі факти, настання яких залежить від волі і свідомості людей (наприклад, згода особи на оперативне втручання).

У свою чергу дії можуть бути правомірними, що відповідають приписам норм права (класичний приклад надання медичної допомоги, заснований на зверненні пацієнта до лікувальної установи відповідно до норм чинного законодавства) і неправомірними, що не відповідають приписам правових норм (протизаконне вилучення органу або тканини для трансплантації).

Нерідко виникають ситуації, коли для виникнення, зміни або припинення правовідносин у галузі медичної діяльності необхідне поєднання декількох юридично значущих обставин - фактичний склад. Наприклад, за наявності звернення громадянина по медичну допомогу лікувальна установа повинна спеціалізуватися на наданні саме такого виду медичної допомоги (виключення - надання невідкладної медичної допомоги). Лікар у процесі діагностики повинен встановити наявність захворювання у громадянина і необхідність проведення лікування. У загальному вигляді юридичні факти є найбільш істотними передумовами виникнення правовідносин у сфері медичної діяльності.

Варто зазначити, що у сфері медичної діяльності існують також юридичні презумпції, тобто припущення про існування юридичних фактів, що викликають настання певних юридичних наслідків. Самі по собі не будучи юридичними фактами, вони можуть породжувати правові відносини. Як приклад можна навести презумпцію сумлінності медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків. При цьому така юридична презумпція тісно пов'язана із забезпеченням інформованості і компетентності пацієнта перед ухваленням рішення про згоду на медичне втручання.

§ 3. Система і джерела медичного права

Виділяючи медичне право як комплексну галузь права, важливо визначити і охарактеризувати його систему і джерела. Це важливо як в учбових, так і в практичних цілях, оскільки дає можливість більш якісного вивчення медичного права і системного його сприйняття. Наявність системи медичного права дозволяє законодавцям при ухваленні нормативно-правового акта, присвяченого регулюванню того або іншого напрямку медичної діяльності, ефективно поєднувати положення цих правових документів із вже існуючою юридичною базою. Система медичного права також знижує вірогідність для посадових осіб сфери охорони здоров'я, що володіють адміністративно-розпорядними функціями, ухвалювання неправомірних соціально-економічних рішень. Будучи такою, що об'єктивно існує, система медичного права надає можливість аналізувати її внутрішню будову, складові частини.

Система медичного права — це його внутрішня будова.

Медичне право існує в трьох вимірах:
як комплексна галузь права;
як учбова дисципліна;
як частина правової науки.

Виходячи з такого підходу питання про систему доцільно розглянути стосовно кожної з них. Так, система медичного права як галузі права складається з таких елементів:

- норми медичного права;
- інститути медичного права;
- підгалузі медичного права.

Такий розподіл пов'язаний із розглядом внутрішньої структури медичного права за принципом: "від меншого до більшого", тобто від найдрібнішої частини (норма медичного права) до більшої (інститут і підгалузь), які вже в своїй сукупності і утворюють медичне право як галузь права.

Первинний елемент системи медичного права - норма медичного права, будучи структурним елементом системи права, є загальнообов'язковим правилом поведінки, призначеним для врегулювання медичних правовідносин і забезпеченим силою державного примусу. До особливостей медичного права слід віднести ту обставину, що медичні правовідносини врегульовуються нормами різних галузей права: кримінального, цивільного, адміністративного й ін. Наприклад, питання здійснення примусових заходів медичного характеру врегульовані за допомогою норм кримінального права. Взаємовідносини пацієнта і приватної лікувальної установи при укладенні договору на надання медичної допомоги регламентуються нормами цивільного права.

Інститут медичного права — це структурний елемент системи права, що є сукупністю правових норм, регулюючих певний вид однорідних суспільних відносин у сфері медичної діяльності.

До основних інститутів медичного права належать: управління у сфері охорони здоров'я, лікувально-профілактична допомога населенню, забезпечення лікарськими засобами, надання платних медичних послуг та ін.

Підгалузь медичного права — це структурний елемент системи права, що є відособленою частиною галузі права, яка регулює якісно однорідні групи суспільних відносин.

Серед підгалузей медичного права виділяються права населення в галузі охорони здоров'я, гарантії здійснення медико-соціальної допомоги громадянам, медична експертиза та ін.

Розглядаючи систему медичного права як учбову дисципліну, необхідно сказати про важливість внутрішньої будови медичного права з позицій освітнього процесу. За цим критерієм система медичного права включає загальну і особливу частини. Загальна частина включає норми, що мають значення для всіх інститутів і підгалузей медичного права. Це норми, регулюючі:

- організацію охорони здоров'я населення України;
- права людини в галузі охорони здоров'я;
- захист прав пацієнтів та ін.

У свою чергу особлива частина медичного права включає велику кількість інститутів, кожен з яких присвячений регулюванню певного різновиду суспільних відносин. До них належать:

- правове забезпечення медичної діяльності по плануванню сім'ї і регулюванню репродуктивної функції людини;

- юридична регламентація надання платних медичних послуг;
- юридичні аспекти надання психіатричної допомоги;
- дефекти надання медичної допомоги: юридична кваліфікація та ін.

І, нарешті, система медичного права як частина правової науки включає складові елементи медичного права, які піддаються науковому осмисленню з метою якнайповнішого та всебічного вирішення завдань, які стоять перед ученими. Система медичного права як частина правової науки включає такі основні напрями:

- теоретико-правові основи медичного права як комплексної галузі українського права;
- співвідношення і взаємодія медичного права з іншими галузями права;
- пошук оптимальних шляхів регламентації нових напрямів медичної діяльності;
- вдосконалення освітніх програм у галузі юридичної освіти та ін.

Таким чином, систему медичного права необхідно розглядати з позицій окремої галузі права, учбової дисципліни і частини правової науки. Саме таке, комплексне сприйняття, дозволяє більш глибоко пізнати ключові аспекти медичного права, досліджувати його складові елементи.

Розглядаючи систему медичного права, вельми важливо орієнтуватися в джерелах цієї галузі права. Під джерелом права (у теорії права нерідко нарівні з цим терміном уживається поняття "форма права") в загальнотеоретичному сенсі розуміють спосіб закріплення правових норм. Історично виділяють декілька джерел права. Це нормативно-правовий акт, правовий звичай, юридичний прецедент і нормативний договір. На сьогоднішній день найбільш поширеним джерелом є нормативно-правовий акт, який і буде далі показаний як основне джерело медичного права. В аспекті вивчення юридичної регламентації медичної діяльності необхідно відмітити, що джерела медичного права — це спосіб зовнішнього закріплення правових норм, регулюючих суспільні відносини у сфері медичної діяльності. З позицій сучасного розвитку правової науки можна виділити такі особливості джерел медичного права:

наявність в Конституції України положень, присвячених загальним питанням регламентації медичної діяльності (ст. 49);

існування загального нормативно-правового акта у сфері медичної діяльності - Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р.;

норми, що регулюють медичні правовідносини, нерідко розташовані в інших галузях права (кримінальне, цивільне, адміністративне й ін.), що пов'язане з розглянутою раніше комплексною природою медичного права.

Слід виділити чотири критерії для класифікації джерел медичного права:

Юридична сила.

Предмет регулювання.

Характер правового регулювання.

Сфера дії.

Відповідно до першого критерію (юридична сила) джерела медичного права діляться на закони і підзаконні акти. Закони у сфері медичного права - це нормативно-правові акти, що характеризуються вищою юридичною силою і що приймаються в установленому порядку по найбільш важливих питаннях медичної діяльності найвищим органом законодавчої влади України. Як приклади можна навести Закон України від 4 квітня 1996 р. № 123/96-ВР "Про лікарські засоби", Закон України від 24 лютого 1994 р. Л[®] 4004-ХІІ "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", а також Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-111 "Про захист населення від інфекційних хвороб".

Підзаконні акти у сфері медичного права — це акти, що приймаються на основі й у виконання законів України Президентом України, різними державними органами і органами місцевого самоврядування (Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України, органами управління охорони здоров'я на місцях, обласними радами тощо). Наведено приклади підзаконних актів як джерела медичного права:

— Указ Президента України від 6 грудня 2005р. № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення";

— Постанова Кабінету Міністрів України від 31 березня 2004 р. № 411 "Про затвердження Положення про Державний реєстр лікарських засобів";

— Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 2 вересня 2005 р. № 441 "Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених для застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів";

— Розпорядження Київської обласної державної адміністрації від 20 липня 2005 р. № 408 "Про проект Київської обласної комплексної програми розвитку сімейної медицини на 2005-2007 роки".

Загальне правило в структурі джерел права, яке діє також і в системі медичного права, полягає в тому, що закон за юридичною силою завжди більш значущий, ніж підзаконний акт. У разі виникнення суперечностей між положеннями закону і підзаконного акта по одному і тому ж питанню - діє закон.

Залежно від предмету регулювання джерела медичного права можуть бути загальні і спеціальні. Загальні характеризуються тим, що предмет їх регулювання достатньо широкий і охоплює як медичні правовідносини, так і правовідносини з інших галузей права. Це перш за все Конституція України, Цивільний кодекс України, Кримінальний кодекс України тощо. У свою чергу спеціальні джерела медичного права - це нормативно-правові акти, присвячені виключно питанням регулювання суспільних відносин у сфері медичної діяльності. Як приклади можна навести Закон України від 22 лютого 2000 р. М 1489-111 "Про психіатричну допомогу" або Закон України від 16 липня 1999 р. № 1007-XIV "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині".

За характером правового регулювання джерела медичного права можуть бути матеріальні і процесуальні. Нормативно-правові акти матеріального характеру переважно регулюють змістовну сторону медичних правовідносин, тобто права і обов'язки учасників. До такого роду джерел належать Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. Якщо ж говорити про джерела медичного права переважно процесуального характеру, то це акти, які регулюють порядок діяльності зі здійснення і захисту норм матеріального права, тобто визначають порядок, процедури здійснення тих або інших значущих для медичної діяльності явищ. Як приклад джерела медичного права з переважно процесуальним характером можна навести Наказ Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, Міністерства охорони здоров'я від 16 лютого 2001 № 38/63 "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, господарської діяльності з медичної практики та проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт", яке визначило порядок ліцензування медичної діяльності, здійснюваної на території України юридичними особами та індивідуальними підприємцями.

І, нарешті, залежно від сфери дії джерела медичного права можуть бути:

— загальнодержавні (нормативні акти Верховної Ради України, Президента України, Кабінету Міністрів України, центральних органів виконавчої влади тощо);

— республіканські (Автономна Республіка Крим);

— місцеві.

Перші діють на всій території України, другі і треті - тільки на певній території України. Закон України від 5 липня 2001 року № 2586-III "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" — приклад загальнодержавного джерела медичного права. В той же час Розпорядження Київської міської державної адміністрації від 04 жовтня 2005 р. "Про організацію профілактичних заходів щодо захисту населення м. Києва від захворювань на грип, пташиний грип та інших гострих респіраторних захворювань" - один з варіантів місцевих джерел медичного права.

§ 4. Медичне право як навчальна дисципліна і галузь науки

Медичне право як галузь права достатньо молода, вона не має поки тривалої історії існування. Реалії саме останніх 10-15 років зумовили можливість і необхідність виокремлення її як самостійної галузі права. Цьому сприяли і соціально-економічні перетворення в Україні, що повною мірою стосувалися охорони здоров'я, і інтенсифікація законотворчої роботи Верховної Ради України, депутати якої прийняли за цей час більше п'ятнадцяти законів, присвячених регулюванню суспільних відносин у різних напрямках медицини (що поставило питання стосовно створення Медичного кодексу України), і розробки теоретико-правового характеру, що показали наявність необхідних атрибутів і можливість існування медичного права¹. Нетривалий період існування медичного права, численні дискусії щодо його ролі і місця в системі правової і медичної науки і практики дозволяють з позицій сьогодення висвітлити основні питання, що мають значення для навчального процесу і наукової діяльності у сфері юридичної регламентації медичної діяльності.

Перш за все, необхідно зазначити декілька принципових обставин, за яких відбувалося становлення і розвиток медичного права як навчальної дисципліни. До них належать:

- викладання медичного права в системі медичної та юридичної освіти;
- відсутність упродовж тривалого часу якісно опрацьованих та науково обґрунтованих навчальних програм;
- незначна кількість фахівців у галузі юридичного забезпечення медичної діяльності;
- судово-медичний або організаційний "нахили" у викладанні медичного права для студентів-медиків;
- відсутність комплексного підручника з медичного права.

Дійсно, особливістю медичного права як учбової дисципліни є її універсальний характер, оскільки вона одночасно логічно вбудовується в структуру як юридичної, так і медичної освіти. В той же час не можна не сказати про нерівномірність розвитку цієї учбової дисципліни в медицині і юриспруденції. На практиці медичне право інтенсивніше розвивалося представниками медичного співтовариства. Це пов'язано з виникненням саме у медиків проблем правового характеру у сфері охорони здоров'я. Можна сказати, що саме життя зумовило виникнення інтересу до юридичних питань охорони здоров'я громадян у фахівців системи охорони здоров'я і медичної освіти¹. Останнім часом стало очевидним, що традиційне сприйняття професії лікаря як мистецтва, а не як ремесла, стало змінюватися. Розвиток законодавства, контроль якості медичної допомоги, негативні результати медичного втручання - ось далеко не повний перелік обставин, що сприяють підвищенню "юридизації" медичної професії. Реальні умови медичної практики зі всією очевидністю продемонстрували, що лікар, який не знає своїх прав і обов'язків і тієї межі, за якою настає відповідальність, не може бути допущений до професійної практики.

Система юридичної освіти стала сприймати медичне право як можливу складову частину навчальних планів з підготовки юристів також порівняно недавно. Мова йшла про спеціальні курси, спеціальні семінари з медичного права. Особливість такого становища полягала у факультативності цього предмету для студентів, у віднесенні медичного права до статусу учбових дисциплін за вибором студента. В зв'язку з цим у тих юридичних ВНЗ, де були кваліфіковані фахівці, медичне право

викладалося, в той же час учбові заклади, у складі яких не було таких викладачів, були позбавлені можливості введення в учбові плани дисципліни "медичне право".

На жаль, тривалий час у практиці розвитку і поширення медичного права були відсутні науково обґрунтовані навчальні програми. Процес створення таких програм для студентів медичного і юридичного профілів зводився в кращому разі до аналітичного огляду найбільш важливих у прикладному плані питань медицини, що мають правову значущість (лікарська таємниця, кримінальна відповідальність медичних працівників за професійні правопорушення, юридичне значення медичної документації і тощо). Частіше ж мова йшла про коментування нормативно-правових актів, прийнятих з актуальних проблем медичної діяльності. Перспективним такий підхід назвати не можна. В результаті у студентів не формувалася цілісна картина медичного права, вони не сприймали юридичне забезпечення медичної діяльності як напрям, що реально склався в медицині та юриспруденції.

Отримання майбутніми юристами вищої освіти має істотні відмінності від загальних підходів у медичній освіті. Річ у тім, що, як відомо, на старших курсах студент-юрист вибирає для подальшого навчання певну спеціалізацію. До недавнього часу типовими спеціалізаціями в більшості вузів юридичного профілю були державно-правова, цивільно-правова і кримінально-правова. У такій ситуації висвітлення питань медичного права могло бути представлене в одному з наступних варіантів:

— як окрема частина в структурі предмету судової медицини;

— як спеціальний курс за вибором студента;

— як одна з дисциплін у програмі спеціалізації.

Стримуючим чинником у розвитку медичного права як учбової дисципліни є незначна кількість фахівців у галузі юридичного забезпечення медичної діяльності. В ідеалі викладати медичне право повинні фахівці з двома вищими освітами - медичною та юридичною. Зараз, коли здобуття другої вищої освіти в хорошому сенсі цього слова увійшло до моди, є надії на збільшення кількості таких осіб і покращання якості їх знань. Беручи до уваги, що медична освіта, на відміну від багатьох інших (зокрема юридичної), отримується виключно на денній формі навчання, реальніша картина отримання лікарем вищої юридичної освіти (вечірньої або заочної форми), ніж отримання юристом вищої медичної освіти протягом 6-ти років у медичному ВНЗ.

Аналізуючи стан медичного права як учбової дисципліни, не можна не зазначити певний ухил у бік судово-медичних або організаційних кафедр, які займаються викладанням медичного права в медичних навчальних закладах. Історично склалося, що в радянський період існування нашої країни актуальні проблеми медико-правової науки і практики вивчалися студентами медичних вузів у рамках кафедр судової медицини, соціальної гігієни і організації охорони здоров'я. Проте, якщо раніше це могло бути виправдано, то зараз, коли стрімко розвивається медичне законодавство, коли медичне право реально формується як самостійна галузь права, коли знання юридичних основ професійної діяльності лікаря - веління часу, повинно стояти питання про створення самостійних кафедр медико-правового напрямку.

Таким чином, не викликає сумнівів той факт, що створенню самостійних кафедр, що займаються викладанням медичного права, на сьогоднішній день немає альтернативи. Саме таким чином є можливість підняти рівень викладання цієї дисципліни і повною мірою реалізувати на практиці вивчення студентами всіх актуальних питань правового регулювання суспільних відносин у сфері медичної діяльності.

Не сприяла до теперішнього часу розвитку медичного права як навчальної дисципліни й відсутність базового підручника, який відповідав би всім вимогам, що пред'являються до такого роду видань. З другої половини ХХ століття можна виділити три періоди у виданні літературних джерел (монографії, навчальні і практичні посібники, наукові видання), які були достатньою мірою відомі і в тому або

іншому варіанті використовувалися в учбовому процесі при викладі питань юридичної регламентації медичної діяльності.

Перший період прийшовся на 60-ті - середину 70-х років XX століття, коли суспільство за рахунок бурхливого розвитку трансплантології, реаніматології, генетики зіткнулося з великою кількістю раніше невідомих проблем морально-етичного і правового характеру. З цієї причини були витребувані дослідження в галузі правового регулювання цих напрямів і медичної діяльності взагалі. Результати подібних досліджень стали доступними широкій громадськості¹. Слід зазначити величезне значення, яке ці роботи мали для розвитку науки медичного права та її становлення як навчальної дисципліни. Надалі саме ці роботи значною мірою визначили розвиток медичного права.

Другий період в появі певних літературних джерел з питань медичного права охоплює період з кінця 70-х років до 1991 року, до початку політичних і соціально-економічних перетворень, що привели до незалежності України. Тут основна увага приділялася питанням правових аспектів організації охорони здоров'я, юридичній відповідальності медичних працівників, організаційно- правовим питанням профілактичної медицини².

І, нарешті, третій період, що бере свій початок з 1992 року і продовжується в теперішній час, пов'язаний з кардинальними змінами всіх сторін життя суспільства, у тому числі і сфери охорони здоров'я громадян. На розвиток правової бази охорони здоров'я і випуск літератури з даних питань вплинуло багато чинників, наприклад:

- істотні зміни нормативно-правової бази надання медичної допомоги;
- поява приватної медицини;
- розвиток добровільного медичного страхування;
- можливість для пацієнта всіма доступними засобами, зокрема зверненням до суду, захищати свої права при наданні медичної допомоги та ін.

Як важливий чинник розвитку медичного права необхідно зазначити величезну роль і значення, яку мала для всього пострадянського медико-правового простору робота відомого російського фахівця в галузі медичного права доктора юридичних наук, професора Московської державної юридичної академії М.Н. Малєїної. Її праця під назвою "Людина і медицина в сучасному праві", що вийшла друком у 1995 році, без сумніву, стала однією з найяскравіших подій у розвитку медико-правового напрямку¹. Ця робота багато в чому сприяла інтенсифікації досліджень у цій галузі і випуску нових монографій і учбових матеріалів. З'явилися нові роботи, що носили, поза сумнівом, позитивний характер, розкривали окремі питання медичного права, його основи або найбільш важливі аспекти². Все вищесказане зумовило і зробило своєчасною ідею видання підручника з медичного права.

Медичне право як галузь науки пов'язане з дослідженнями системних і окремих питань юридичного регулювання медичної діяльності. Виходячи з уявлень про міждисциплінарний характер медичного права (науковими розробками в рамках якого займаються медики, юристи, філософи, соціологи, фахівці з біомедичної етики тощо) можна визначити науку медичного права як сукупність правових, медичних та інших поглядів, уявлень та ідей, що розкривають основні положення і суть медичного права, зумовлюють розвиток цієї галузі права в майбутньому.

Завдання науки медичного права визначаються значенням науки в розвитку державно-правових явищ і внеском у вдосконалення вітчизняної юриспруденції і сфери охорони здоров'я. До основних завдань науки медичного права належать:

- вивчення українського медичного права;
- дослідження особливостей передового зарубіжного досвіду в галузі юридичної регламентації медичної діяльності;

- пошук правових шляхів запровадження обов'язкового медичного страхування та удосконалення добровільного медичного страхування;
- розробки в галузі оптимізації освітніх програм у сфері юридичної і медичної освіти;
- дослідження в галузі історії правового регулювання медичної діяльності;
- теоретико-правові аспекти медичного права;
- вироблення пропозицій, спрямованих на вдосконалення законодавчої бази сфери охорони здоров'я в Україні тощо.

Ці завдання вирішуються за допомогою різних заходів, проте, основна увага повинна бути приділена:

1. Формуванню наукових шкіл у сфері медичного права.
2. Проведенню наукових конференцій, в яких обговорюються проблеми правового забезпечення медичної діяльності.
3. Виданню монографій з медико-правового напрямку.

Розвиток тієї або іншої науки на певному етапі в конкретному науковому колективі може зробити якісний стрибок. Коли той чи інший науковий напрям стає пріоритетним, у цьому колективі виходить велика кількість наукової продукції (наукові статті, дисертаційні дослідження, монографії і т.п.), на отриманні результати орієнтуються учені з інших організацій і установ. Все це є передумовами формування наукової школи. Всім відомо, наскільки важливі наукові школи в розвитку багатьох галузей права і розділів медицини. З позицій сьогодення сприйняття розвитку медичного права як приклад з Російської Федерації можна навести формування наукової школи медичного права під керівництвом доктора юридичних наук, професора, академіка, заслуженого діяча науки Російської Федерації В.П. Сальникова. Будучи фундатором нового для юриспруденції наукового напрямку, пов'язаного з розробкою проблем правової культури і шляхів її формування, відомий російський фахівець у галузі теорії права, він зумів передбачити стрімкий розвиток медичного права і сам приклав зусилля для становлення нової галузі права. Критерії, покладені в основу такого висновку, достатньо об'єктивні і полягають у наукових дослідженнях, що проводяться під керівництвом В.П. Сальникова, що присвячені актуальним проблемам правового регулювання медичної діяльності, в наукових статтях, що публікуються в провідних журналах, в дисертаційних роботах, що виконуються і успішно захищаються з медико-правових проблем, у наукових виданнях, що користуються популярністю і затребувані як в Росії, так і в країнах СНД. В.П. Сальников є автором і керівником проекту в серії "Право і медицина", що успішно реалізовується у видавничій справі. Останнім часом у цій серії вийшли видання, в яких аналізуються невіршені проблеми медичного права¹.

Наукові конференції покликані надати можливість ученим викласти результати своїх досліджень і, у разі успішного проведення форуму, дати новий імпульс науковим пошукам і розробкам. Досить тривалий час наукові дослідження у сфері правового регулювання охорони здоров'я могли бути презентовані на суд наукової громадськості в рамках науково-практичних конференцій з судової медицини, організації охорони здоров'я, загальноправової тематики. Часто мова йшла про можливість виступити в рамках роботи секційних засідань, пленарні ж доповіді з медичного права були швидше виключенням з правил.

Проте зміни, про які в підручнику йшлося раніше, зумовили підвищення інтересу до медичного права і стрімкий розвиток юридичного забезпечення медичної діяльності, торкнулися і питань науково-практичних форумів. За останні роки стало відомо про декілька значущих наукових конференцій, виключно присвячених проблемам правового регулювання сфери охорони здоров'я.

Розглядаючи видання монографій з медико-правового напрямку, слід зазначити три ключові чинники.

Перший полягає в тому, що книги взагалі в даний час стало видавати значно простіше. Зростає кількість друкарень, зменшується собівартість видань, окремо взятому авторові в принципі цілком під силу здійснити видання своєї праці з того або іншого напрямку. Не є виключенням і книги з юридичної регламентації медичної діяльності. Сьогодні існує достатня кількість праць, написаних різними авторами з питань медицини і права. Їх автори - частіше медичні працівники, рідше - юристи.

Другий чинник - тиражі (наклади) видань. Якщо раніше (за радянських часів) було набагато важче видати результати своїх наукових досліджень, проте, коли це все ж таки вдавалося, держава забезпечувала значний тираж. Цифри в 5 або 10 тисяч екземплярів наукового видання нікого не дивували. Зараз же легкість видання книг породила іншу проблему - малотиражність. Переважно монографії з правового регулювання медичної діяльності виходять тиражами (за рідкісним виключенням), що не перевищують 1-2 тисяч екземплярів. З цієї причини доступність таких видань стала набагато меншою. Якщо ж вести мову про бібліотеки, то, на превеликий жаль, вимоги до обов'язкових екземплярів, які повинні спрямовуватися в провідні бібліотеки України, далеко не завжди видавцями виконуються. Результатом такої ситуації є неможливість для більшості авторів донести свою позицію щодо розвитку медичного права, окремих питань юридичного забезпечення охорони здоров'я до широких кіл читачів.

І, нарешті, третя обставина - якість наукових видань. Це може вважатися визначальним чинником у всій системі відношення до монографій на медико-правову тематику. Важливо, щоб кожна робота містила в собі раціональне зерно, відкривала щось нове або по-новому інтерпретувала відомі факти. На жаль, не рідкістю є видання, що містять думку авторів про медичне законодавство, не підтверджену серйозними аргументами. Результати наукових досліджень повинні використовувати як для вдосконалення навчального процесу, так і для пошуку шляхів поліпшення нормативно-правової бази охорони здоров'я. Саме при такому підході є надії на якісну співпрацю науки і практики медичного права.

Матеріали, що містяться в першому розділі, свідчать про реальність існування медичного права як окремої комплексної галузі права. В той же час існує нагальна потреба конструювання якісного правового забезпечення системи охорони здоров'я, що дозволить більш зважено підходити до проблеми правової природи численних відносин, що виникають у процесі медичної діяльності.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Дайте визначення поняття предмету медичного права. Що розуміють під медичною діяльністю?

Дайте визначення поняття методу медичного права. Які методи використовує медичне право?

Назвіть основні причини, які свідчать про комплексну природу медичного права. Дайте визначення медичного права.

Що таке медичне правовідношення? Які основні види медичних правовідносин?

Як можна визначити склад медичних правовідносин? Охарактеризуйте його елементи.

Які бувають групи суб'єктів медичних правовідносин? Яким умовам повинні відповідати пацієнт і медична установа, щоб вважатися суб'єктами медичних правовідносин?

Дайте визначення і охарактеризуйте поняття юридичного факту у сфері надання медичної допомоги.

Що розуміють під системою медичного права? Назвіть і дайте визначення елементів системи медичного права як галузі права, учбової дисципліни і частини правової науки.

Дайте визначення і класифікуйте джерела медичного права.

Назвіть і охарактеризуйте обставини, в яких відбувалося становлення і розвиток медичного права як навчальної дисципліни.

Охарактеризуйте медичне право як частину правової науки.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. — М.: Издательство ПРИОР, 2000. - 208с.

- Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С. Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. С. 115-172, 328-342.
- Ардашева Н.А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву. - СПб.: СпецЛит, 2007. - 528 с.
- Бабаев В.К., Баранов В.М., Толстик В.А. Теория государства и права в схемах и определениях. Учебное пособие. — М.: Юрист", 2003. - 256 с.
- Беседкина Н.И., Дмитриев Ю.А., Иваева З.А., Шленева Е.В. Медицинское право. Учебное пособие. - М.: Злит, 2006. - 495 с.
- Билинская М.Н. Стандартизация высшего медицинского образования на Украине: шаги интеграции в европейское сообщество // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 364-365.
- Болотіна Н. Медичне право в системі права України // Право України. - 1999. - № 7. - С. 116-121.
- Вороненко Ю.В., Радиш Я.Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку // Український медичний часопис. - 2006. - № 5. - С. 5-10.
- Гладун З. Медичне право - комплексна галузь права України // Право України. - 2007. - № 4. - С. 100-105.
- Зильбер А.П. Связи медицины и юриспруденции (к проблеме медицинского труэантизма) // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С.21-25.
- Калита В. Медицина та право мають крокувати поряд // Українська медична газета. — 2007. - № 10. - С. 6.
- Калита В. Чому б лікареві не подружити з юристом? Ваше здоров'я. - 2007. - № 25. - С. 15.
- Квернадзе Р. А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения // Госуд. и право. 2001. 8. -С. 99-104.
- Луць Л.А. Загальна теорія держави та права: Начально- методичний посібник. - К.: Атіка, 2007. - 412 с.
- Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие. - М.: БЕК, 1995. 272 с.
- Мельникова Л. С. Концептуальные основы правового регулирования в области здравоохранения / Под ред. академика РАМН О.П. Щепина. - М.: Хризосом, 2001. - 258 с.
- Общая теория государства и права: академический курс в 3-х т. Изд. 2-е, пер. и доп. Отв. ред. проф. М.Н. Марченко. - М.: Зерцало-М, 2001.
- Павлова Н.В. Уголовно-правовое регулирование медицинской деятельности: Автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.08 / Московский госуд. унив-т им. М.В. Ломоносова, 2006. - 20 с.
- Поляков И.В., Максимов А.В. Особенности медицинского права как комплексного правового образования // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. -С. 141-143.
- Правовое обеспечение профессиональной медицинской деятельности: учеб. пособие / Н.Ф. Герасименко (и др.). - Ростов Н/ Д.: Феникс, 2007. - 159 с.
- Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении (материалы научно-практической конференции. - М., 20 ноября 2006 г.). - М.: Юриспруденция, 2007. - 136 с.
- Стеценко В.Ю. Предмет, метод і система медичного права // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (19- 20 квітня 2007 р., м. Львів) / Упор, к.ю.н. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. - Львів: Медицина і право, 2007. - С. 297-301.
- Стеценко В.Ю. Актуальні проблеми медичного права в сучасних умовах соціально-економічного розвитку // "Актуальні проблеми економічного та соціального розвитку України в сучасних умовах" (19-20 квітня 2007 року). Збірник матеріалів ІХ науково-теоретичної конференції - К.: РВПК ЕКСЛІБРИС, 2007. - С. 95-96.
- Стеценко С.Г. Основы медицинского права в системе базовой и последипломной подготовки врача. Учебное пособие. — М.: Российская медиц. академия последипломного образования, 2002.-37 с.
- Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет (в Москве), 2002. - 250 с.
- Стеценко С.Г. Медицинское право. Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 17-58.

- Теліпко В.Е. Універсальна теорія держави і права: Підручник. - К.: БІНОВАТОР, 2007. - 512с.
- Теория права и государства. Учебное наглядное пособие / Под общ. ред. В.П. Сальникова. - СПб.: Санкт-Петербургская академия МВД России, 1998. - 81 с.
- Тихомиров А. Медицинское право - реальность нового времени // Право и жизнь. - 2002. - № 45. - С. 74-81.
- Шевчук С.С. К проблеме медицинского права // Северо-Кавказский юридический вестник. - 2002. № 3. - С. 54-62.

Глава 2. МЕДИЧНЕ ПРАВО В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

§ 1. Рівні соціального регулювання медичної діяльності.

§ 2. Роль і значення лікарської етики і деонтології в загальній структурі соціального регулювання медичної діяльності.

§ 3. Біоетика як комплексна наука, що займається питаннями медицини в рамках захисту прав людини.

§ 1. Рівні соціального регулювання медичної діяльності

У процесі еволюції регулювання суспільних відносин у сфері медичної діяльності сформувалася цілісна картина впорядкування сфери охорони здоров'я та її особливостей. Взаємодія окремих правил поведінки, норм і складає загальну систему соціальної регуляції (від лат. socialis - суспільний). Ефективність впливу різних соціальних норм на сферу охорони здоров'я сприяє стабільному розвитку медичної складової держави із забезпечення прав і законних інтересів як пацієнтів, так і медиків, певною мірою зумовлює розвиток законотворчого процесу у сфері медичної діяльності.

Розглядаючи загальну структуру медичної діяльності, необхідно розрізнити такі види соціальних норм, які регулюють численні суспільні відносини, що виникають у різних напрямках охорони здоров'я, які ми називаємо медичними правовідносинами:

- норми моралі;
- звичаї;
- корпоративні норми;
- норми права.

Слід зазначити, що всі перераховані види соціальних норм діють як складові частини загальної системи регламентації медичної діяльності. Вони органічно пов'язані один з одним. Для повнішого розуміння ролі і значення кожного з видів соціальних норм необхідно дати їм визначення з позицій медичного права.

Норми моралі як соціальний регулятор медичної діяльності є правилами поведінки, які встановлюються в суспільстві стосовно медицини відповідно до уявлень людей про добро і зло, справедливість і несправедливість. Норми моралі забезпечуються і охороняються внутрішнім переконанням людини і силою громадської думки. Історично вельми довгий час норми моралі були основним, а нерідко і єдиним регулятором взаємин лікарів і їх пацієнтів, а також визначальним мотивом у професійній діяльності медиків. Саме на цій підставі і сьогодні ще зустрічаються точки зору про переважаючу роль моральних цінностей в оцінці професійних вчинків медиків. Проте розвиток медичного права, диференціація медичних правовідносин, вдосконалення законодавства про охорону здоров'я доводять пріоритет правових норм.

Звичаї як соціальний регулятор медичної діяльності - це правила поведінки, що склалися у медичному середовищі і в результаті їх багаторазового повторення стали звичними для людей. Звичаї, якщо їх розглядати з позицій лікарів, мають безпосереднє відношення до їх професійної діяльності. Наприклад, існуючий звичай типового обстеження хворого, коли після розпитування скарг

на здоров'я з'ясовується анамнез (історія) хвороби і життя людини, об'єктивний статус. У наш час це є звичайною справою для медичних працівників, проте, за своєю соціальною природою це звичай, який внаслідок доцільності і багаторазового повторення став звичним для медиків. Або можна навести приклад звичайної практики призначення лікарем консультацій інших (вузьких) фахівців за наявності у хворого можливих відхилень з боку різних органів і систем. Правові документи часто не містять такого роду деталізуючих норм, але в той же час як звичаї вони, безумовно, відіграють роль соціального регулятора медичної діяльності. В цілому звичаї можна порівняти із неписаними правилами надання медичної допомоги.

Корпоративні норми як соціальний регулятор медичної діяльності це правила поведінки, що встановлюються різними громадськими організаціями, які забезпечуються і охороняються за допомогою заходів соціального впливу, передбачених статутами цих організацій. Особливістю корпоративних норм є той факт, що вони регулюють суспільні відносини між членами цих організацій. Поза організаціями такі норми не діють.

Медичне співтовариство з давніх часів відрізнялося корпоративністю. Це виявлялося в особливого роду солідарності, у взаємній пошані один до одного, в прагненні "не виносити сміття з хати" при дефектах надання медичної допомоги. Останнє найбільш показово при проведенні судово-медичних досліджень з приводу так званих "лікарських справ", де проведення подібних досліджень обов'язкове, і медики, яких обвинувачують в тому чи іншому професійному правопорушенні, і судово-медичні експерти є представниками лікарської професії, тобто їм властива та сама корпоративність, про яку йдеться. З цих причин існує думка, що нерідко висновки судових медиків формулюються з тим акцентом, який здатний найменше нашкодити обвинуваченому лікарю.

Важливим з практичної точки зору є питання про співвідношення норм права і моралі в структурі соціальної регуляції медичної діяльності. Це співвідношення необхідно розглядати з чотирьох позицій: 1) спільне; 2) відмінності; 3) взаємодія; 4) суперечності.

Єдність норм моралі і права в системі медичної діяльності полягає в тому, що вони:

- є різновидами соціальних норм;
- впливають на один і той самий об'єкт регулювання;
- використовуються для впорядкування суспільних відносин у сфері охорони здоров'я.
- Відмінності між моральними нормами і нормами права при регламентації медичної діяльності зводяться до того, що:
 - моральні норми формуються у свідомості людей, тоді як норми права встановлюються або санкціонуються державою;
 - моральні норми носять абстрактний характер, а правові - достатньо деталізований;
 - порушення моральних норм призводить до заходів суспільного впливу за рахунок сили громадської думки, тоді як порушення норм права забезпечується державним примусом.

Останнє положення найбільш суттєве, оскільки показує, що і моральні, і правові норми при регламентації медичної діяльності є важливими, тільки останні забезпечуються примусом держави.

Взаємодія норм моралі і правових норм зводиться до того, що:

- вони багато в чому схожі у вимогах до медичної діяльності;
- створення норм медичного законодавства базується на моральних та етичних принципах;

— моральні норми позитивно впливають на законність і правопорядок у сфері охорони здоров'я.

Разом з тим при регулюванні медичної діяльності норми моралі і норми права мають певні суперечності, що найбільш чітко виявляються у сферах:

— трансплантації органів і тканин при використанні в якості трансплантатів органів та тканин, узятих від трупа;

— штучного переривання вагітності при оцінці права на життя людини, що не народилася;

— військово-медичної служби (сортування поранених);

— клонування та в інших репродуктивних технологіях.

Для більш якісного розкриття особливостей правового регулювання медичної діяльності необхідно розглядати право в рамках загальної структури соціального регулювання сфери охорони здоров'я. За багато століть існування медицини сформувалися певні рівні регулювання процесу надання медичної допомоги, які відображали вплив суспільства на професійну діяльність медиків. Ці рівні, що є складовими соціальної регуляції, у структурі медичного права сприяють більш якісному сприйняттю норм права стосовно охорони здоров'я, а також показують доцільність етапної системи навчання, підвищення рівня їх правової культури.

Необхідно розрізнити такі рівні соціального регулювання медичної діяльності:

лікарська етика і медична деонтологія;

біомедична етика (біоетика);

медичне право.

Ці рівні з точки зору медичного права необхідно розглядати з двох позицій. По-перше, вони повинні послідовно використовуватися і висловлюватися у процесі правового навчання студентів медиків, що передбачає необхідність 3-рівневої підготовки майбутніх лікарів. На молодших курсах вивчається лікарська етика і деонтологія, орієнтовно на 3-му курсі - біомедична етика, а потім, на старших курсах - медичне право. По-друге, студентам юридичних вузів і факультетів необхідно знати про рівні соціального регулювання медичної діяльності для більш повного і якісного сприйняття ролі і місця медичного права, юридичних механізмів у системі регламентації надання медичної допомоги.

Прогрес багатьох напрямів медицини в другій половині ХХ ст. ознаменувався появою низки не відомих раніше проблем. Століттями усталені принципи охорони здоров'я людей зазнавали значних змін. Трансплантація органів і тканин людини, генна інженерія, створення нових лікарських засобів відкрили перед людством можливості розширення його впливу на ті процеси і хвороби, які раніше здавалися невиліковними.

У той же час, паралельно описаним процесам, піднімалися питання регулювання медичної діяльності. На цьому етапі можна виділяти вказані раніше форми соціального регулювання процесу надання медичної допомоги. Різні рівні регламентації не можна протиставляти один одному. Всі вони є своєрідними ланками одного ланцюга, який забезпечує гуманність і законність організації та безпосереднього виконання лікувальних процедур. Мораль, біоетика і право служать спільній меті - впорядковуванню суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, узгодженню інтересів особи і суспільства, забезпеченню реалізації людиною своїх законних прав у сфері надання медичної допомоги. Моральне і етичне регулювання у медицині слугує своєрідним етичним орієнтиром, що формує світогляд лікаря, його розвиток на принципах гуманізації медичної професії, дотримання належних правил як надання медичної допомоги, взаємин з колегами, так і низки інших проблемних напрямів охорони здоров'я.

§ 2. Роль і значення лікарської етики і деонтології у загальній структурі соціального регулювання медичної діяльності

Професія лікаря і в стародавні часи, і сьогодні є однією з найбільш гуманних, що зумовлює суть і значення ставлення суспільства до представників цієї професії. Кожна людина впродовж життя хоча б раз стикалася з необхідністю звернення до лікарів з приводу тих або інших хвороб. Будь-яка людина, що прийшла на прийом до лікаря, має право сподіватися на гідне, шанобливе ставлення. Якраз цими проблемами і займаються лікарська етика і деонтологія.

Для розуміння суті цього явища є важливим використання правильної термінології¹. З позицій соціального регулювання медичної діяльності лікарська (медична) етика — це різновид професійної етики, що включає сукупність морально-етичних правил і принципів надання медичної допомоги. Медична етика слугує своєрідною теоретичною основою, обґрунтуванням морально-етичної поведінки медичних працівників. Деонтологія (від грецьк. deon, deontos - належне; належне + logos - вчення) може розглядатися як складова частина медичної етики, свого роду її практичне застосування, яка займається проблемами належної поведінки медика при безпосередньому виконанні своїх професійних обов'язків.

Засновником лікарської етики заслужено вважається Гіппократ, який систематизував правила медичної етики, що існували на той час, на підставі багатовікового досвіду медицини. Його праці "Клятва", "Про лікаря", "Про благопристойну поведінку" містили кодекс моральних норм, обов'язкових для тих, хто вибрав лікування своєю професією. Саме Гіппократу належить відомий вислів: "Медицина є найблагородніше зі всіх мистецтв". Термін "деонтологія" ввів в ужиток англійський філософ І. Бентам у своїй книзі "Деонтологія, або наука про мораль". Деонтологія дещо протиставлялася етиці, оскільки якщо етика в загальновизнаному тоді розумінні була соціальним інститутом, що вивчав правильну поведінку людей у суспільстві, то деонтологія розумілася як особиста поведінка індивіда.

Пріоритет серед лікарів у питаннях лікарської етики належить видатному клініцистові С.П. Боткіну, який вперше в практиці російської медицини обґрунтував необхідність створення етичного кодексу російського лікаря. Проблеми деонтології в медицині вперше були висвітлені в роботах відомого хірурга-онколога М.М. Петрова, що розкрив зміст деонтології і показав шляхи її розвитку.

Часто актуальністю проблем законотворчості і необхідністю у зв'язку з дим швидкого ухвалення нових правових актів пояснюється деяка зневага законодавців і неуввага до питань медичної етики і деонтології, що є неприпустимим. Поверхневий, недостатньо відпрацьований, створений без урахування етичних і деонтологічних передумов правовий акт, без сумніву, більш шкідливий, ніж корисний. Відомо, що велика кількість положень сучасної медичної етики сформована на основі стародавніх постулатів. Широке розповсюдження у медицині має вислів: "Salus aegroti suprema lex" ("Благо хворого - вищий закон"). Тут, без сумніву, криється одна з головних складових всього сенсу етичного напрямку в медицині. Йдеться про основний принцип медичної діяльності, відповідно до якого головним правилом, "вищим законом" для лікаря при виконанні ним професійних обов'язків є і повинен бути пріоритет хворого, його блага, його здоров'я. На сьогоднішній день цей принцип може бути затребуваний і в процесі медичної законотворчості: правові акти в системі охорони здоров'я повинні бути орієнтовані на хворого, на його права і дотримання його законних інтересів.

Існує достатня кількість документів щодо лікарської етики і медичної деонтології. Впродовж вельми тривалого часу етичні положення не піддавалися кодифікуванню та існували або у вигляді окремих положень і висловів, або у вигляді перекладених і адаптованих праць стародавніх мислителів (Гіппократ, Гален та ін.). На сьогодні, як правило, лікарі орієнтуються на документи, прийняті в другій половині ХХ - на початку ХХІ ст., у епоху світових інтеграційних процесів. З позицій рівнів соціального регулювання медичної діяльності і питань медичного права необхідно проаналізувати основні з них.

Женевська декларація Всесвітньої Медичної Асоціації, прийнята в 1949 р., із змінами і доповненнями 1968 і 1983 рр., орієнтована на випускників медичних вузів - майбутніх лікарів. Декларація є своєрідною клятвою лікаря, містить ряд положень, які доцільно навести у зв'язку з даною проблематикою правового регулювання медичної діяльності. "Я виконуватиму свій професійний обов'язок чесно і з гідністю" або "Я не дозволю з міркувань релігії, національності, раси, політичних переконань або соціального походження перешкодити виконанню мого обов'язку і постати між

мною і моїм пацієнтом". Моральні цінності, відображені в цієї Декларації, з певними змінами присутні і в правових актах про медицину. Повною мірою за такі можна вважати положення про обов'язок лікаря незалежно від соціальних та інших ознак пацієнта надавати останньому допомогу (а це вже не побажання, не тільки право пацієнта, а обов'язок лікаря). У разі ненадання медичної допомоги лікарем вже йдеться про юридичну відповідальність, аж до кримінальної.

Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації у 1948 р., із змінами і доповненнями 1968, 1983, 1994 рр., - документ, що визначає критерії неетичності в поведінці медичного працівника, а також обов'язку лікаря по відношенню до хворого і один до одного. Важливим є положення, при якому "завжди, коли обстеження або лікування вимагають знань, що перевищують його (лікаря - Авт.) здібності, він повинен запросити інших лікарів, що мають відповідну кваліфікацію". Яскраво виражений правовий характер, колегіальний принцип прийняття рішень у ряді випадків у клінічній медицині базується саме на такому етичному положенні.

Лікарська таємниця, як поняття, що знайшло своє віддзеркалення у правових документах з охорони здоров'я, також представлена в Міжнародному кодексі медичної етики. Йдеться про положення Кодексу: "Лікар повинен зберігати абсолютну конфіденційність у всьому, що стосується пацієнтів, які йому довіряються" . У цьому також виявляється зв'язок морально-етичних і правових норм у регулюванні медичної діяльності.

Декларація про незалежність і професійну свободу лікаря, прийнята Всесвітньою Медичною Асоціацією у 1986 р., визначає пріоритети професійної незалежності лікаря. "Професійна свобода лікаря передбачає свободу від стороннього втручання у лікувальний процес. Завжди і всюди слід охороняти і захищати незалежність професійних медичних й етичних рішень лікаря" - так у Декларації проголошується незалежність лікаря при виконанні професійних обов'язків. Йдеться не про питання адміністративної підлеглості, а, перш за все, про свободу ухвалення рішень щодо користі хворого - тактики і схеми лікування, застосування тих або інших методів, іншими словами - всього того, що спрямоване на благо хворого.

Період демократичних перетворень в Україні характеризується прийняттям низки документів, присвячених морально-етичному і деонтологічному регулюванню медицини. Звертаємо увагу на ст. 76 Основ законодавства України про охорону здоров'я - "Присяга лікаря" та Клятву лікаря, що затверджена Указом Президента України 15 червня 1992 року. Цю клятву повинні давати усі випускники вищих навчальних закладів України. Отримуючи звання лікаря, випускник присягається "усі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров'я людини, лікуванню і запобіганню захворюванням, надавати медичну допомогу всім, хто її потребує, зберігати лікарську таємницю, додержуватись правил професійної етики...". Аналіз цього документу дає можливість зробити висновок, що цей акт містить усі важливі норми медичної етики і деонтологічні принципи, враховує міжнародний досвід та етичні норми клятви Гіппократа. А. Савицька зазначала, що головне значення присяги лікаря - це вираз суспільного обов'язку медичних працівників. Обов'язки, закріплені у присязі, є моральні вимоги до професії, що отримали правове закріплення. Як зазначала автор, норми, які передбачають обов'язки лікаря у присязі, поєднують у собі якості юридичного веління з якостями морально-ідеологічного імперативу: це такі правові норми, які визначають належну поведінку лікаря у сфері його професійної діяльності не лише з точки зору права, але і моралі¹.

В Україні на сьогодні ще немає Етичного кодексу українського лікаря, хоча є численні авторські напрацювання у цьому напрямі. Зокрема, розроблено авторський проект Етичного кодексу українського лікаря, що був поданий на 1-ий Національний конгрес з біоетики. Цей кодекс пропонується затвердити Асоціацією лікарів і зробити зводом моральних норм, за порушення яких передбачається застосовувати засоби громадського впливу. Автори підручника підтримують пропозицію про доречність розроблення і прийняття Етичного кодексу лікаря України, який структурно може виглядати так:

Розділ I. Загальні положення, у якому були б закріплені етичні основи професійної діяльності лікарів, принципи надання медичної допомоги, моральні орієнтири і завдання професійної лікарської діяльності;

Розділ II. Загальні обов'язки лікарів, де можна було б передбачити загальні обов'язки лікарів і їхнє призначення у суспільстві, мету і умови лікарської діяльності;

Розділ III. Спеціальні обов'язки лікарів, у якому окремими підрозділами можна визначити:

Лікар і пацієнт, де доречно висвітлити права пацієнтів, регламентувати реалізацію цих прав через обов'язки лікарів;

Лікар і права членів сім'ї, законних представників;

Взаємодія і відносини з колегами та іншими працівниками системи охорони здоров'я;

Розділ IV. Відповідальність за порушення норм Етичного кодексу лікаря України, розкрити питання видів юридичної відповідальності у цьому аспекті та забезпечити механізм усунення дублювання у регулюванні цієї проблеми;

Розділ V. Заключні положення, у якому зазначити межі дії Кодексу, порядок перегляду і зміни норм Кодексу.

На думку авторів, цей Кодекс повинен бути затверджений Указом Президента України, на зразок Клятви лікаря України, і, відповідно, має стати підзаконним нормативно-правовим актом.

Ще в середині ХХ століття І. Давидовський, вивчаючи проблеми лікарських помилок, справедливо зазначав, що лікареві доручається турбота про людське здоров'я і життя, його моральна відповідальність через це набуває специфічних рис у порівнянні з іншими професіями, що не мають у людині прямого об'єкту їх дії. Цей вислів вельми актуальний і в наш час. Важливим є зв'язок між етичними похибками і правовими порушеннями в процесі надання медичної допомоги. Очевидно, що в тих медичних колективах, де спостерігаються порушення морально-етичних і деонтологічних норм, вірогідніші проблеми юридичного характеру. В зв'язку з цим підвищується актуальність проблеми відповідальності за морально-етичні порушення з метою запобігання серйозній правовій провіні з боку медиків.

§ 3. Біоетика як комплексна наука, що займається питаннями медицини в рамках захисту прав людини

Виходячи із запропонованої раніше багаторівневої системи соціального регулювання медичної діяльності, наступним після лікарської етики і медичної деонтології рівнем є біомедична етика (біоетика). Розвиток біоетики став реальним і можливим тільки в другій половині ХХ ст., коли світова спільнота зіткнулася з двома важливими обставинами: 1) пріоритет прав людини і зосередження уваги до захисту цих прав і 2) прогрес багатьох напрямів медицини (трансплантологія, генетика, реаніматологія та ін.). Розвиток нових медичних технологій виявив велику кількість морально-етичних проблем, які не могли бути вирішені в рамках лікарської етики і деонтології. У зв'язку з цим виходом із ситуації, що склалась, стало закріплення біоетики як міждисциплінарної галузі знань, як науки, що дає можливість пояснити морально-етичні і правові аспекти медицини.

Важливу роль у розумінні біомедичної етики як одного з рівнів регулювання медичної діяльності відіграє визначення самого поняття. У контексті розгляду рівнів соціального регулювання медичної діяльності біоетика (біомедична етика) — це міждисциплінарна наука, що займається вивченням морально-етичних, соціальних і юридичних проблем медичної діяльності в контексті захисту прав людини.

Фундатором біоетики вважається американський біолог В.Р. Поттер, який у 1971 р. опублікував книгу "Біоетика, міст у майбутнє", де висвітлював цю науку в ракурсі біологічних знань і загальнолюдських цінностей. Надалі біоетика розвивалася переважно в контексті медичних проблем, що дало привід для появи її синоніма - біомедичної етики. Слід зазначити, що в Україні загально-цивілізаційні передумови біоетичного знання повною мірою почали проявлятися в 90-і рр. XX ст., хоча самі біологічні технології почали освоюватися набагато раніше.

Можна виділити основні причини, що зумовили актуальність та інтенсивний розвиток біомедичної етики (біоетики) останнім часом:

- якісно новий рівень розвитку медицини, що поставив перед суспільством безліч соціальних, морально-етичних і правових проблем;
- заклопотаність населення небезпекою, яка виникла, і непередбачуваністю наслідків впровадження у практику недостатньо перевірених нових досягнень біомедичних технологій;
- гуманітаризація медицини взагалі і медичної освіти зокрема;
- видання великої кількості спеціальної літератури, присвяченої різним питанням біоетики;
- проведення міжнародних конгресів, симпозіумів і т.п., у центрі уваги яких — проблеми нових медичних технологій у контексті захисту прав людини і пацієнта;
- зростання ролі і значення громадських організацій в ухваленні суспільно значимих рішень, у тому числі і правових, щодо розвитку тих або інших напрямів медицини;
- недостатність норм медичної етики і деонтології при поясненні і пошуках розв'язань проблемних питань медицини.

Поява нових медичних технологій активізувала ряд морально-етичних і правових питань, які могли бути вирішені тільки в ракурсі біоетики. Як приклад можна навести трансплантацію органів і тканин людини, де основними питаннями, що знайшли своє вирішення у цьому ракурсі, є: межі допустимості трансплантації, особливості поведінки медиків при пересадках і соціальна вартість трансплантації¹.

На медичну діяльність все більшою мірою впливає процес гуманітаризації. Це виражається у тому числі і в підготовці майбутніх лікарів. Гуманітарна підготовка медика може і повинна відрізнятися від гуманітарної підготовки фахівця іншого профілю — тут йдеться про виховання професіонала, в руках якого знаходиться здоров'я і життя людини. В зв'язку з цим необхідно всіляко підтримувати процеси інтенсифікації викладання і збільшення кількості годин, що виділяється у системі вищої медичної освіти на соціогуманітарні суспільні дисципліни, зокрема на біоетику і право. В той же час потребують певного висвітлення питання біоетики в курсах медичного права юридичних ВУЗів і факультетів.

Свідченням актуальності і підвищеної уваги до проблем біомедичної етики може бути збільшення кількості спеціальної літератури, присвяченої даному питанню. Якщо звернутися до практики України, то і тут за останні роки з'явилося безліч наукових праць з основних питань біомедичної етики, при цьому деякі роботи носять характер фундаментальних досліджень. Доцільно зазначити і значну кількість міжнародних наукових форумів, пов'язаних з обговоренням проблемних питань біоетики. Наприклад, у 2000 р. відбувся п'ятий Всесвітній конгрес з біоетики, що зібрав близько 700 учасників із понад 50 країн. Важливість подібних заходів полягає і в можливості обміну думками з актуальних питань біоетики, обговорення нових проблем. Враховуючи, що проблематика біомедичної етики постійно оновлюється, подібні заходи можна вважати вельми значимою обставиною для розвитку біоетики.

Істотним підтвердженням необхідності виділення біомедичної етики як окремого рівня соціальної регламентації медичної діяльності є більші можливості біоетики порівняно з традиційними

медичною етикою і деонтологією при вирішенні складних міждисциплінарних проблем, які виникають при наданні медичної допомоги. Чинниками, що свідчать про ширші можливості біомедичної етики порівняно з лікарською етикою, є:

- розгляд складних медичних питань у ракурсі міждисциплінарного підходу;
- висвітлення спектру соціальних питань, пов'язаних з громадською охороною здоров'я;
- вихід за межі життя і здоров'я людини, розгляд загальних проблем екологічної безпеки;
- яскраво виражений акцент на проблемах захисту прав пацієнтів при наданні медичної допомоги.

Факт створення комісій з етики підтверджує, по-перше, ширші можливості біоетики і, по-друге, - наближення біомедичної етики в контексті регламентації медицини безпосередньо до права, оскільки без обов'язкової оцінки етичних та морально-правових аспектів програми клінічних випробувань комісіями з питань етики стає неможливим проведення самого випробування - це вимога нормативних документів.

Основні принципи, якими оперує біоетика. Доцільно зупинитися на трьох принципах біоетики, які тісно пов'язані з питаннями регулювання медичної діяльності та вносять чіткість у розуміння зв'язку біомедичної етики і права. До принципів біоетики, які відповідають вказаним ознакам, належать:

- принцип автономії особи пацієнта;
- принцип справедливості.

Під автономією особи пацієнта розуміють фізичну і психічну недоторканність при наданні медичної допомоги. Цей принцип має тісний зв'язок з концепцією інформованої згоди, про яку буде сказано далі. Ключова ознака автономії пацієнта - будь-які заходи, спрямовані на проникнення крізь тілесну або духовну оболонку пацієнта, виправдані лише тоді, коли вони здійснюються за його згоди. Етична цінність автономії пацієнта полягає в тому, що дії лікаря спрямовані на благо хворого з метою його одужання, але які здійснюються всупереч його волі і бажанню, - недопустимі.

Процес інформування пацієнта, завдяки якому останній набуває знань, повинен проводитися так, щоб у неосвіченої спочатку людини з'явилася певна компетентність щодо стану свого здоров'я і тих маніпуляцій, які щодо нього планують здійснити медики. Це положення знаходить у повній відповідності з принципом автономії особи пацієнта.

Важливо зазначити ту обставину, що принцип автономії особи пацієнта, як ключової у розумінні ролі і значення біоетики в контексті соціальної регламентації сфери медицини, є свого роду сполучною ланкою між принципами біоетики і однією з головних її проблем - взаєминами між лікарями і пацієнтами. "За останні тридцять років принцип автономії займає фактично головну роль у всіх дискусіях з медичної етики. Можна стверджувати, що це найбільш радикальна переорієнтація у довгій історії Гіппократівської традиції. Певною мірою завдяки цим змінам взаємовідносини між лікарем і хворим поступово стають все більш відкритими і шанобливими"¹.

Основний офіційний документ у галузі біоетики - Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини (Конвенція про права людини і біомедицини) 1996 р. проголошує, що "сторони цієї Конвенції зобов'язуються при використанні досягнень біології і медицини захищати гідність й індивідуальну цілісність кожної людини, гарантувати всім без виключення недоторканність особи і дотримання інших прав і основних свобод". Слід зазначити, що, на відміну від більшості офіційних документів, що приймаються різними громадськими організаціями, ця Конвенція має силу не тільки морального заклик - кожна держава, що приєдналася до неї, зобов'язана реально утілювати положення Конвенції у власному внутрішньому законодавстві (Україна ще не ратифікувала цього документу). Це ще одне свідчення важливості розгляду біомедичної етики як морально-етичної основи законотворчості в галузі медицини.

Принцип автономії особи пацієнта потрібно розглядати як необхідний атрибут законотворчості у сфері медицини, з одного боку, і як важливу умову освоєння біомедичної етики медиками і юристами з погляду рівнів соціального регулювання медичної діяльності - з іншого. Окрім цього, на сьогодні розроблено проект Загальної декларації про біоетику і права людини ЮНЕСКО (2005 р.), метою якої є забезпечення універсального комплексу принципів і процедур, якими можуть керуватись держави при розробленні своїх законодавчих норм, політики й інших інструментів у галузі біоетики.

Принцип справедливості в галузі біомедичної етики полягає у тому, що кожен пацієнт, незалежно від соціального походження, матеріального стану, інших чинників, має право на отримання рівного обсягу медичної допомоги і рівного доступу до медичних ресурсів.

Особливе значення принцип справедливості має у сфері трансплантації органів і тканин людини і у військово-медичній практиці. Наприклад, "лист очікування" - документ, що засвідчує черговість реципієнтів на необхідний для пересадки донорський орган, відповідно до міжнародних і вітчизняних етичних і нормативно-правових документів - єдиний критерій черговості для реципієнтів. Однак існує практика лікування так званих комерційних хворих, які вносять грошові кошти за надання медичних послуг у сфері трансплантології, отримують необхідний трансплантат, минаючи черговість, не повинна розповсюджуватися¹. До того ж Всесвітня організація охорони здоров'я проголошує, що необхідно забезпечувати рівний доступ трансплантантів виключно за медичними, а не за фінансовими чи іншими міркуваннями. Іншими словами, тільки медичні показання бути орієнтиром для лікарів при визначенні витрачання обмежених медичних ресурсів. У цьому і полягає принцип справедливості в біомедичній етиці.

Військово-медична практика містить у собі достатню кількість прикладів, коли під сумнів ставиться той або інший принцип як права, так і біоетики. Під подвійною підлеглістю військових лікарів розуміється необхідність надання медичної допомоги з урахуванням принципів і правил біомедичної етики, проте в той же час службова залежність від військового командування полягає в необхідності здійснення дій, що виключають їх пояснення нормами біоетики. Прикладом порушення принципу справедливості в практиці діяльності військових лікарів може бути відома система сортування поранених і відбору пацієнтів у військовий час для першочергового лікування. Необхідність виконання великого обсягу роботи за рахунок обмежених людських ресурсів зобов'язує управління військовою медициною при масових втратах здійснювати заходи щодо першочергового винесення з поля бою, надання медичної допомоги й евакуації тих осіб, які перспективні в плані одужання і повернення їх до лав. Відповідно, ті поранені, які за наслідками швидкоплинного огляду не потрапили до цієї групи, на жаль, часто залишаються на полі бою. Тут принцип справедливості тісно пов'язаний із протиставленням права окремо взятої особи на життя та отримання медичної допомоги, з одного боку, й інтересами військової служби (держави) - з іншого. У демократично розвинених країнах, та і в Україні, стосовно цивільного населення це питання вирішується на підставі правових документів, які базуються зокрема на біоетичному принципі справедливості.

Таким чином, значення принципів біомедичної етики полягає у визначенні загальних напрямів її розвитку, появі нових положень, що регулюють ті чи інші суспільні відносини в медицині в ракурсі вже сформованих загальних положень цієї міждисциплінарної галузі знань. Принципи біоетики важливі в плані розуміння етичної і моральної складової процесу законотворчості в сфері охорони здоров'я. Нормативно-правові документи працюватимуть тільки за умови, що вони базуються на первинно опрацьованих в аспекті біоетики положеннях.

Комітети з етики та їх роль в ухваленні рішення про біомедичне дослідження. Важливий чинник адекватного сприйняття біоетики як один з рівнів соціального регулювання медичної діяльності - функціонування комітетів (комісій) з етики. В даний час у межах проблем правового регулювання медичної діяльності особливого значення набувають питання ролі, значення і правових особливостей функціонування комітетів з питань етики (етичних комітетів) в галузі охорони здоров'я громадян. Ситуація, що існує сьогодні, дозволяє розглядати етичні комітети у таких аспектах:

— засіб захисту прав пацієнта й окремих категорій населення;

— один з розділів біомедичної етики - нової міждисциплінарної галузі знань;

— важливий інструмент юридичної регламентації окремих видів медичної діяльності.

Для кращого розуміння суті і призначення етичних комісій необхідно зазначити, що в Україні це питання регламентується Законом України "Про лікарські засоби" від 04.04.1996 р. № 123/96 та Наказом МОЗ України "Про затвердження Типового положення про комісію з питань етики" від 13.02.2006 р. № 66. Серед основних завдань комісії передбачено, зокрема, захист прав та інтересів залучених до клінічних випробувань лікарських засобів досліджуваних, захист прав та інтересів дослідників, забезпечення етичної та морально-правової оцінки матеріалів клінічного випробування. Як бачимо, в Україні сфера діяльності комісій, їх обсяг повноважень обмежені лише клінічними випробуваннями лікарських засобів.

Позитивним у цьому контексті є досвід РФ. Однією з основних функцій етичних комітетів у РФ є захист прав пацієнтів при наданні медичної допомоги і проведенні біомедичних досліджень. Новий імпульс становленню етичних комітетів додав інтенсивний розвиток нових і вже існуючих напрямів медицини: трансплантації органів і тканин людини, клонування й інших маніпуляцій з генетичним матеріалом, психіатрії. У зв'язку з цим актуальною є практика діяльності Етичного комітету Російського наукового центру хірургії РАМН, який виніс позитивну ухвалу щодо можливості виконання анатомічних резекцій печінки у живих споріднених донорів. Оскільки на законодавчому рівні подібне питання не знайшло вирішення, така діяльність етичного комітету може частково замінювати правотворчу. В той же час не можна визнати, що рішення комітетів з питань етики носять юридичний характер, бо комітети не наділені такими повноваженнями.

У багатьох країнах світу прийнято оптимальні рішення щодо правового статусу етичних комітетів. Наприклад, у Німеччині в сферу діяльності етичних комітетів входять дві важливі функції - обов'язкова етична експертиза наукових проектів, що фінансуються з бюджету, а також експертиза програм випробування нових лікарських засобів. У США існує комітет з біоетики при президентові, який є найвищим експертним органом, що готує продумані рішення і щорічні доповіді для конгресу і президента з найбільш важливих проблем медицини і біоетики.

Крім діяльності з надання медичної допомоги і проведення біомедичних досліджень важливою функцією етичних комітетів є їх робота в справі вирішення конфліктних ситуацій між пацієнтами і медиками, з одного боку, і між медичними працівниками — з іншою. Це свого роду окремий випадок досудового рішення спірних питань. Звичайно, рішення етичного комітету не може слугувати формою правового акта, проте як варіант розв'язання спірних ситуацій є виправданим. Це буде одним з чинників запобігання юридичним конфліктам, які, на жаль, досить часто виникають у сфері медичної діяльності.

Для того, щоб у Росії етичні комітети не були декларативними утвореннями, члени яких мають неадекватне уявлення про те, чим вони займаються, вчені пропонують необхідним на законодавчому рівні наділити етичні комітети відповідними повноваженнями в галузі захисту прав пацієнтів і досліджуваних, проведенні наукових досліджень і досудових форм вирішення конфліктних ситуацій у медицині. При цьому в дискусіях з даного питання доцільно брати участь юристам, медикам, філософам, представникам інших сфер діяльності.

Тому вважаємо, враховуючи позитивний зарубіжний досвід функціонування етичних комітетів, що було б доречно та своєчасно створити етико-правовий комітет (етико-правову раду) в Україні як неупереджений і незалежний орган для вирішення конфліктів, що виникають при наданні медичної допомоги між суб'єктами медичних правовідносин.

Таким чином, підводячи підсумок щодо значення біоетики як рівня соціальної регламентації медичної діяльності, слід зазначити ряд важливих обставин:

Біомедичну етику необхідно розглядати як якісно новий (в порівнянні з лікарською етикою і медичною деонтологією) рівень соціального регулювання медичної діяльності.

Основне призначення біоетики — захист прав пацієнтів при здійсненні складних у медичному, етичному і правовому аспектах втручань.

Принципи і правила біомедичної етики важливо і необхідно розглядати в процесі законотворчості з актуальних питань охорони здоров'я.

Необхідно розширювати обсяг викладання біоетики у межах соціогуманітарних дисциплін медичної освіти, тим самим формуючи світогляд майбутніх лікарів з урахуванням як етичного, так і правового регулювання надання медичної допомоги. В той же час потребують певного висвітлення питання біоетики в курсах медичного права юридичних ВНЗів і факультетів.

Необхідно розширювати повноваження етичних комітетів при лікувальних установах, при цьому основною метою їх діяльності повинен стати захист прав пацієнтів при наданні медичної допомоги.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Назвіть види соціальних норм, які регулюють суспільні відносини у сфері медичної діяльності.

Які особливості корпоративних норм як соціального регулятора медичної діяльності?

Як взаємопов'язані норми моралі й права в системі соціальної регламентації медичної діяльності?

Назвіть й охарактеризуйте рівні соціального регулювання медичної діяльності.

Дайте визначення лікарської етики і деонтології у загальній структурі соціального регулювання медичної діяльності.

Назвіть й охарактеризуйте основні документи у сфері лікарської етики і деонтології.

Дайте визначення біоетики з точки зору загальної структури соціального регулювання медичної діяльності.

Які основні причини, що зумовили актуальність та інтенсивний розвиток біомедичної етики (біоетики) останнім часом?

Охарактеризуйте основні принципи біоетики з позицій соціальної регламентації медичної діяльності.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акопов В.И., Маслов Е.Н. Страдания Гиппократ (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). - Ростов-на-Дону: Приазовский Край, 2006. - 520 с.

Альбицкий В., Амбросимова М. Биомедицинская этика: вчера, сегодня, завтра // Материалы I Всероссийской научно- практической конференции "Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности", (Москва, 16 мая 2003 г.) / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 277-278.

Вековшина С.В., Кулиниченко В.Л. Биоэтика: начала и основания (Философско-методологический анализ). - К.: Сфера, 2002.-152 с.

Введение в биоэтику: Учебное пособие / Под общ. ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. М., 1988. - 384 с.

б.Денисенко С.В., Глебова Л.Ю., Назаренко С.М. Біотичні питання експериментів на тваринах // Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2006. - № 3. - С. 186-189.

Деонтология в медицине: В 2 т. Т. 1. Общая деонтология // Под. ред. Б.В. Петровского. - М., 1988. - 237 с.

Зречча Е., Спаньоло А. Дж., П'єтро М. Л. та ін. Біоетика / Переклад з італійської В.Й. Шовкун: Підручник. - Львів: Медицина і право, 2007. - 672 с.

Иванюшкин А.Я. Этика сестринского дела. - М.: ГРАНТЬ, 2003. -168 с.

Крилова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. - М.: ИНФРА-М, 2006. - 320 с.

Кулиниченко В.Л. Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики: (Филос.-методол. анализ). - К.: Центр практичної філософії, 2001. — 240 с.

- Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика: Пер. с англ.: Учеб. пос. / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. — М.: ГЗОТАР-МЕД, 2004. - 400 с.
- Медицина, этика, религия и право. Материалы конференции / Сост. В.И. Шамшурин. М., 2000. - 244 с.
- Москаленко В.Ф., Попов М.В. Биоэтика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. - Вінниця: Нова книга, 2005. - 210с.
- Мохов А. А. Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности. - СПб: Юридический центр Пресс, 2003. - 208 с.
- Насінник О., Пиріг Л., Вековшиніна С., Кулініченко В. Етичний кодекс українського лікаря (Проект). - К.: Сфера, 2002. - 24 с.
- Нейко Є.М., Камінський В.Я., Попадинець О.Г., Нес-торенко В.Л. Місце біоетики в педагогічному процесі вищої медичної освіти // Архів клінічної медицини. - 2006. - № 1. - С. 80-81.
- Попов М.В. Аксиологія і медицина (Проблема цінностей і медицина). - К.: ПАРАПАН, 2003. - 284 с.
- Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. - М., 2002. - 192 с.
- Пиріг Л. Біоетика і сьогодення охорони здоров'я України // Ваше здоров'я. - 2003. - 4-10 квітня.
- Поляков Г.А. Нравственная основа современного отечественного лечебного дела. - Краснодар, 2006. - 130 с.
- Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее / Под ред. С.В. Вековшиной, В.Л. Кулиниченко. - К., 2002. - 216 с.
- Сенюта І. Біоетичне законодавство України: перспективи становлення та розвитку // Вісник Львівського університету. - Серія юридична. - Львів, 2006. - Вип. 42. - С. 42-49.
- Сенюта І. Правові основи біоетики // Формування особистості студентів як майбутніх фахівців лікарської справи, працівників охорони здоров'я та інших соціально-орієнтованих установ у контексті біоетики: [Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Львів, 6-7 берез. 2003 р.] - Львів, 2003. - С. 150.
- Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. - М.: Грантъ, 2001. - 192 с.
- Силуянова И.В. Этические основания юридической нормы о "приоритете человека" в медицинском праве // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 12-14.
- Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебн. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 59-81.
- Стеценко С.Г. Медицинское право в системе социального регулирования медицинской деятельности // Правовые и этические основы медицинской деятельности: международное измерение и национальные традиции: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Самара, 23-24 июня 2004 г. - Самара: Офорт, СамГМУ, 2004. - С. 217-220.
- Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет, 2002. - 250 с.
- Стеценко С.Г. Роль и значение врачебной этики и деонтологии в деле правовой регламентации медицинской деятельности // Научные труды ГИУВ МО РФ. - 2002. - № 1. - С. 13-15.
- Терешкевич Г. Розвиток біоетики в Україні (державно-управлінський аспект): Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління. - Львів, 2004.-20 с.
- Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями: Сборник статей. / Под ред. Ф. Бриссе-Виньо, при уч. Б. Ажшенбом-Бюфти: Пер. с фр. - К.: Сфера, 1999. - 248 с.
- Этика и медицина: проблемы взаимодействия (материалы научно-практической университетской конференции) // Медицинское право и этика. - 2002. - № 4.
- Этические комитеты в системе отечественного здравоохранения // Медицинская газета. - 1997. - № 47-48. - 25 июня.
- Яровинский М.Я. Лекции по курсу "Медицинская этика" (биоэтика): Учебное пособие. - М., 1999.

Глава 3. ЮРИДИЧНА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

§ 1. Історико-правовий огляд нормативного регулювання охорони здоров'я.

§ 2. Законодавче забезпечення охорони здоров'я в Україні: сучасний стан і перспективи розвитку.

§ 1. Історико-правовий огляд нормативного регулювання охорони здоров'я

Охорона здоров'я як важлива самостійна функція державної влади і місцевого самоврядування має спеціальне законодавство, систему органів управління, які забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я, джерела фінансування, мету, завдання, методи їх реалізації. Законодавство є важливим та ефективним засобом державного керівництва суспільством, що охоплює практично усі сфери життєдіяльності людини, у тому числі й галузь охорони здоров'я.

Правове регулювання взаємовідносин людини і суспільства у державі в усі часи не оминало сфери охорони здоров'я, зокрема й надання медичної допомоги. Регламентація медичної діяльності в Україні має глибоке історичне коріння і бере початок ще з часів Київської Русі. Розуміючи, що історія України характеризується різними періодами, коли теперішні території знаходились у складі різних держав (Російська імперія, Польща, Австро-Угорщина тощо), автори намагались дати узагальнену характеристику історії становлення регулювання медичної діяльності.

Досліджуючи історію регулювання медичної діяльності в Україні, доцільно розглядати п'ять періодів, зокрема:

X - XVII століття;

правління Петра Великого;

розквіт Російської імперії з середини XVIII до початку XX ст.;

радянський період (1917-1991 рр.);

становлення і розвитку правового забезпечення охорони здоров'я у незалежній Україні - починаючи з 1991 року і до сьогодення.

Точкою відліку для історичного екскурсу обирають зазвичай X ст., що обумовлено низкою причин, основною з яких є поява Руської Правди - першого писаного зводу руського права. Серед нормативно-правових актів, що регулюють питання медичної діяльності у Київській Русі, виділяють основні: "Церковний Устав" Володимира Святославовича та Руську Правду. "Церковний Устав" (к. X ст.), який складається з чотирьох розділів, у четвертому містить положення про "церковних людей", до яких належали й лікарі. Лікарі монастирських лікарень розглядались як прошарок населення держави - "церковні люди", а лікарні відносились до церковних закладів.

У "Руській Правді" (XI ст.) згадується про необхідність оплати праці лікаря, який надав медичну допомогу. У цей період допомогою вчених лікарів могли користуватись лише феодална верхівка та заможні верстви населення. Основна маса населення у містах лікувалась у народних лікарів-ремесників, по селах - у знахарів і знахарок. Роль і значення Руської Правди важко переоцінити, оскільки це перший державний нормативний акт, що закріплює норми щодо регулювання медичної діяльності. У Київській Русі медична допомога надавалась у таких трьох видах як народна, монастирська та світська (міська) медицина. Норми Руської Правди регламентували світську медицину, "Церковний Устав" - монастирську медицину, а народна визначалась морально-етичними нормами.

Після утворення Московської держави значну роль у регулюванні медичної діяльності почав відігравати Аптечний приказ, створений у 1581 році з метою централізації державного управління охорони здоров'я. Аптечний приказ - це орган державного управління медициною, що здійснював чисельні організаційні та правові функції. Аналіз діяльності Аптечного приказу дозволяє виділити такі його функції:

— організація медичного забезпечення;

— забезпечення лікарськими засобами;

— видача дозволів на право займатись медичною діяльністю;

— організація воєнно-медичної служби;

— медичне освідування;

— підготовка вітчизняних медичних кадрів.

Кінець XVII століття позначається приходом до влади Петра I, за час правління якого відбулось багато змін у всіх сферах життєдіяльності, у тому числі й у питаннях правового регулювання. Пріоритетними у сфері медицини були у період правління Петра I такі питання:

1. підготовка вітчизняних медичних кадрів;
2. поява нормативно-правових актів, що регулюють сферу медицини;
3. побудова шпиталів, організація медичних шкіл і відкриття аптек;
4. реорганізація органів державного управління медичними справами.

Ключовими нормативно-правовими актами цього періоду, що присвячені правовому регулюванню медицини, були Статут Військовий 1716 р. і Статут Морський 1720 р., які цілісно врегулювали питання організації медичної діяльності. Військовий Устав, який визначав загальну систему організації армії, важливе місце відвів питанням організації медичної справи, а саме: дві глави висвітлювали функціонування шпиталів і професійну діяльність лікарів та аптекарів. Особливої уваги заслуговує питання оплати за лікування. На відміну від Руської Правди, що передбачала певну плату за надання медичної допомоги, Статут законодавчо закріпив безоплатну систему надання медичної допомоги в армії, за винятком випадків, коли отримання плати за лікування буде правомірним, тобто йдеться про венеричні захворювання і побутові травми, що отримані в позаслужбовий час. Морський Статут регулював питання організації і функціонування Військово-Морського флоту Росії і значну увагу приділяв організації медичної діяльності.

Третій період (середина XVIII ст. - 1917 р.) у розвитку правового забезпечення медичної діяльності характеризується продовженням тогочасними російськими правителями реформаторських ідей Петра I, значними досягненнями вчених і лікарів (М. Ломоносов, І. Сеченов, М. Мудров, М. Пирогов тощо), а також прагненням зміцнити державний характер охорони здоров'я. У цей період було здійснено реорганізацію медичної діяльності у різних напрямках:

1. Реформування системи державного управління медициною:

— посилення ролі і значення держави у питаннях регулювання організації і надання медичної допомоги;

— удосконалення підходів до надання права на заняття медичною (фармацевтичною) діяльністю;

— поліпшення законодавчо обумовленої вертикальної підпорядкованості управлінських структур охорони здоров'я.

У XIX ст. в Російській імперії починає функціонувати три організаційно-правові рівні охорони здоров'я: на місцях діяли повітові і міські лікарі - перша інстанція, потім лікарські управи і насамкінець - вища інстанція - Медична рада, що інспектувала лікарські управи;

— керівництво медициною представниками, які мали медичну освіту.

2. Запровадження приказної медицини, чи медицини приказів громадської опіки. Законодавчою основою існування цього інституту було положення "Про заклади для управління губерніями" (1775). Основною метою Приказів громадського опікування було створення нової системи допомоги бідним та нужденним, котра об'єднала в собі заклади суспільної і медичної допомоги, зокрема народні школи, сиротинці, лікарні, аптеки, будинки для невиліковно хворих і для психічно хворих. Медична допомога у лікарнях "приказної медицини" соціально незахищеним прошаркам надавалась безоплатно, а забезпечені люди лікувались за певну плату.

Ще одним нормативно-правовим актом був Лікарський статут, що увійшов до Зводу Законів Російської імперії 1875 року, який визначав обов'язки і професійну кваліфікацію лікарських інспекторів. За час правління Миколи I було видано законодавчі акти, що закріплювали вимоги, які ставились до лікарів: лікар прирівнювався за своїм званням до чиновника, мав обов'язок надавати медичну допомогу незалежно від соціального статусу і матеріального стану людини, а також великого значення набула необхідність обов'язкового колегіального вирішення складних клінічних ситуацій.

3. Перетворення у системі вищої медичної освіти:

— надання права Московському університету присуджувати вчений ступінь доктора медицини на підставі указу Катерини II від 17 вересня 1791 року. Це створювало можливості для заснування вітчизняних наукових шкіл, певної наступності у викладанні медичних наук тощо;

— розгляд медицини не як окремої галузі знань, а як одного з напрямів природознавства. Це сприяло зміні поглядів на медицину та розширення викладання у медичних навчальних закладах природничих наук (ботаніки, фізики, хімії тощо). Законодавчим забезпеченням цього процесу була "Попередня постанова про посади тих, хто навчає і навчається, до відновлення повного дня медичних училищ у статуті" (1795);

— перепідпорядкування усіх вищих медичних навчальних закладів одному відомству. Це завдання було вирішено шляхом передачі усіх вищих медичних навчальних закладів до управління Міністерства народної освіти, згідно з Указами імператора Миколи II від 27 і 28 квітня 1840 року;

— втілення в життя єдиного державного стандарту у сфері лікарської освіти. В основі цього реформування лежала ідея етапності клінічної освіти, зокрема на першому етапі - теоретичне оволодіння клінічними дисциплінами, що поєднувалось з методикою обстеження хворого; на другому - вивчення класичних форм захворювань, що проводилось у факультетських клініках; завершальним етапом медичної освіти було вивчення різноманітних варіантів однакових захворювань, що проводилось у шпитальних клініках. Правовою основою цієї реорганізації була "Додаткова постанова про медичний факультет імператорського Московського факультету" (1845).

4. Запровадження земської медицини.

Виникнення земської медицини безпосередньо пов'язане із земською реформою 1864 року. Імператор Олександр II затвердив "Положення про губернські та повітові земські заклади", у результаті чого з'явилися нові форми місцевого самоврядування - земства. Основним завданням земської медицини було забезпечення рівного доступу до медичної допомоги для всього населення держави, у першу чергу для сільського. Важливими законодавчими новелами земської медицини були:

— "діяльність" у медичному обслуговуванні сільського населення;

— плановість у проведенні заходів медичного забезпечення населення;

— універсальність медичної допомоги, що надається одним земським лікарем;

— поєднання лікувальної і профілактичної спрямованості у діяльності щодо організації охорони здоров'я населення;

— безоплатність надання медичної допомоги.

Правовому забезпеченню земської медицини слугували посадові правила для медиків, посадові інструкції для лікарів, фельдшерів і повитух, де закріплювались їх обов'язки, зокрема жити на своїй дільниці, щоденно зранку приймати хворих, повідомляти про будь-які інфекційні захворювання і т.д.

Правове забезпечення охорони здоров'я у радянський період представлено низкою нормативно-правових актів, серед яких Декрети про безоплатну передачу лікарням касам усіх лікувальних закладів на підприємствах (1917), про допомогу потерпілим від нещасних випадків на підприємствах (1917), про страхування робітників на випадок хвороби (1918), про професійну роботу і права медичних працівників (1924), Постанова про порядок проведення медичних операцій (1937), Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про охорону здоров'я (1969) тощо.

Цікавим є нормативний акт, що регулював питання надання медичної допомоги і визначав правовий статус медичних працівників - Декрет (Положення) "Про професійну роботу і права медичних працівників". Цей документ майже протягом півстоліття був для лікарів основним юридичним документом, своєрідним статутом, що регламентував лікарську діяльність. У ньому були визначені права та обов'язки лікаря, правовий порядок проведення лікувально-профілактичних заходів, у тому числі і хірургічного втручання, передбачені умови залучення лікарів до обслуговування військових і судово-слідчих органів, відповідальність медичних працівників за професійні порушення та інше.

В Українській РСР було розроблено проект Кодексу законів про охорону здоров'я (1925 р.), але він так і не був прийнятий. Цей документ складався з 14 відділів, більшість з яких поділялась на розділи, а ті, у свою чергу, на статті.

Звертаючи увагу на ситуацію з охороною здоров'я за часів ЗУНР, хочемо підкреслити, що поряд з іншими важкими проблемами, які отримала у спадок республіка, однією з найтяжчих була загрозлива епідемічна ситуація. Вона стала наслідком воєнної розрухи, відсутністю ліків та наявністю великої кількості колишніх військовополонених. Протягом 1919 року, враховуючи польську окупацію, від тифу померло 100 тисяч цивільного населення, а протягом I Світової війни - 50 тисяч осіб. У цілому на тиф протягом 1919 року хворіло понад 400 тисяч осіб, що становило більше 10% всього населення. Санітарний відділ Державного секретарства внутрішніх справ здійснював усі можливі заходи, щоб утримувати ситуацію під контролем. Наприклад, місячний бюджет медичних закладів Волинського повіту складав 34 400 корон, з них оплата двох лікарів 3 600 і 6 600 корон, кошти на ліки 6 600 корон і оплата 33 санітарів по 50 корон на день. У цілому, зусиллями органів влади ЗУНР, а особливо санітарного відділу Державного секретарства внутрішніх справ, ситуація з інфекційними захворюваннями була взята під контроль.

За часів Директорії Української Народної Республіки Урядова Комісія з розроблення Конституції Української Держави видала проект — Основний Державний Закон Української Народної Республіки. Розділ 3 "Права та обов'язки громадян" у ст. 36 закріпив норму, яка визначає: "Людська праця, здоров'я та життя стоять під охороною закону" (ч. 1), а у ч. 3 цієї ж статті передбачено: "Окремий закон забезпечить матеріально робітників або їх родини за відповідною участю заінтересованих сторін на випадок недуг, каліцтва, старости і смерті".

Право на охорону здоров'я отримало своє закріплення також і у радянських конституціях, зокрема у Конституції У РСР від 30 січня 1937 року (ст. 119) та у Конституції УРСР від 20 квітня 1978 року (ст. 40).

Основи законодавства про охорону здоров'я 1969 року були узагальнюючим актом, у якому містились перероблені, доповнені і систематизовані основні правові документи, що діяли у системі охорони здоров'я до цього часу. У прийнятому документі вперше на рівні закону був узагальнений і закріплений той унікальний досвід у сфері охорони здоров'я, котрий був нагромаджений за майже півстолітній досвід періоду діяльності радянської охорони здоров'я. Регламентація медичної діяльності у цей період характеризується, як правило, відомчою нормотворчістю.

Вищенаведений короткий історико-правовий огляд регламентації охорони здоров'я і медичної допомоги дає можливість ознайомитись і виявити особливості регулювання однієї з найважливіших сфер життєдіяльності, узагальнити багатовіковий досвід і практику функціонування медичної діяльності у вітчизняній історії і виробити стратегію реформування охорони здоров'я на сучасному етапі, починаючи з удосконалення законодавчого забезпечення цієї галузі у нашій державі. Такий підхід дозволить не відходячи від своїх традицій створити належний фундамент для охорони

здоров'я - законодавчу базу, яка повинна у повній мірі відповідати міжнародно-правовим стандартам, сучасним реаліям і звичаям України.

§ 2. Законодавство України про охорону здоров'я: сучасний стан і перспективи розвитку

Починаючи з 1991 року, в Україні почались радикальні перетворення в усіх сферах державного і суспільного життя, які, звичайно, не могли не торкатись охорони здоров'я. Українська охорона здоров'я потребує докорінних та виважених змін, які необхідно спрямувати на збереження і зміцнення життя й здоров'я населення і створення належних умов для реалізації конституційного права на охорону здоров'я у нашій державі. В умовах формування правової соціальної держави реалізація політики держави, що спрямована на охорону здоров'я населення і реформування системи охорони здоров'я, можлива лише шляхом прийняття належної нормативно-правової бази. Як зазначає Ю. Шемшученко, правовою є держава, яка функціонує на засадах верховенства права і закону, де реально забезпечуються права і свободи людини і громадянина, а також наявності у неї високоякісного законодавства. На думку М. Герасименка, без відповідного правового забезпечення, без розробки фундаментальних законів, що визначають принципи діяльності національної системи охорони здоров'я, будь-яка реформа залишиться лише благим наміром.

З метою аналізу законодавчого забезпечення охорони здоров'я в Україні доцільно детально розглянути закони, норми яких закріплюють, регулюють і захищають право людини на охорону здоров'я.

Конституція України є головним джерелом і стоїть в авангарді нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, у тому числі надання медичної допомоги. Конституційні норми створюють правову основу статусу особи у сфері охорони здоров'я. І ця основа включає не лише закріплення відповідного права, але і засобів його забезпечення, що має держава у своєму розпорядженні і закладені у політичній та економічній системах, а також його соціальній основі.

Стаття 49 Конституції України присвячена охороні здоров'я і медичній допомозі, у якій закріплено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Ця норма відобразила вимоги всесвітніх і регіональних міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я. Крім цієї статті є ще й інші конституційні норми, які у тій чи іншій мірі стосуються охорони здоров'я та акумулюють кращі зразки міжнародно-правових актів з прав людини. Проблеми, з якими зіткнулась Україна на сучасному етапі, - це ефективність функціонування інституту прав людини і громадянина та можливість реалізувати ті права, що гарантовані насамперед Конституцією. Як зазначає П. Стецюк, значна частина проголошених прав і свобод не може бути реалізована громадянами України у повній мірі, а окремі права і свободи майже є неможливими у своїй реалізації в Україні, враховуючи реальний економічний та екологічний стан держави. Імплементация у закони України, у тому числі в Основи законодавства України про охорону здоров'я, вимог норми ст. 49 Конституції України не гарантує того, що право жителя України на охорону здоров'я буде реалізовано повною мірою¹. Але варто погодитись з думкою ІІ. Деркач, що Конституція країни - це фундамент, на якому рано чи пізно буде збудовано те, чого ми прагнемо, про що мріємо й обов'язково матимемо такий рівень охорони здоров'я населення, який передбачено Основним Законом України.

Конституція України 1996 року на основі демократичних принципів розвитку ринкових відносин закріпила у численних статтях права людини у сфері охорони здоров'я, джерела фінансування, компетенцію різних органів державної влади і місцевого самоврядування тощо. Конституційні основи знаходять своє конкретне втілення у різних сферах суспільного життя, що розвиваються під регулятивним впливом всієї правової системи суспільства. Засоби забезпечення права людини на охорону здоров'я, що закріплюються у Конституції України, отримують у відповідних конституційних нормах узагальнене політико-правове вираження. Це своєрідний мотор, що призводить у рух весь механізм практичної реалізації права на охорону здоров'я.

Конституційні норми, які проголошують людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю, права і свободи невідчужуваними і непорушними, у тому

числі у сфері охорони здоров'я, отримують предметно-юридичне втілення у всій національній системі права. Тому доречно розглянути регулювання охорони здоров'я на рівні інших законів.

Серед законів особливе місце займає Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 року, що вперше на такому рівні закріплює низку важливих прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема, право на охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286).

Важливим регулятором відносин у сфері охорони здоров'я серед галузевого законодавства є норми адміністративного права, які регулюють організаційно-управлінські процеси в охороні здоров'я. Державне регулювання у сфері охорони здоров'я має свої специфічні ознаки, що обумовлені першочерговим соціально-економічним значенням охорони здоров'я, що становить фундамент соціальної політики держави, значною кількістю об'єктів управління, відомчою нормотворчістю, а також фаховими та кваліфікаційними особливостями управлінського персоналу¹. Вихідним в адміністративно-правовому статусі закладу охорони здоров'я є їх взаємовідносини з вищестоящими органами виконавчої влади. Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, правовий статус якого визначається Положенням про Міністерство охорони здоров'я України, що затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2006 р. № 1542.

Заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами й організаціями різних форм власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності повинні отримати ліцензію на право здійснення медичної практики, яка видається Міністерством охорони здоров'я на три роки і діє на всій території України. Заклади охорони здоров'я підлягають акредитації незалежно від форми власності, яка проводиться один раз на три роки Головною акредитаційною комісією при МОЗ та акредитаційними комісіями на місцях.

Адміністративним правом передбачаються певні обов'язки громадян, що пов'язані з наданням медичної допомоги, із забезпеченням санітарно-епідеміологічного благополуччя тощо. Наприклад, певні категорії населення повинні проходити профілактичні медичні огляди (ст. 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я); у певних законодавчо визначених випадках необхідно провести обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікувальні та карантинні заходи (ст. 30 Основ) тощо.

Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" від 24 лютого 1994 року, Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні від 22 червня 1999 року та інші нормативно-правові акти регулюють питання щодо основних завдань та порядку здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду, функціонування державної санітарно-епідеміологічної служби тощо. Завданням такого нагляду є забезпечення профілактики захворювань людей шляхом попередження, виявлення і припинення порушень санітарного законодавства України. В ст. 1 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" санітарне та епідемічне благополуччя населення визначається як стан здоров'я населення і середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для цієї території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться у межах, що визначені санітарними нормами.

Адміністративна відповідальність передбачена за порушення вимог законодавства про працю та про охорону праці (ст. 41 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46 Кодексу про адміністративні правопорушення України) тощо. Ці норми прямо чи опосередковано мають за мету охорону здоров'я населення.

Бюджетний кодекс України від 21 червня 2001 року у главі 14 регулює питання розмежування видатків між бюджетами. Стаття 87 Бюджетного кодексу закріплює видатки, що здійснюються з Державного бюджету, де у п. 8 передбачено видатки на охорону здоров'я, а саме: на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу, санітарно-реабілітаційну допомогу, спеціалізовану і високоспеціалізовану амбулаторно-профілактичну та стаціонарну допомогу, санітарно-епідеміологічний нагляд та інші програми у галузі охорони здоров'я. Видатки з місцевих бюджетів визначені у ст.ст. 88-90 Бюджетного кодексу, зокрема, на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу, програми медико-санітарної освіти, санаторно-курортну допомогу тощо.

Кримінальний кодекс України від 5 квітня 2001 року містить численний перелік складів злочину, що безпосередньо чи опосередковано пов'язані з охороною здоров'я, у тому числі наданням медичної допомоги. Одним з ключових розділів Кримінального кодексу у цьому контексті є розділ II "Злочини проти життя та здоров'я особи", у якому вміщено, зокрема, такі склади злочинів, що пов'язані із зараженням вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст.ст. 130-133 КК України); неналежним наданням чи ненаданням у встановленому порядку медичної допомоги (ст.ст. 139, 140 КК України), порушенням встановленого порядку проведення медичного втручання (ст.ст. 134, 138, 141-145 КК України). Окрім цього, розділ XIV, що спеціально присвячений примусовим заходам медичного характеру та примусовому лікуванню, закріплює поняття, мету, види, осіб, до яких застосовуються примусові заходи медичного характеру, продовження, зміну або припинення застосування таких заходів, а також підстави застосування примусового лікування.

До Особливої частини Кримінального кодексу включено поряд з розділом II "Злочини проти життя та здоров'я особи" й інші розділи, склади злочину яких безпосередньо стосуються охорони здоров'я. Зокрема, розділ III "Злочини проти волі, честі та гідності особи" (ст. 151), розділ IV закріплює норми, що передбачають злочини проти статевої свободи та статевої недоторканності особи.

Крім цього, Кримінальний кодекс України містить низку норм, які передбачають склади злочинів, що опосередковано покликані забезпечити право людини на охорону здоров'я, зокрема розділ VIII "Злочини проти довкілля", розділ IX "Злочини проти громадської безпеки", розділ X "Злочини проти безпеки виробництва", розділ XI "Злочини проти безпеки руху та експлуатації транспорту", розділ XII "Злочини проти громадського порядку та моральності", а також розділ XIII "Злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення". Також не можна не вказати у цьому переліку норми розділу XX "Злочини проти миру, безпеки людства та міжнародного правопорядку", які також покликані захищати право людини на охорону здоров'я.

Кримінально-процесуальний кодекс України визначає, наприклад, порядок застосування примусових заходів медичного характеру (розділ VI), порядок проведення експертизи (глава 18) та окремих слідчих дій із залученням судово-медичного експерта або лікаря із дотриманням вимог щодо їх безпечності для здоров'я (ст. 192-194) тощо. Дуже цікавою є стаття Кримінально-процесуального кодексу, яка пов'язана із проблематикою імунітету свідка, розголошення медичної таємниці (ст. 69).

Кримінально-виконавчий кодекс України закріплює норму, згідно якої засуджені користуються всіма правами людини і громадянина, окрім винятків, передбачених чинним законодавством. Серед них у ст. 8 гарантується право на охорону здоров'я. Охорона здоров'я забезпечується системою медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних і платних форм медичної допомоги. Засуджені до позбавлення волі з-поміж інших прав мають право отримувати медичну допомогу і лікування, у тому числі платні медичні послуги за рахунок особистих грошових коштів чи коштів рідних і близьких. Медико-санітарне забезпечення засуджених до позбавлення волі реалізується через організацію необхідних лікувально-профілактичних закладів, для лікування засуджених, які хворіють на активну форму туберкульозу - заклади на правах лікувальних, а для спостереження і лікування інфекційних хворих - інфекційні ізолятори відповідно до ст. 116 Кримінально-виконавчого кодексу. Для засуджених осіб також гарантуються необхідні житлові

умови, що відповідають правилам санітарії і гігієни, харчування, яке забезпечує нормальну життєдіяльність організму тощо.

Захист прав споживачів, у тому числі й споживачів, які придбавають, замовляють або використовують товари (роботи, послуги) у сфері охорони здоров'я має виключне значення. Споживачі, згідно з Господарським кодексом від 16 січня 2003 року, Законом України "Про захист прав споживачів" від 12 травня 1991 року), мають право на державний захист своїх прав, належну якість товарів (робіт, послуг), безпеку товарів (робіт, послуг), відшкодування збитків, завданих товарами (роботами, послугами) неналежної якості, а також шкоди, заподіяної небезпечними для життя і здоров'я товарами (роботами, послугами). Держава має конституційно забезпечити рівні можливості для реалізації прав людини, захищаючи її права як споживача. Соціально-економічний аспект проблем має вирішуватись з урахуванням інтересів і потреб споживачів. Держава повинна сприяти забезпеченню рівня споживання населення, достатнього для підтримки здоров'я і життєздатності, гарантування безпеки продукції, захисту від несумлінного продавця, виконавця робіт, послуг тощо.

Право на охорону здоров'я відображається також і в нормативно-правових актах інших галузей. Зокрема, Кодекс законів про працю України містить норми, які регулюють робочий час і час відпочинку (ст. 50-84 КЗпП), норми про охорону праці, у тому числі передбачається створення безпечних і нешкідливих умов праці, видача молока і лікувально-профілактичного харчування, обов'язкові медичні огляди працівників певних категорій, переведення на легшу роботу за станом здоров'я тощо. У Кодексі також регламентується праця жінок, зокрема визначено роботи, на яких забороняється застосування праці жінок; передбачено переведення вагітних жінок на підставі медичного висновку на іншу роботу, яка є легшою і виключає вплив несприятливих виробничих факторів; надання вагітним жінкам і жінкам, які мають дітей віком до чотирнадцяти років, путівок до санаторіїв і будинків відпочинку. Також у Кодексі визначено умови праці молоді, зокрема вік, з якого допускається прийняття на роботу; медичні огляди осіб молодших вісімнадцяти років; роботи, на яких забороняється застосування праці осіб молодших вісімнадцяти років й інше. Всі ці норми спрямовані на охорону здоров'я осіб, що працюють.

Сімейний кодекс України від 10 січня 2002 року з метою охорони здоров'я встановлює шлюбний вік (ст. 22 СК); визначає осіб, які не можуть перебувати у шлюбі між собою (ст. 26 СК); гарантує державну охорону сім'ї, дитинства, материнства і батьківства (ст. 5 СК) та інше. Особливо цікавою є ст. 30 Кодексу, яка закріплює обов'язок наречених повідомити один одного про стан свого здоров'я. Держава забезпечує створення умов для медичного обстеження осіб, які заручились. Результати медичного обстеження є таємницею і повідомляються лише нареченим. У ч. 5 цієї ж статті передбачено, що приховання відомостей про стан здоров'я одним з наречених, наслідком чого може стати (стало) порушення фізичного або психічного здоров'я іншого нареченого чи їхніх нащадків, може бути підставою для визнання шлюбу недійсним. Особа, яка відмовилась від шлюбу, зобов'язана відшкодувати другій стороні витрати, що були нею нанесені у зв'язку з приготуваннями до реєстрації шлюбу та весілля, що передбачено ч. 3 ст. 31 СК, але такі витрати не підлягають відшкодуванню, якщо відмова від шлюбу була викликана прихованням обставин, що мають для того хто вимовився від шлюбу істотне значення, серед яких є тяжка хвороба.

Важливим документом є Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992 року (далі - Основи) - нормативний документ, що присвячений регулюванню відносин у сфері охорони здоров'я. Цей закон є своєрідною декларацією прав людини у сфері охорони здоров'я, який визначає правові, організаційні, економічні й соціальні засади охорони здоров'я України і регулює суспільні відносини у цій галузі. Цей документ відображає державну політику у галузі охорони здоров'я, принципи охорони здоров'я, визначає структуру права на охорону здоров'я й обов'язки громадян, встановлює державні гарантії щодо юридичного захисту права на охорону здоров'я, визначає політику світового співтовариства у сфері охорони здоров'я, регулює питання проведення медичної експертизи, закріплює гарантії охорони здоров'я матері і дитини, передбачає основи правового статусу медичних і фармацевтичних працівників та інші питання у цій сфері життєдіяльності. Норми Основ конкретизують, деталізують і розширюють конституційні норми, які у тій чи іншій мірі присвячені охороні здоров'я, у тому числі і ст. 49 Конституції України, що безпосередньо закріплює конституційне право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне

страхування. Основи є свого роду "медичною конституцією" України¹, своєрідною підвалиною для всього законодавства про охорону здоров'я. Цей акт був задуманий як фундамент для створення майбутнього законодавства у цій сфері². Одним з ключових положень цього акту, на нашу думку, є норми, які визначають принципи, тобто основні засади, вихідні ідеї охорони здоров'я, які дають уявлення про ті витoki, на яких стоїть держава суспільство при створенні належних умов для реалізації права людини на охорону здоров'я.

Цей законодавчий акт також передбачає формування державної політики охорони здоров'я, основу якої забезпечує Верховна Рада України. Серед численних заходів, які повинен здійснювати законодавчий орган у цьому напрямі, є затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я, що у повній мірі відповідає ч. 2 ст. 49 Конституції України. При розробці та оцінці політики охорони здоров'я необхідно робити акцент на універсальних цінностях галузі (медична етика, відповідальність і професіоналізм медичного персоналу, повага до людської гідності тощо), враховуючи те, що здоров'я є однією з основних потреб і невід'ємним правом людини, а також однією з цілей розвитку суспільства.

Положення ч. 3 ст. 49 Конституції України щодо доступності для всіх громадян медичного обслуговування відтворено у ст. 4 Основ як один з принципів охорони здоров'я. Ця ж конституційна норма, у якій визначено, що існуюча мережа лікувальних закладів не може бути скорочена та держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, відображена у ст.ст. 4, 9, 16 Основ. Частина 4 ст. 49 Конституції України знайшла свою конкретизацію у ст. 32 Основ, у якій визначено заходи, яких вживає держава для утвердження здорового способу життя. Питання безоплатності медичної допомоги, яка надається у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що конституційно гарантовано у ч. 3 ст. 49 Конституції України, в Основах передбачено лише через норму ч. 2 ст. 25, де визначено, що безоплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їх життя і здоров'я. У ст. 6 Основ передбачено право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, а у ст. 7 закріплено одну з гарантій - надання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України, але проблему оплати за надання медичної допомоги у них не визначено. Наприклад, звернемо увагу на ч. 3 ст. 20 Основ законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян від 22 липня 1993 року, що чітко закріплює право громадян на безоплатну медичну допомогу у державній та муніципальній системах охорони здоров'я.

Фінансування охорони здоров'я здійснюється відповідно до ст. 18 Основ за рахунок Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів і будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Також передбачено створення і функціонування системи медичного страхування населення. Право кожного на медичне страхування передбачено у ч. 1 ст. 49 Конституції України, крім того, відповідно до Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14 січня 1998 року, медичне страхування належить до загальнообов'язкових видів державного соціального страхування. Проте закону, який врегулював би відносини у сфері медичного страхування, сьогодні немає. Такий акт повинен визначити принципи, правові, організаційні та фінансові засади й механізми функціонування загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні.

З метою врегулювання цього питання в Україні було розроблено кілька законопроектів щодо медичного страхування і фінансування охорони здоров'я, а саме: "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування" (11.04.2003, автори: народні депутати М. Поліщук, О. Ремарук, Т. Бахтеєва, В. Бондаренко, М. Лобода, М. Сятиня), "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" (12.12.2003), "Про загальнообов'язкове медичне страхування" (23.01.2004, автори: народні депутати М. Добкін, О. Морозов), "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" (06.02.2004, автори: народні депутати І. Шурма, П. Кузьменко, Я. Сухий). У 2006 році з'явилися два нові законопроекти "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, підготовлені: а) Сухим Я.М., Денісовою Л.Л., Шевчуком С.В., Мельничуком М.В.; б) Бульбою С.С., Григорович Л.С., Карпуком В.Г., Стасів Л.В.

Ситуація, що склалась в Україні з охороною здоров'я, є однією з найактуальніших і найгостріших. На сьогодні не всі громадяни мають можливість отримувати безоплатну медичну допомогу, яку їм гарантує Конституція України, саме за нестачі власних коштів, оскільки потрібно оплачувати все: ліки, матеріали, госпіталізацію. Вкрай низька оплата праці медичних працівників не забезпечує їм навіть мінімального прожиткового рівня. Таке становище змінило морально-етичне ставлення медичних працівників до хворих, а, відповідно, пацієнтів до медиків. У Рішенні Конституційного Суду України щодо офіційного тлумачення положення ч. 3 ст. 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах медична допомога надається безоплатно" (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травня 2002 року вказано, що необхідність офіційної інтерпретації обґрунтовується народними депутатами тим, що сьогодні громадяни України фактично не можуть отримати медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, не сплативши власні кошти за ліки, харчування та "необхідні витратні матеріали". Значна частина населення не спроможна відшкодувати такі витрати, і тому багато громадян змушені відмовитись від відвідування закладів охорони здоров'я.

Аналізуючи цю критичну ситуацію, що склалась в охороні здоров'я, у тому числі з її фінансуванням, науковці і практики намагаються знайти вихід, який би задовольнив потреби всіх верств населення, а особливо малозабезпечених.

Конституційний Суд України у своєму Рішенні щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються у державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" (справа про платні медичні послуги) від 25 листопада 1998 року зазначив, що подолати ту кризу, яка склалась з бюджетним фінансуванням охорони здоров'я, можна не за рахунок запровадження практично необмеженого переліку платних медичних послуг, а шляхом зміни концептуального підходу до вирішення цієї проблеми, а також запровадження медичного страхування. У нашій державі помітною стала активізація сил щодо концептуального підходу у вирішенні нагальної проблеми з фінансуванням (п. 2 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України від 7 грудня 2000 року, п. 3 Указу Президента України "Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України" від 8 серпня 2000 року).

Питання функціонування лікарняних кас як альтернативного джерела фінансування охорони здоров'я, "плюси" і "мінуси" їх діяльності все більше привертають до себе увагу. Лікарняні каси з кожним роком отримують все більше територіальне поширення: від 5 областей у 1999 році до 22 областей у 2002 році. При перевірках діяльності лікарняних кас було виявлено багато недоліків і зауважень. Чинне законодавство не регулює фінансового контролю за їх діяльністю, але з іншого боку - це один з каналів фінансування нашої охорони здоров'я. Керівники лікарняних кас переконані, що у майбутньому навіть за умови впровадження страхової медицини такі каси продовжать своє існування як альтернативне джерело фінансування охорони здоров'я. Навіть Конституційний Суд України у своєму Рішенні від 29 травня 2002 року (справа про безоплатну медичну допомогу) зазначив, що безоплатність медичної допомоги не виключає можливості через фінансування охорони здоров'я за рахунок розвитку позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у тому числі і шляхом створення лікарняних кас (фондів, спілок), діяльність яких має регулюватись законом. Враховуючи положення п. 6 ст. 92 Конституції України ("виключно законами України визначається... охорона здоров'я") і ситуацію, що склалась на практиці з лікарняними касами, наголошуємо на необхідності розробити і прийняти Закон України "Про лікарняні каси", який би став належним правовим підґрунтям для діяльності таких кас і забезпечив би максимальну прозорість їх функціонування.

Однією з точок зору щодо проблеми фінансування є пропозиція про доцільність залишити на бюджеті таку кількість лікувальних закладів, яка б забезпечила гарантований рівень медичної допомоги, а частину медичних закладів перевести у некомерційні неприбуткові організації з надання медичних послуг, на основі договору з адміністраціями районів чи територіальними органами самоврядування. На думку Н. Болотіної, основний обсяг медичної допомоги має надаватись державними закладами охорони здоров'я, а також може надаватись і на підставі цивільного договору в приватних закладах охорони здоров'я як за рахунок власних коштів, так і за рахунок коштів медичного страхування.

Хочемо зосередити увагу на тому, що відповідно до Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року (справа про безоплатну медичну допомогу) запровадження обов'язкового державного медичного страхування не суперечитиме конституційному припису "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" лише у тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть організації, установи, підприємства, інші господарюючі суб'єкти, які займаються підприємницькою діяльністю, державні фонди тощо. Стягнення платежів з громадян у системі державного медичного страхування не відповідатиме конституційному положенню, що тлумачиться, оскільки буде однією з форм оплати за надання їм допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Тому при роботі над проектом Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" необхідно чітко дотримуватись положень конституційних норм, у тому числі й ч. 3 ст. 49 Конституції України.

На нашу думку, на підставі аналізу чинної законодавчої бази та наукових позицій як у національній, так і зарубіжній літературі, доречно, обираючи за критерій систематизації предмет, правового регулювання, виділити такі групи законів у сфері охорони здоров'я:

- надання медичної допомоги;
- правового статусу пацієнтів;
- правового статусу медичних і фармацевтичних працівників;
- фінансування охорони здоров'я;
- оздоровчо-профілактичної діяльності;
- забезпечення безпечних умов життєдіяльності;
- організації та управління охорони здоров'я;
- біоетики.

Щоб краще зрозуміти потребу в удосконаленні законодавства України про охорону здоров'я і гостру необхідність у заповненні численних прогалин у цій сфері, пропонуємо більш детально розглянути кожну групу законів. При цьому звернемо увагу на ті особливості, що зустрічаються при формуванні нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я у виділених блоках, зокрема, у деяких з них відсутні закони, що безпосередньо повинні врегульовувати суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, а, як правило, домінують акти, що опосередковано стосуються даної галузі тощо.

До першої групи відносимо закони, що присвячені наданню медичної допомоги населенню: Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992 року, Закон України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині" від 16 липня 1999 року, Закон України "Про донорство крові та її компонентів" від 23 червня 1995 року, Закон України "Про психіатричну допомогу" від 22 лютого 2000 року, Закон України "Про імплантацію електрокардіостимуляторів" від 14 вересня 2000 року, Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" від 5 липня 2001 року, Закон України "Про заборону репродуктивного клонування" від 14 грудня 2004 року тощо.

Друга група законів, яку ми виділили, представлена Законом України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992 року і Законом України "Про захист прав споживачів" від 01 грудня 2005 року. Крім цього розроблено проекти Закону України "Про права пацієнтів в Україні" від 16 січня 2003 року та 21 лютого 2005 року (на сьогодні вже є проекти постанов про відхилення цих законопроектів), метою яких була систематизація і розширення, порівняно з діючим законодавством, прав пацієнтів у нашій державі, а також закріплення юридичних гарантій їх забезпечення. Досліджуючи права пацієнтів, що визначені у проектному законодавстві, можемо виділити такі тенденції, що намітились у вітчизняній законопроектній практиці, як: розширення переліку прав пацієнтів, інколи невиправдана їх деталізація, не у повній мірі відповідність проектному законодавству чинній вітчизняній нормативній базі, необхідність подальшого вивчення та врахування при розробці і прийнятті національних нормативно-правових актів у даній галузі міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я. На сьогодні Комітет Верховної Ради України з охорони здоров'я розробив Концепцію законодавчого забезпечення охорони здоров'я на 2006 - 2011 роки, у якій передбачено підготовку законопроекту "Про правовий статус пацієнтів в Україні".

Ситуація із законами, які б мали входити до третьої групи, викликає особливе занепокоєння, оскільки актив, безпосередньо присвячених питанням правового статусу медичних і фармацевтичних працівників, у нашій державі немає. На сьогодні ці питання врегульовані в Основах законодавства України про охорону здоров'я (розділ X), частково окремі аспекти регламентовані у спеціальних законах (розділ V Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення", ст.ст. 27-29 Закону України "Про психіатричну допомогу" тощо) і в підзаконних актах, що є неприпустимим. У Російській Федерації розроблено проект закону "Про права і соціальний захист медичних працівників". У Концепції законодавчого забезпечення охорони здоров'я на 2006 - 2011 роки передбачено підготовку законопроекту "Про правовий статус та гарантії діяльності медичних і фармацевтичних працівників в Україні".

До четвертої групи відносимо закони, що регулюють дуже складне питання у сфері охорони здоров'я в Україні - фінансування охорони здоров'я. У чинному законодавстві це питання частково регулюється Основами законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року, Бюджетним кодексом від 21 червня 2001 року, Законом України "Про страхування" від 7 березня 1996 року, Основами законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14 січня 1998 року, Законом України "Про Державний бюджет" від 12 грудня 2005 року.

У нашій державі розроблено численні законопроекти, що безпосередньо присвячені фінансуванню охорони здоров'я, зокрема проект Закону України "Про фінансування охорони здоров'я" та проекти Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування", короткий аналіз яких було проведено вище. Нещодавно було розроблено і зареєстровано у Верховній Раді України 19.09.2006 проект Закону України "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування". Як бачимо, увага законодавця спрямовується на неухильне виконання положень Рішення Конституційного Суду України (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 року, яке передбачає, що питання медичного страхування повинно регулюватися виключно законом. Тому на сьогодні перед Верховною Радою України постає дуже складне і важливе завдання, що вплине на реформування охорони здоров'я України у цілому - створення належної правової основи для запровадження обов'язкового державного медичного страхування. Це має бути виважена робота, що базується на медико-правовій доктрині, врахуванні міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я, яка спрямовується на прийняття такого законодавства, яке максимально забезпечить конституційне право людини на охорону здоров'я.

До наступної, п'ятої групи законів, що покликані регулювати оздоровчо-профілактичну діяльність, належать Закони України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" від 12 грудня 1991 року, Закон України "Про фізичну культуру і спорт" від 24 грудня 1993 року, Закон України "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів" від 15 лютого 1995 року, Закон України "Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів" від 19 грудня 1995 року, Закон України "Про захист населення від інфекційних хвороб" від 6 квітня 2000 року, Закон України "Про курорти" від 5 жовтня 2000 року, Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" від 5 липня 2001 року.

Шоста група представлена законами, які забезпечують безпечні умови життєдіяльності, а саме: Закон України "Про охорону навколишнього природного середовища" від 25 червня 1991 року, Закон України "Про охорону атмосферного повітря" від 16 жовтня 1992 року, Закон України "Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини" від 23 грудня 1997 року, Закон України "Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання" від 14 січня 1998 року, Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" від 7 лютого 2002 року тощо.

Регулювання питань організації й управління охорони здоров'я (сьома група) знайшло своє відображення в одному з чинних законів - Законі України "Про лікарські засоби" від 4 квітня 1996 року, що регулює правовідносини, пов'язані зі створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, визначає права та обов'язки підприємств, установ,

організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів державної виконавчої влади і посадових осіб.

Хочемо окремо звернути увагу на регулювання експертної діяльності в Україні. Питання експертизи, що частково стосується й охорони здоров'я, врегульоване у Законі України "Про судову експертизу" від 25 лютого 1994 року. У розділі IX "Медична експертиза" Основ законодавства України про охорону здоров'я визначено види медичної експертизи і коротко розкрито їх зміст у статтях, з посиланням на те, що порядок організації і проведення експертиз визначається на рівні підзаконних актів. Можна було б розробити Закон України "Про медичну експертизу в Україні", який би визначив порядок проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності, військово-лікарської, судово-медичної, психологічної і судово-психіатричної експертиз, що забезпечило б більшу прозорість, об'єктивність їх проведення, а також зменшило б ту численну кількість зловживань, що є на практиці, у процесі їх проведення шляхом встановлення належного контролю за їх здійсненням.

До цієї групи відносимо і Закон України "Про рекламу", де у розділі III "Особливості рекламування деяких видів продукції" визначено порядок реклами лікарських засобів, виробів медичного призначення, методів профілактики, діагностики і лікування, а також реклами тютюнових виробів та алкогольних напоїв. Спеціального закону з реклами у сфері охорони здоров'я в Україні немає. Для прикладу, у Російській Федерації розроблено проект Закону "Про рекламу медичних послуг, виробів медичного призначення і лікарських засобів", а також проект Закону "Про обмеження реклами алкоголю і тютюну". Такий закон на сьогодні є особливо актуальним, оскільки величезна кількість фірм-виробників ліків пропонує свої товари, телебачення і радіо переповнені незліченною кількістю реклами різноманітних товарів (алкоголь, тютюн, лікарські засоби тощо), і тому, щоб допомогти і захистити споживача від недобросовісної та неетичної реклами, встановити вимоги до неї, зокрема до форми розповсюдження, змісту реклами, і необхідно прийняти закони про рекламу у сфері охорони здоров'я, зокрема Закон України "Про рекламу у сфері охорони здоров'я". З метою врахування усіх особливостей і врегулювання господарської діяльності у галузі охорони здоров'я вважаємо за доцільне прийняти Закон України "Про господарську діяльність у сфері охорони здоров'я".

Згідно з класифікацією, яку ми запропонували, до восьмої групи повинні належати закони, що регулюють питання біоетики. На сьогодні в Україні розроблено проект Закону України "Про правові основи біоетики й гарантії її забезпечення", який зареєстрований від 08.06.2005 р. № 7625.

На шляху створення якісної нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, на нашу думку, зустрічається чимало перепон і труднощів, серед яких виділяємо такі:

- а) недостатньо виражена державна політика у сфері охорони здоров'я, у тому числі її законодавчого забезпечення;
- б) відсутність науково-обґрунтованої стратегії законотворчої діяльності у сфері охорони здоров'я;
- в) низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи;
- г) складність проходження законопроектів про охорону здоров'я у Верховній Раді України;
- д) незначна кількість спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині;
- е) неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки;
- є) недостатнє врахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я і неефективне використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні охорони здоров'я;

ж) нечіткість правової бази у сфері охорони здоров'я, законодавчі колізії і проблеми, що виникають на практиці, коли норми різних актів, що регламентують у тій чи іншій мірі охорону здоров'я, суперечать один одному;

з) надмірна розпорошеність норм щодо охорони здоров'я по всьому українському законодавству.

Нормативні акти у сфері охорони здоров'я повинні прийматись з урахуванням попередніх ретельних напрацювань і науково-обґрунтованої концепції законотворення у сфері охорони здоров'я. Перша спроба була зроблена в Україні у 2000 році, коли було розроблено концептуальну модель створення нормативно-правової бази охорони здоров'я, яка базувалась на десяти засадах: конституційний розвиток законодавства; верховенство закону в ієрархії всіх інших нормативно-правових актів; системність правотворчого процесу; юридична сила нормативно-правових актів; предметний розподіл законодавчих актів; динамічність правотворчого процесу; послідовність розміщення нормативно-правових актів; комплексність блоків питань охорони здоров'я; диференціація нормативно-правових актів за їх прямою чи опосередкованою дією; кількісне вираження законотворчого процесу. При реалізації концепції розвитку законодавства про охорону здоров'я потрібно проводити комплексну роботу, яка повинна спрямовуватись на прогнозування необхідності прийняття актів у даний час, на проведення громадських обговорень через засоби масової інформації, круглі столи, конференції і семінари із залученням медиків і правників як науковців, так і практиків, на здійснення наукових досліджень для теоретико-правових напрацювань щодо регламентування проблем охорони здоров'я.

Слабка законодавча ініціатива і складність проходження законопроектів у Верховній Раді - це два боки однієї проблеми. Незважаючи на те, що концептуальна модель створення нормативно-правової бази охорони здоров'я однією з засад передбачає динамічність правотворчого процесу, але на практиці постійно гальмується прийняття законів, що регламентують ключові питання функціонування вітчизняної охорони здоров'я. Тому законопроекти про охорону здоров'я, зокрема про загальнообов'язкове державне медичне страхування, про правовий статус пацієнтів, про фінансування охорони здоров'я тощо не один рік знаходяться на різних стадіях законотворчого процесу, так і не ставши частиною національної правової бази охорони здоров'я.

Особливу увагу варто приділити питанню об'єднання зусиль і знань юристів і медиків для створення належної життєздатної нормативно-правової бази і підвищення ефективності та якості законотворчого процесу. Для цього, вважаємо, доцільним було б створити робочу групу, до якої мали б входити юристи, медики та спеціалісти інших сфер (психологи, філософи, соціологи тощо), основним завданням якої було б якісна робота із законопроектами у сфері охорони здоров'я. Таку робочу групу доречно створити при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, яка повинна бути забезпечена державним фінансуванням, підтримкою наукових установ, кафедр провідних навчальних закладів для отримання консультацій та експертних висновків і проводити обговорення законопроектів у медичних і юридичних колах як серед науковців, так і практиків тощо.

Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я, досвід зарубіжних країн щодо медичного законодавства повинні враховуватись вітчизняним законодавцем при розробці власної нормативно-правової бази. Обов'язково при законотворчій діяльності потрібно враховувати національні особливості, традиції і реалії, не можна сліпо займатись "імпортуванням") законодавства, яке не завжди може адаптуватись у наших умовах. Але у той же час вивчення міжнародно-правових стандартів і зарубіжного досвіду у цій сфері дасть можливість виділити перспективні напрями для оновлення українського законодавства та реформування охорони здоров'я у цілому.

Одним з пріоритетних напрямів удосконалення законодавства про охорону здоров'я в Україні є систематизація діючої нормативно-правової бази. Правові акти, що регламентують охорону здоров'я громадян, приймаються безсистемно, хаотично, відсутня єдність у підходах до законодавчого забезпечення права на охорону здоров'я, при правотворчому процесі законодавці керуються кон'юнктурними міркуваннями й особистими інтересами, але не потребами і реаліями сьогодення. Такі обставини обумовлюють необхідність комплексного підходу до удосконалення законодавчої бази охорони здоров'я. Створення належної нормативної бази у сфері охорони здоров'я, насамперед

законів, - справа творча і нелегка, що потребує знань у галузі охорони здоров'я і медицини, досвіду у сфері законодавчої техніки, відповідального ставлення до справи та усвідомлення тієї відповідальності, яка лягає на плечі розробників медичного законопроекту. Лише закон, який створений за таких умов, зможе бути дієвим, життєздатним і займе важливе місце у системі нормативних актів, що регулюють охорону здоров'я, а також матиме можливість скоординувати й спрямувати усі інші акти на забезпечення життя і здоров'я людей.

Серед шляхів удосконалення і подолання проблемних ситуацій у регулюванні відносин у сфері охорони здоров'я пропонуємо такі основоположні заходи як:

— визначити ключові принципи законодавчої діяльності у сфері охорони здоров'я, які, на нашу думку, мають бути такими:

а) розуміння охорони здоров'я як однієї з головних умов забезпечення національної безпеки. Закон України "Про основи національної безпеки України" від 19 червня 2003 року однією з можливих загроз національним інтересам і національній безпеці України визначає кризу системи охорони здоров'я і соціального захисту населення і, як наслідок, небезпечне погіршення стану здоров'я населення, поширення наркоманії, алкоголізму, соціальних хвороб. У зв'язку з цим всі заходи, щодо забезпечення охорони здоров'я, у тому числі правові, будуть пов'язані з національною безпекою;

б) пріоритет прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я, що впливає з ст. 3 Конституції України;

в) забезпечення гарантій з боку держави щодо надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я відповідно до ст. 49 Конституції України;

г) наступність у законодавчій роботі, яка полягає у тому, що кожні п'ять років при чергових виборах як правило, оновлюється склад Верховної Ради, а відповідно "нові" законодавці міняють з тих чи інших міркувань план роботи законодавчого органу, у тому числі й пріоритети законотворчості. Тому дуже важливо, щоб витримувалась певна статична лінія у законопроектній і законодавчій діяльності, щоб вона була позбавлена політичного забарвлення й азарту передвиборчих баталій, щоб діяльність новообраних депутатів була спрямована на продовження певної виробленої законотворчої стратегії, у тому числі й у сфері охорони здоров'я;

— ініціювати розроблення і прийняття законів, які б регламентували охорону здоров'я;

— створити базовий документ - Медичний кодекс України, який зможе комплексно врегулювати усі аспекти охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги. На відміну від поточного законодавства, кодифікація впорядковує значну частину чинного законодавства, як правило, його змінюючи, доповнюючи і перетворюючи.

Актуальність і важливість створення кодифікованого акту — Медичного кодексу України — пояснюється багатьма обставинами, основними з яких є:

1. необхідність комплексного реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, у тому числі її законодавчого забезпечення як фундаменту для усіх інших перетворень;
2. відсутність на даний час науково-обґрунтованої концепції законотворчої діяльності у цій сфері;
3. прагнення забезпечити підвищення рівня правової освіти медичних і фармацевтичних працівників;
4. сприяння і допомога юристам при розгляді і вирішенні так званих "медичних" справ;
5. неузгодженість у деяких випадках окремих законів у сфері охорони здоров'я з галузевим законодавством;

6. необхідність чіткої регламентації правового статусу медиків і пацієнтів;

7. потреба правового регулювання різних систем охорони здоров'я (державної, муніципальної, приватної).

На нашу думку, робота ця (тобто щодо створення Медичного кодексу -Авт.) відповідальна, яка потребує залучення спеціалістів і займає досить багато часу. Зазвичай процес кодифікації діючого законодавства відбувається декілька років. Багато розвинутих країн (Австрія, США, Франція, Італія, Іспанія тощо) у своєму національному законодавстві про охорону здоров'я мають так звані медичні чи лікарські кодекси, норми яких регулюють відносини між медиками та їх пацієнтами, а також їх родичами, професійні відносини медиків між собою, з адміністрацією установ охорони здоров'я і державних органів.

У Медичному кодексі необхідно реалізувати вимоги міжнародних стандартів з прав людини, щодо охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги, оскільки саме він у подальшому стане міцною опорою медичного права України - галузі права, що починає невпинно розвиватись й у нашій державі.

Медичний кодекс - це "дороговказ" для медичних працівників, пацієнтів і правників. По-перше, він буде гарантією для пацієнтів, оскільки у разі порушення медиками правових норм, що забезпечують їх права у сфері охорони здоров'я, пацієнти отримають належний захист; по-друге, цей акт - це "щит" для медичних працівників, оскільки у ньому буде закріплено юридичні основи діяльності медиків, які повинні ці знання при потребі використовувати на практиці; по-третє, даний нормативний документ буде "надійним помічником" для юристів при вирішенні "медичних справ". На нашу думку, Медичний кодекс повинен включати норми, які врегулювали б суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги, а всі інші відносини у сфері охорони здоров'я повинні регламентуватись у інших нормативно-правових актах. Кодекс повинен бути спрямований на детальне і всебічне регулювання цих суспільних відносин, і необхідно виключити або скоротити до мінімуму можливість наявності тих напрямів медичної діяльності, які б не знайшли регулювання у цьому акті. Не виключаємо також ситуації, коли виникне потреба врегулювати деякі аспекти надання медичної допомоги в окремих законах, оскільки кодекс повинен містити норми, що регулюють найбільш важливі та істотні питання організації і здійснення такої допомоги.

Визначаючи загальні риси Медичного кодексу та його структури, хочемо вказати на ті особливості, що повинні, на наш погляд, знайти своє відображення у ньому, зокрема:

Наявність Преамбули, Загальної та Особливої частин;

Закріплення норм, які б врегулювали ключові питання надання медичної допомоги;

Пріоритет прав і свобод людини у процесі надання медичної допомоги;

Врахування міжнародно-правових стандартів з прав людини й охорони здоров'я;

Деталізація основоположних конституційних принципів щодо надання медичної допомоги;

Узгодженість Кодексу з нормативно-правовими актами інших галузей права;

Необхідність врахування розвитку науки і прогресу медицини, з метою забезпечити "довготривале життя" Кодексу;

Етична забарвленість більшості норм, що регламентують питання надання медичної допомоги.

Преамбула Кодексу повинна розставити акценти і визначити пріоритети у сфері надання медичної допомоги, відобразити конституційні принципи і врахувати міжнародно-правові стандарти. Кожну частину Кодексу пропонуємо ділити на окремі розділи, які б закріплювали норми, що регулюють однорідні суспільні відносини у сфері надання медичної допомоги (правовий статус пацієнта, біоетичні основи надання медичної допомоги тощо). Загальна частина повинна містити належно розроблений понятійно-термінологічний апарат, межі правового регулювання, завдання Кодексу, принципи біоетики, основи правового статусу пацієнтів і медичних працівників тощо. Особлива частина повинна регулювати питання надання медичної допомоги у різних напрямках медичної діяльності, зокрема стоматологічна справа, хірургічна справа, сімейна медицина, психіатрична допомога, фармацевтична справа, косметологічна справа, гематологічна справа та інші.

Детальний аналіз законодавства про охорону здоров'я, з'ясування його позитивних і негативних аспектів, а також пропозиції щодо удосконалення чинної нормативної бази викривають ті суттєві прогалини і недоліки, що притаманні національному законодавству у цій сфері. Але поступ у законотворчій діяльності, який спостерігається в Україні, дає можливість сподіватись, що у нашій державі поступово і виважено буде створено якісну нормативно-правову базу, яка буде запорукою успіху всіх інших реформ у системі охорони здоров'я.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Назвіть критерії періодизації та самі періоди в історії розвитку правового регулювання медичної діяльності в Україні. Як вони взаємопов'язані один з одним?

Які організаційно-правові варіанти надання медичної допомоги мали місце в Київській Русі? Дайте їх характеристику.

Проаналізуйте джерела давньоруського права, які містять норми, що регулюють питання лікування.

Яка роль Аптекарського приказу 1581 р. в регламентації медичної діяльності в Україні? Дайте коротку характеристику його функцій.

Назвіть і охарактеризуйте найбільш важливі нормативно-правові акти за часів Петра I, в яких містяться норми, що регламентують медичну діяльність.

Дайте характеристику Лікарського Статуту.

Як правовими засобами були забезпечені зміни в системі вищої медичної освіти в середині XIX ст.?

У чому полягає суть юридичного забезпечення і основні риси земської медицини?

Охарактеризуйте організаційно-правове значення Народного Комісаріату охорони здоров'я (Міністерства охорони здоров'я) як центрального органу управління медичною діяльністю.

Проаналізуйте основні нормативно-правові акти, що регламентують питання надання медичної допомоги в радянський період.

Назвіть основні положення Конституції України 1996 року про охорону здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. - М.: ПРИОР, 2001.-208 с.

Красицкая Л.В. Историко-правовой аспект регулирования медицинской деятельности // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. М., 2003. - С. 128- 130.

Аникин Л.И. История русской средневековой медицины. — Л., 1988.-39 с.

Арутюнов Ю.А. Земская медицина в Московской губернии во второй половине XIX - начале XX вв. / Науч. ред. А. И. Уткин. — М., 2000.-145 с.

Гафуров В.С. Аналитический обзор законодательных и нормативных актов, регулирующих права пациентов в области здравоохранения // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. -С. 168-170.

Дюжиков С. Конституционное обеспечение права на охрану здоровья в РФ: Автореферат на соискание степени кандидата юридических наук. - Ростов-на-Дону, 2001. -21с.

Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р. и др. История медицины. — М., 1981.-352 с.

Квернадзе Р.А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения // Государство и право. - 2001. - № 8. - С. 99-104.

Кузьмин В.Ю. Земская медицина России в мирное и военное время (1864-1917 гг.). - Самара, 2000. - 316 с.

Кузьмин М.К. История медицины. - М., 1978. - 198 с.

Лехан В.М., Рудий В.М. Нормативно-правове забезпечення охорони здоров'я // Главний врач. - 2006. - № 2. - С. 36-42.

- Любінець О.В., Сенюта І.Я. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України // Науково-практичний загальномедичний журнал. Український медичний часопис. - 2006. - № 5-6 (3/53). - С. 5-10.
- Любінець О.В., Сенюта І.Я. Медичне право та законодавство про охорону здоров'я - базис програмно-цільового планування в охороні здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - № 4. - 2004. - С. 75-79.
- Маринжа Л. Земська медицина в Україні // Здоров'я України. - 2007. - № 6. - С. 72-73.
- Медицинское право Украины: Учебн. пособие / В.Д. Волков, Л.Н. Дебіко, В.П. Заблоцкий и др. - Донецк: ДонНУ, 2005. - 268 с.
- Мирский М. Б. Медицина России XVI - XIX веков. - М., 1996.-400 с.
- Право в медицине. - М.: Книга-сервис. - 2002. - 352 с.
- Петров К.В. Приказная система управления в России в концеXV-XVII вв.: Дис. канд. юрид. наук. - СПб., 2000. -199 с.
- Пономаренко М.С., Алексеева І.М. Деякі правові питання реформування галузі охорони здоров'я населення України // Запорозький медичний журнал. - 2007. - № 1. - С. 155-157.
- Сальников В.П., Стеценко С.Г. Законодательная регламентация медицинской деятельности в России во время правления Петра I // Правоведение. - 2001. - № 4. - С. 219 - 230.
- Сальников В.П., Стеценко С.Г. Нормативно-правовое обеспечение здравоохранения в советский период // Журнал российского права. - 2002. - № 1. - С. 152-161.
- Сальников В.П., Стеценко С.Г. Регламентация медицинской деятельности в России: историко-правовые вопросы (X - XVII вв.) // Журнал российского права. - 2001. - № 4. - С. 143 - 151.
- Сальников В.П., Стеценко С.Г. Регламентация медицины в России (историко-правовое исследование). Серия "Право и медицина". СПб.: Университет, 2002. - 144 с.
- Самойлов В.О. История российской медицины. - М.: Зпидавр, 1997. -200 с.
- Сенюта І. Законодавство о здравоохранении Украины: реалии и перспективы // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М., 2003. - С. 99- 102.
- Сенюта І.Я. Біоетичне законодавство України: перспективи становлення та розвитку // Вісник Львівського університету. — Серія юридична. - Львів, 2006. - Вип. 42. - С. 42-49.
- Сенюта І. Некоторые аспекты законодательного регулирования охрана здоровья в Украине // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. — М.: Юрист, 2004.-С. 133-137.
- Сенюта І. Законодавче забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: історико-правовий огляд // Вісник Львівського університету. Сер. юридична. - Вип. 39. - Львів, 2004. - С. 59-68.
- Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 84-137.
- Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. М., 2002. - С. 7-58
- Стеценко С.Г. Совершенствование организационно-правовых форм управления здравоохранением в России XVI — XVIII вв. // История государства и права. - 2001. - № 5. - С. 12- 15.
- Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. - М.: ЦКБ РАН, 2004. - 170 с.
- Стеценко С.Г. Систематизация нормативно-правовой базы здравоохранения России: проблемы и перспективы // Здраво- охранение. - 2004. - № 1. - С. 139-146.
- Томашевский В.В. Аптекарский приказ в XVII веке: Автореф. дис.... канд. истор. наук. - Л., 1952. — 13 с.

Глава 4. ПРАВА ЛЮДИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

§ 1. Загальна структура і класифікація прав людини у сфері охорони здоров'я.

§ 2. Права людини й окремих груп населення у галузі охорони здоров'я.

§ 1. Загальна структура і класифікація прав людини у сфері охорони здоров'я

Одним з основних питань, досліджуваних у рамках медичного права, є нормативно-правове забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності. Від того, наскільки якісною є юридична база щодо прав людини у сфері охорони здоров'я, наскільки кожна окремо взята людина може скористатися наданими їй правами, багато в чому залежить успішний динамічний розвиток як

медичного права зокрема, так і держави в цілому. Практика багатьох сучасних країн, та й України також, показує, що можна мати досить ґрунтовне і показове законодавство в галузі прав людини у сфері охорони здоров'я, але це ніяк не відображається на конкретному правовому статусі окремо взятої особи. Причин тут може бути безліч, але одна з ключових - невирішені проблеми забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності. Дійсно, найбільш якісні, але не підкріплені системою забезпечення, правові норми в сфері охорони здоров'я залишаються лише деклараціями, тобто нормами, що не супроводжуються створенням системи їхньої реалізації, охорони й захисту.

Права людини у сфері медичної діяльності — це передбачені міжнародними і внутрішньодержавними нормативно-правовими актами положення, що гарантують людині охорону здоров'я і надання медичної допомоги при виникненні захворювання. Серед міжнародно-правових документів, що містять положення, присвячені правам громадян у сфері медичної діяльності, необхідно виділити Загальну декларацію прав людини (прийняту на третій сесії Генеральної Асамблеї ООН резолюцією 217 А (III) 10 грудня 1948 р.), ст. 25 яка проголошує, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, що необхідне для підтримки здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, настання старості або іншого випадку втрати коштів для існування від незалежних від неї обставин. Материнство і дитинство надають право на особливе піклування і допомогу. Усі діти, що народилися у шлюбі або поза шлюбом, повинні користуватися однаковим соціальним захистом.

Розпад у 1991 р. СРСР призвів до створення незалежними державами Співдружності Незалежних Держав, документи якого також деякою мірою можуть бути віднесені до міжнародного. Серед них можна назвати Хартію соціальних прав і гарантій громадян незалежних держав (зате. Міжпарламентською Асамблеєю держав - учасників Співдружності Незалежних Держав 29 жовтня 1994р.). Стаття 33 цього документа визначає, що держави гарантують право громадян на безоплатну медичну допомогу в необхідних обсягах, включаючи амбулаторно-поліклінічне обслуговування, у тому числі візити лікаря додому, спеціалізоване обслуговування в лікарнях, поліклініках і поза стінами цих установ; забезпечують потреби населення у лікарських засобах і предметах догляду за хворими, зберігають пільговий порядок забезпечення медикаментами і засобами протезування інвалідів, учасників Великої Вітчизняної війни і прирівняних до них категорій осіб, а також інших категорій громадян відповідно до національного законодавства; сприяють поширенню фізичної культури, туризму та спорту.

Враховуючи теоретико-правовий поділ права на об'єктивне (встановлене, гарантоване і забезпечене державою) і суб'єктивне (міра юридично можливої поведінки), важливо усвідомити, що запропоноване вище визначення прав людини у сфері медичної діяльності - варіант об'єктивного права. У той же час не менш важливо орієнтуватися в питаннях суб'єктивних прав людини у сфері медичної діяльності. У зв'язку з цим можна дати визначення суб'єктивного права людини в сфері медичної діяльності, під яким розуміють міру можливої поведінки людини, спрямованої на використання норм права, що містяться у законодавстві про охорону здоров'я. У соціально орієнтованій державі, до якої прагне

Україна, питанням юридичного забезпечення суб'єктивних прав людини повинна бути приділена особлива увага. Тому, без сумніву, варто погодитися з академіком В.П. Сальниковим, що будь-яке суб'єктивне право має соціальну цінність настільки, наскільки його можливо реалізувати. Здійснення ж конституційних прав, свобод та інтересів для громадян означає можливість вимагати від інших осіб дій, що відповідають змістові реалізованих ними прав.

Правовий статус, як характеристика прав, свобод та обов'язків громадянина в сфері медичної діяльності, характеризується визначеними особливостями. Виділяють кілька видів правових статусів:

1. Загальний правовий статус громадянина в сфері медичної діяльності - це перелік прав, обов'язків і відповідальності, характерний для всіх громадян України. Насамперед, без сумніву, мова йде про норми Конституції України, ст. 49 яка визначає, що кожний має право на охорону здоров'я, медичну

допомогу та медичне страхування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

2. Спеціальний правовий статус людини в сфері медичної діяльності — це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, притаманний окремим категоріям людей (вагітні жінки і матері, неповнолітні, військовослужбовці, громадяни похилого віку, інваліди й ін.). Як приклад, необхідно навести положення розділу VII Основ законодавства України про охорону здоров'я "Охорона здоров'я матері та дитини". Детальну регламентацію це питання отримало у РФ, а саме у розділі V Основ законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян від 22 липня 1993 р. № 5487-1, що має назву "Права окремих груп населення у галузі охорони здоров'я".

3. Індивідуальний правовий статус людини в сфері медичної діяльності - це перелік прав, обов'язків і відповідальності в галузі медицини, властивий конкретному індивідові. Слід зазначити, що індивідуальний правовий статус людини - найбільш динамічний варіант правового статусу, оскільки він залежить від професії, віку, статі людини. Варто зазначити значний ступінь схожості правового змісту індивідуального правового статусу людини і суб'єктивного права людини в сфері медичної діяльності.

Як уже зазначалося, велике значення у справі юридичної регламентації медичної діяльності має забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності. Справді, будь-яке право людини в галузі медицини може бути реалізовано тільки в тому випадку, коли воно додатково забезпечується зрозумілим механізмом. Ідеальний варіант - наявність підзаконного акта, у якому прописаний механізм здійснення конкретного права людини. Загалом забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності є системою організаційно-правових засобів, призначених для реального втілення у життя прав людини, що містяться у нормативно-правових актах, присвячених регулюванню медичної діяльності. Необхідно розрізняти такі напрями забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності:

— нормативно-правовий (створення юридичних документів, що містять механізми реалізації прав громадян);

— організаційний (створення умов, за яких стає можливою реалізація прав громадян);

— фінансово-економічний (збільшення витрат на охорону здоров'я у бюджетах різних рівнів, реалізація цільових програм);

— інформаційний (діяльність засобів масової інформації, спрямована на інформування громадян про свої права).

— У залежності від джерела забезпечення, виділяють такі рівні забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності:

— міжнародний;

— загальнодержавний;

— місцевий.

Класифікація прав людини у сфері медичної діяльності. Класифікація, що найбільш задовольняє потреби медичного права, є такою:

I. Права людини у галузі охорони здоров'я

Право на охорону здоров'я.

Право на інформацію про фактори, що впливають на здоров'я.

Право на медико-санітарну допомогу.

II. Права окремих груп населення у галузі охорони здоров'я

Права членів сім'ї.

Права вагітних жінок і матерів.

Права неповнолітніх.

Права військовослужбовців.

Права людей похилого віку.

Права інвалідів.

Права фізичних осіб, які постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС, що проживають в екологічно несприятливих районах.

Права осіб, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі, на одержання медичної допомоги.

III. Права пацієнтів

Загальні права пацієнтів.

Права пацієнтів в окремих напрямках медичної діяльності (трансплантологія, психіатрія, імунопрофілактика й ін).

Окрім цього, у літературі пропонується поділ прав у галузі охорони здоров'я за критерієм класифікації - суб'єкт реалізації. Відповідно до нього виділяють основні, спеціальні та особливі права людини у сфері охорони здоров'я.

Першу групу прав становлять основні права, що належать усім людям, закріплені Конституцією України, міжнародними актами, які містять норми, що спрямовані на розвиток людини, захист від неправомірного посягання на її здоров'я, а також його зміцнення. Другу групу становлять спеціальні права людини у сфері охорони здоров'я, яких набувають усі, хто звернувся за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я. У цьому випадку людина набуває статусу "пацієнта" та стає суб'єктом специфічних відносин. Права пацієнта не згруповані в одному джерелі права, а розкидані по різних нормативних актах, як правило, відомчого характеру. Третю групу становлять права, притаманні окремим категоріям фізичних осіб, особливі ознаки яких визначають назву особлива група. Законодавець до таких особливих ознак відносить вік, стан здоров'я, заняття певними видами діяльності, проживання у визначених районах та інші. Основи законодавства України про охорону здоров'я регламентують права неповнолітніх, вагітних жінок, інвалідів, працівників підприємств з шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців тощо, але не визначають прав осіб похилого віку, сім'ї, ув'язнених та інших.

У перших двох групах об'єднані права фізичних осіб або окремих груп населення, а в третій представлені права пацієнтів. Це пов'язано з тією обставиною, що людина у розумінні її прав на охорону здоров'я може бути як здоровою, що не потребує медичної допомоги, так і такою, що має певне захворювання, яке обумовлює її звернення у лікувально-профілактичний заклад. У той же час пацієнт - це людина, що вже звернулася у ЛПУ за діагностичною, лікувальною або профілактичною медичною допомогою. Права людини і окремих груп населення у галузі охорони здоров'я будуть розкриті нижче, а права пацієнта, через їхнє особливе значення, детально розглянуті в окремій главі підручника.

§ 2. Права людини й окремих груп населення у сфері охорони здоров'я

Розглядаючи право на охорону здоров'я, висвітлене в цьому підручнику при розкритті одержання медичної допомоги в контексті реалізації права на життя людини, варто зазначити, що крім згадуваної ст. 49 Конституції України, це право забезпечується охороною навколишнього природного середовища, створенням сприятливих умов праці, побуту, відпочинку, виховання і навчання громадян, виробництвом і реалізацією якісних продуктів харчування, а також наданням населенню доступної медико-соціальної допомоги. Держава забезпечує кожному охорону здоров'я незалежно від статі, раси, національності, мови, соціального походження, майнового стану, місця проживання, релігії та інших переконань, за мовними або іншими ознаками. Держава гарантує громадянам захист від будь-яких форм дискримінації, обумовленої наявністю у них яких-небудь захворювань. Особи, винні в порушенні цієї норми, несуть установлену законом відповідальність.

Розглядаючи приватний фактор охорони здоров'я - охорону навколишнього природного середовища, необхідно вказати, що Закон України від 25 червня 1991 р. "Про охорону навколишнього природного середовища" у ст. 9 визначає, що кожен громадянин має право на: а) безпечне для його життя та здоров'я навколишнє природне середовище; б) участь у розробці та здійсненні заходів щодо охорони навколишнього природного середовища, раціонального і комплексного використання природних ресурсів; в) вільний доступ до інформації про стан навколишнього природного середовища (екологічна інформація) та вільне отримання, використання, поширення та зберігання такої інформації, за винятком обмежень, встановлених законом; г) подання до суду позовів до державних органів, підприємств, установ, організацій і громадян про відшкодування шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну внаслідок негативного впливу на навколишнє природне середовище; д) оскарження у судовому порядку рішень, дій або бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб щодо порушення екологічних прав громадян у порядку, передбаченому законом тощо.

Що стосується захисту від будь-яких форм дискримінації, обумовленої наявністю в громадян яких-небудь захворювань, необхідно привести як приклад СНІД - захворювання, що поки не вдається перемогти засобами медицини. Орган законодавчої влади наклав заборону на обмеження прав ВІЛ-інфікованих. Стаття 18 Закону України від 12 грудня 1991 р. "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" передбачає заборону відмови у прийнятті до лікувальних закладів, у поданні медичної допомоги, ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, а також ущемлення прав їх рідних і близьких на цій підставі.

Також у контексті права на охорону здоров'я необхідно розглядати нормативні вимоги до реклами. Мова йде про те, що конституційні гарантії охорони здоров'я населення України важливо вважати основою забезпечення довголітнього активного життя кожної людини. З огляду на вимоги законодавства, реклама - інформація про особу чи товар, розповсюджена в будь-якій формі та в будь-який спосіб і призначена сформулювати або підтримати обізнаність споживачів реклами та їх інтерес щодо такої особи чи товару (Закон України від 3 липня 1996р. "Прорекламу"). Стаття 21 цього ж Закону "Реклама лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації" передбачає, що забороняється при такому виді реклами розміщення, зокрема:

— відомостей, які можуть справляти враження, що за умови вживання лікарського засобу чи застосування медичної техніки консультація з фахівцем не є необхідною;

— відомостей про те, що лікувальний ефект від вживання лікарського засобу чи застосування медичної техніки є гарантованим;

— посилань на лікарські засоби, медичну техніку, методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації як на найбільш ефективні, найбільш безпечні, виняткові щодо відсутності побічних ефектів;

— порівнянь з іншими лікарськими засобами, медичною технікою, методами профілактики, діагностики, лікування і реабілітації з метою посилення рекламного ефекту.

Реклама не повинна створювати враження непотрібності медичних консультацій або хірургічних операцій. Реклама не повинна містити тверджень про те, що дія лікарських засобів гарантована

Окрім цього, Закон про рекламу закріплює такі важливі положення щодо реклами у сфері охорони здоров'я як те, що у рекламі лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації забороняється участь лікарів та інших професійних медичних працівників, а також осіб, зовнішній вигляд яких імітує зовнішній вигляд лікарів. Також забороняється вміщувати в рекламі лікарських засобів інформацію, яка дозволяє припустити, що лікарський засіб є харчовим, косметичним чи іншим споживчим товаром або що безпечність чи ефективність цього засобу обумовлена його природним походженням. Закон також передбачає, що забороняється реклама

лікувальних сеансів, інших заходів з використанням гіпнозу та інших методів безконтактного, психічного або біоенергетичного впливу, а також забороняється реклама діагностики або лікування, які не ґрунтуються на безпосередньому контакті лікаря з пацієнтом.

Право на інформацію про фактори, що впливають на здоров'я. Громадяни мають право на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь (ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я), право на безпечне для життя і здоров'я довкілля, право на достовірну інформацію про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її збирання та поширення (ст. 293 Цивільного кодексу України), право на безпечні для здоров'я і життя харчові продукти, питну воду, умови праці, навчання, виховання, побуту, відпочинку та навколишнє природне середовище (ст. 4 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення").

Право на медико-санітарну допомогу. При захворюванні, втраті працездатності й в інших випадках громадяни мають право на одержання медико-санітарної допомоги, що включає комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів. Лікувально-профілактична допомога надається поліклініками, лікарнями, диспансерами, клініками науково-дослідних інститутів та іншими акредитованими закладами охорони здоров'я, службою швидкої медичної допомоги, а також окремими медичними працівниками, які мають відповідну ліцензію.

Держава гарантує надання таких видів лікувально-профілактичної допомоги:

1. первинної лікувально-профілактичної допомоги - основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої і високо-спеціалізованої допомоги. Первинна лікувально-профілактична допомога надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики;
2. спеціалізованої (вторинної) лікувально-профілактичної допомоги - допомоги, що подається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики;
3. високоспеціалізованої (третинної) лікувально-профілактичної допомоги - допомоги, що подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються.

Відповідно до ст. 49 Конституції України у державних і комунальних закладах медична допомога надається безоплатно. Тобто, відповідно до Рішення Конституційного Суду України (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травня 2002 р. у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

У Рішенні Конституційного Суду України (справа про платні медичні послуги) від 25 листопада 1998 р. визначено перелік послуг, надання яких безоплатно в державних закладах охорони здоров'я не може брати на себе держава. До них віднесено: а) медичний огляд осіб для отримання посвідчення водія транспортних засобів; б) для отримання дозволу на право отримання та носіння зброї громадянами, за винятком військовослужбовців і посадових осіб, носіння зброї яких передбачено законодавством; в) для отримання відповідних документів на виїзд громадян за кордон за викликом родичів, що проживають у зарубіжних країнах; г) для отримання відповідних документів на оздоровлення в зарубіжних лікувальних і/або санаторних закладах за власним бажанням; д) для отримання

відповідних документів на службові відрядження, за винятком державних службовців, робота яких пов'язана з такими виїздами і які мають відповідні медичні документи.

Громадяни мають право на медичну експертизу, у тому числі незалежну, яка провадиться у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загально визнані права людини і громадянина.

Права членів сім'ї можна визначити виходячи з комплексного аналізу законодавства України. Мова йде про те, що держава бере на себе турботу про охорону здоров'я членів родини. Кожен громадянин має право за медичними показниками на одержання безкоштовних консультацій з питань планування родини, наявності соціально значимих захворювань і захворювань, що становлять небезпеку для оточуючих, з питань медико-психологічних аспектів сімейно-шлюбних відносин, а також на одержання медико-генетичних, інших консультацій і обстежень у закладах державної або комунальної системи охорони здоров'я з метою попередження можливих спадкових захворювань у нащадків.

Родина за домовленістю всіх її повнолітніх членів, які спільно проживають, має право на вибір сімейного лікаря, що забезпечує їй медичну допомогу за місцем проживання. Родини, що мають дітей (у першу чергу неповні родини, що виховують дітей-інвалідів і дітей, що залишилися без піклування батьків), мають право на пільги в галузі охорони здоров'я, що передбачені законодавством України.

Згідно ст. 287 Цивільного кодексу України фізична особа, що перебуває на стаціонарному лікуванні, має право на допуск до неї членів сім'ї. Аналогічну норму передбачено й у п. "к" ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Відповідно до ст. 153 Сімейного кодексу України від 10 січня 2002 р. мати, батько та дитина мають право на безперешкодне спілкування, зокрема якщо хтось із них перебуває у надзвичайній ситуації, наприклад, лікарні. За неможливості госпіталізації або відсутності показань до стаціонарного лікування хворої дитини мати або інший член сім'ї, який доглядає дитину, може звільнитися від роботи з виплатою допомоги з фондів соціального страхування у встановленому порядку. При стаціонарному лікуванні дітей віком до шести років, а також тяжкохворих дітей старшого віку, які потребують за висновком лікарів материнського догляду, матері або іншим членам сім'ї надається можливість перебувати з дитиною в лікувальному закладі із забезпеченням безплатного харчування і умов для проживання та виплатою допомоги по соціальному страхуванню у встановленому порядку.

Окрім цього, законодавець передбачив й інші можливості для членів родини реалізувати свої права у сфері охорони здоров'я. Зокрема, у ст. 285 Цивільного кодексу України та ч.ч. 2, 5 ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачено, що батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного. У разі смерті фізичної особи члени її сім'ї або інші фізичні особи, уповноважені ними, мають право бути присутніми при дослідженні причин її смерті та ознайомитись із висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду. У Рішенні Конституційного Суду України (справа К. Устименка) від 30 жовтня 1997 р. зазначено, що в особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані.

Сімейний кодекс України передбачає (ст. 88), що у разі, коли один з подружжя, у тому числі і працездатний, проживає з дитиною-інвалідом, яка не може обходитись без постійного стороннього догляду, і опікується нею, він має право на утримання за умови, що другий з подружжя може надавати матеріальну допомогу. Право на утримання триває протягом всього часу проживання з дитиною-інвалідом та опікування нею і не залежить від матеріального становища того з батьків, з ким вона проживає.

Права вагітних жінок і матерів. Материнство в Україні охороняється і заохочується державою. Охорона здоров'я матері та дитини забезпечується організацією широкої мережі жіночих, медико-генетичних та інших консультацій, пологових будинків, санаторіїв та будинків відпочинку для вагітних жінок і матерів з дітьми, ясел, садків та інших дитячих закладів; наданням жінці відпустки у зв'язку з вагітністю і пологами з виплатою допомоги по соціальному страхуванню та встановленням перерв у роботі для годування дитини; виплатою у встановленому порядку допомоги у зв'язку з народженням дитини і допомоги на час догляду за хворою дитиною; заборонаю застосування праці жінок на важких і шкідливих для здоров'я виробництвах, переведенням вагітних жінок на легку роботу із збереженням середнього заробітку; поліпшенням і оздоровленням умов праці та побуту; усуненням негативних екологічних факторів; державною і громадською допомогою сім'ї та іншими заходами у порядку, встановленому законодавством України. Заклади охорони здоров'я забезпечують кожній жінці кваліфікований медичний нагляд за перебігом вагітності, стаціонарну медичну допомогу при пологах і лікувально-профілактичну допомогу матері та новонародженій дитині. Окрім цього, гарантії передбачені й у Кодексі законів про працю України. У Кодексі регламентується праця жінок, зокрема визначено роботи, на яких забороняється застосування праці жінок; передбачено переведення вагітних жінок на підставі медичного висновку на іншу роботу, яка є легшою і виключає вплив несприятливих виробничих факторів; надання вагітним жінкам і жінкам, які мають дітей віком до чотирнадцяти років, путівок до санаторіїв і будинків відпочинку. На підставі медичного висновку жінкам надається оплачувана відпустка у зв'язку з вагітністю і пологами тривалістю 70 календарних днів до пологів і 56 (у разі народження двох і більше дітей та у разі ускладнення пологів - 70) календарних днів після пологів, починаючи з дня пологів. За бажанням жінки їй надається відпустка для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку з виплатою за ці періоди допомоги по державному соціальному страхуванню. У разі, якщо дитина потребує домашнього догляду, жінці в обов'язковому порядку надається відпустка без збереження заробітної плати тривалістю, визначеною у медичному висновку, але не більш як до досягнення дитиною шестирічного віку. У Сімейному кодексі України (ст. 49) закріплено положення, яке закріплює право вагітної жінки на створення умов для збереження її здоров'я та народження здорової дитини. Якщо дитина має вади фізичного або психічного розвитку, дружина, з якою проживає дитина, має право на утримання від чоловіка до досягнення дитиною шести років.

Права неповнолітніх. Діти - наше майбутнє. Цей девіз ми часто чуємо з різних засобів масової інформації. Але варто задатися питанням, чи завжди в достатній кількості забезпечуються умови для повної реалізації дітьми своїх прав і законних інтересів, і насамперед прав у сфері охорони здоров'я.

Нормативно-правову базу охорони здоров'я неповнолітніх складають:

- Конституція України від 28 червня 1996 р.;
- Конвенція ООН про права дитини від 20 листопада 1989 р.;
- Загальна декларація прав людини від 10 грудня 1948 р.;
- Конвенція про захист прав людини й основних свобод (Рим, 4 листопада 1950 р.) (зі змін, від 21 вересня 1970 р., 20 грудня 1971 р., 1 січня, 6 листопада 1990 р., 11 травня 1994 р.);
- Сімейний кодекс України від 10 січня 2002 р.;
- Закон України "Про охорону дитинства" від 26 квітня 2001 р.

Конституція України уст. 51 гарантує, що сім'я, материнство і батьківство охороняються державою. Медична діяльність, втручання з метою діагностики, лікування і профілактики захворювань і патологічних станів потенційно містять у собі можливість визначених порушень у реалізації дитиною своїх прав, у тому числі права на життя. На певному етапі розвитку суспільства виникла необхідність у розробці комплексного міжнародно-правового акта, що регулює питання правового статусу дітей. Таким документом стала Конвенція про права дитини, прийнята в Нью-Йорку 20 листопада 1989р., що у ст. 6 визначає, що кожна дитина має невід'ємне право на життя. При цьому держави-учасники

визнають право дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я і засобами лікування хвороб і відновлення здоров'я. Держави-учасники прагнуть забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена свого права на доступ до схожих послуг системи охорони здоров'я і, зокрема, вживають необхідних заходів для:

- а) зниження рівня смертності новонароджених і дитячої смертності;
- б) забезпечення надання необхідної медичної допомоги й охорони здоров'я всіх дітей з наданням першочергової уваги розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- в) боротьби з хворобами і недоїданням, у тому числі в рамках первинної медико-санітарної допомоги, шляхом, серед іншого, застосування легкодоступної технології і надання досить поживних продуктів і чистої питної води, враховуючи небезпеку і ризик забруднення навколишнього середовища;
- г) надання матерям належних послуг з охорони здоров'я до і після пологів;
- д) забезпечення поінформованості всіх верств населення, зокрема батьків і дітей, про здоров'я і харчування дітей, переваги грудного вигодовування, гігієну, санітарію середовища перебування дитини і попередження нещасних випадків, а також їхнього доступу до освіти та підтримки у використанні таких знань;
- е) розвитку просвітницької роботи і послуг у галузі профілактичної медичної допомоги і планування сім'ї (ст. 24 Конвенції).

Закон України "Про охорону дитинства" уст. 6 закріплює право дитини на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Держава сприяє створенню безпечних умов для життя і здорового розвитку дитини, раціонального харчування, формуванню навиків здорового способу життя. Вітчизняний закон максимально повно врахував міжнародний стандарт у контексті закріплення заходів, які сприяють реалізації аналізованого права, деталізуючи, зокрема, таким заходом як пільгове забезпечення дітей ліками та харчуванням у порядку, встановленому законодавством.

Важливо зазначити, що при визначенні розміру аліментів суд враховує у тому числі стан здоров'я дитини (ст. 182 СК України). Закріплено норму (ст. 185 СК України), згідно якої батьки зобов'язані брати участь у додаткових витратах на дитину, що викликані особливими обставинами, наприклад, хворобою дитини, її каліцтвом.

Основи законодавства України про охорону здоров'я у ст. 60 закріплюють умови забезпечення дітей і підлітків медичною допомогою. Медична допомога дітям і підліткам забезпечується лікувально-профілактичними й оздоровчими закладами, дитячими поліклініками, відділеннями, диспансерами, лікарнями, санаторіями та іншими закладами охорони здоров'я. До державних дитячих санаторіїв путівки дітям надаються безплатно. Діти і підлітки перебувають під диспансерним наглядом. У Кодексі законів про працю України визначено умови праці молоді, зокрема вік, з якого допускається прийняття на роботу; медичні огляди осіб молодших вісімнадцяти років; роботи, на яких забороняється застосування праці осіб молодших вісімнадцяти років й інше. Всі ці норми спрямовані на охорону здоров'я осіб, що працюють.

Неповнолітні по досягненню 15 років мають право на добровільну інформовану згоду на медичне втручання.

У Рекомендації парламентських слухань про становище молоді в Україні "Соціальне становлення молоді як один з головних чинників підвищення добробуту народу", схваленій Постановою ВР України від 13.07.2000 р., Міністерству охорони здоров'я України передбачено забезпечити:

— належне виконання законодавства у сфері охорони здоров'я дітей та підлітків;

— належне фінансування медико-генетичної служби, проходження безкоштовного медико-генетичного консультування для сімей, які бажають мати дітей, а також безкоштовний профілактичний огляд жінок репродуктивного віку;

— відкриття в кожному регіоні України центрів репродуктивної медицини, у яких лікування здійснюватиметься безкоштовно або на умовах пільгових безвідсоткових довготермінових кредитів;

— проведення щорічних безкоштовних медико-профілактичних оглядів дітей, які мешкають на територіях, забруднених унаслідок Чорнобильської катастрофи, та, у разі потреби, надання в повному обсязі необхідної медичної допомоги.

Права військовослужбовців. Це питання в українському законодавстві детально висвітлено у Законі України "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців і членів їх сімей" від 20 грудня 1991 р.

У ст. 11 "Охорона здоров'я" закріплено положення, за яким військовослужбовцям створюються необхідні санітарно-гігієнічні та побутові умови з урахуванням специфіки служби та екологічної обстановки. Вони забезпечуються безплатною кваліфікованою медичною допомогою у військово-медичних закладах. За відсутності за місцем служби військово-медичних закладів, а також у невідкладних випадках медична допомога військовослужбовцям надається у лікувально-профілактичних закладах Міністерства охорони здоров'я України за рахунок Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Служби національної безпеки України, Державної прикордонної служби України та інших військових формувань.

Медична допомога членам сімей військовослужбовців надається на загальних підставах. У разі неможливості надання допомоги у лікувально-профілактичних закладах Міністерства охорони здоров'я України медична допомога їм надається у відповідних військово-медичних закладах.

Військовослужбовці (крім військовослужбовців строкової військової служби) та члени їх сімей мають право на санаторно-курортне лікування та відпочинок у санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах і на туристських базах Міністерства оборони України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань. Таким же правом користуються члени сімей військовослужбовців, які загинули (померли) або пропали безвісти під час проходження військової служби. До таких членів сімей належать: батьки, дружина (чоловік), неповнолітні діти, а також діти-інваліди з дитинства (незалежно від їх віку).

Військовослужбовцям, зайнятим на роботах із шкідливими умовами праці, а також при особливому характері їх служби, військовослужбовцям, які стали інвалідами внаслідок бойових дій, та учасникам бойових дій і прирівняним до них особам путівки для санаторно-курортного лікування надаються в першу чергу. Військовослужбовці, які стали інвалідами внаслідок бойових дій, а також учасники бойових дій прирівнюються у правах до інвалідів та учасників Великої Вітчизняної війни.

Військовослужбовці строкової служби, курсанти військових навчальних закладів, військовослужбовці-жінки за наявності медичних показань забезпечуються безплатним санаторно-курортним лікуванням. Військовослужбовці-жінки користуються всіма пільгами, передбаченими законодавчими актами України з питань соціального захисту жінок, охорони материнства і дитинства. Ці пільги поширюються на батьків з числа військовослужбовців, які виховують дітей без матері (у разі її смерті, позбавлення батьківських прав, на час перебування у лікувальному закладі та в інших випадках відсутності материнського піклування про дітей).

Права людей похилого віку. При реформуванні вітчизняної медичної галузі скоординована геріатрична допомога стає невід'ємною органічною частиною медико-санітарної допомоги населенню¹.

Згідно Основного Закону нашої держави кожна людини має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я (ст. 49), яке також закріплюється у Цивільному кодексі України (ст. 283) та Основах законодавства України про охорону здоров'я (далі - Основи) (ст. 6). Вітчизняна законодавча база стоїть на витоках заборони незаконних форм дискримінації, що пов'язані зі станом здоров'я, до яких у тому числі належить і заборона вікової нерівності у цій галузі. Так, Конституція України закріплює, що усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах (ст. 21), а також містить заборону жодних привілеїв чи обмежень за певними ознаками, зокрема і віковими. Серед принципів та гарантій, що передбачені Основами, визначено рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я (ст. 4) й подання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги (ст. 7). Вказані положення вітчизняного законодавства відповідають міжнародно-правовим стандартам, а саме: ст.ст. 1, 2 Загальної Декларації прав людини та п. "д" ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права. Серед ВООЗівських Принципів рівності у питаннях охорони здоров'я, які гарантують досягнення рівності у цій сфері, знаходимо принцип рівної якості допомоги, яка надається для усіх. Рівність якості обслуговування кожного - це бажання надати допомогу всім верствам населення з однаковим старанням, щоб кожна людина могла очікувати однаково високого рівня професійної допомоги. Декларація про погане обходження з особами похилого віку від 1989 року (відредагована 1990 р.) визначає одним із загальних принципів те, що особи похилого віку мають ті ж самі права на турботу, благополуччя і повагу, що і всі інші люди.

Основними цілями розвитку сфери охорони здоров'я є поліпшення демографічної ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав людини у цій галузі. З-поміж численних завдань Міжгалузевої комплексної Програми "Здоров'я нації на 2002-2011 роки" виділяється поліпшення здоров'я усіх верств населення та поліпшення медичної допомоги вразливим верствам населення, зокрема людям похилого віку. Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу. Реалізація цієї політики потребує ряду державних заходів, що визначаються Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, серед яких передбачено здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку тощо. Одним з першочергових кроків реформування системи охорони здоров'я В. Москаленко вважає підвищення рівня медичного обслуговування людей похилого віку та мешканців села. Серед пріоритетних напрямків розвитку системи геріатричної допомоги вчені називають профілактичну спрямованість заходів у сфері охорони здоров'я, переважання медичної реабілітаційної допомоги, розвиток системи первинної геріатричної допомоги, розширення позалікарняних послуг і форм сестринського догляду, подолання нерівності обсягу та якості медичної допомоги людям похилого віку, що проживають у міських населених пунктах і сільській місцевості, формуванню престижу людини похилого віку у сім'ї та суспільстві.

Регламентування прав цієї категорії осіб на охорону здоров'я в Основах законодавства України про охорону здоров'я відсутнє. Це питання визначається Законом України "Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні" від 16 грудня 1993 р. Відповідно до ст. 2 цього Закону громадяни похилого віку користуються всіма соціально-економічними й особистими правами і свободами, закріпленими Конституцією України, іншими законодавчими актами. Дискримінація громадян похилого віку в галузі праці, охорони здоров'я, соціального забезпечення, користування житлом та в інших сферах забороняється, а посадові особи, які порушують ці гарантії, притягаються до відповідальності згідно з чинним законодавством. У ст. 10 Закону визначено, що громадянами похилого віку визнаються: чоловіки у віці 60 і жінки у віці 55 років і старші, а також особи, яким до досягнення загального пенсійного віку залишилося не більше півтора року.

Згідно ст. 7 аналізованого Закону ветерани праці мають такі пільги, зокрема й у сфері охорони здоров'я:

1. користування при виході на пенсію чи зміні місця роботи поліклініками, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи;
2. першочергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування із дорогоцінних металів);
3. переважне право на забезпечення санаторно-курортним лікуванням, а також на компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування в порядку і розмірах, що визначаються Кабінетом Міністрів України;
4. щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів;
5. першочергове обслуговування у лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація.

У сфері охорони здоров'я громадянам похилого віку гарантовані такі права:

— на безплатну кваліфіковану медичну допомогу в геріатричних центрах, лікарнях для громадян похилого віку та інших стаціонарних, амбулаторно-поліклінічних установах, а також вдома з урахуванням досягнень геронтології та геріатрії в порядку, встановленому законодавством України про охорону здоров'я;

— на санаторно-курортне лікування;

— на забезпечення протезами, слуховими апаратами, зубо- протезуванням. Зазначені види протезної допомоги надаються їм безплатно або на пільгових умовах (за винятком зубних протезів з дорогоцінних металів) в порядку, що встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Права інвалідів. Закон України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" від 21 березня 1991 р. у ст. 2 визначає, що інвалід - це особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм або з уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті. У Законі України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" у ст. 38 передбачено, що послуги з соціально-побутового і медичного обслуговування, технічні та інші засоби (протезно-ортопедичні вироби, ортопедичне взуття, засоби пересування, у тому числі крісла-коляски з електроприводом, автомобілі, індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові і голосо- утворювальні апарати, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони та факси для письмового спілкування, ендопротези, сечо- та кало- приймачі тощо) надаються інвалідам та дітям-інвалідам безплатно або на пільгових умовах за наявності відповідного медичного висновку.

Інваліди, які отримують пенсію, що не перевищує мінімального розміру пенсії, або державну соціальну допомогу, призначену замість пенсії, та діти-інваліди мають право на безплатне придбання лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування. Інваліди першої і другої груп мають право при амбулаторному лікуванні на придбання лікарських засобів за рецептами лікарів з оплатою 50 відсотків їх вартості. Інваліди і діти- інваліди за наявності медичних показань мають право на безплатне забезпечення санаторно-курортними путівками. Порядок забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів лікарськими, технічними та іншими засобами, санаторно-курортними путівками визначає Кабінет Міністрів України.

Права громадян, що постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС. Чорнобильська катастрофа торкнулася долі мільйонів людей. У багатьох регіонах, на величезних територіях виникли нові соціальні та економічні умови. Україну оголошено зоною екологічного лиха. Створення системи надійного захисту людей від наслідків Чорнобильської катастрофи потребує залучення значних фінансових, матеріальних та наукових ресурсів. Ключовим нормативно-правовим актом, який регулює статус осіб, які постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС, у тому числі у сфері охорони здоров'я, є Закон України "Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи" від 28 лютого 1991 р. Відповідно до ст. 17 Закону органи влади і

громадські організації організують щорічне медичне обстеження (диспансеризацію), санаторно-курортне лікування всіх осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, запроваджують систему радіаційно-екологічного, медико-генетичного, медико-демографічного моніторингу на території України. Медикаменти і медичне обладнання, які надходять цільовим призначенням на території радіоактивного забруднення, а також для спеціалізованих медичних закладів (в тому числі дитячих), в яких проходять лікування постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи (незалежно від місця їх розташування на території України), звільняються від усіх видів оподаткування і сплати мита.

Законодавець передбачив, що громадяни, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зобов'язані проходити обов'язкове обстеження у медичних закладах. Громадяни, які стали інвалідами внаслідок Чорнобильської катастрофи, переогляд у медико-соціалній експертній комісії проходять залежно від рівнів розладу функцій організму, що встановлюється зазначеною комісією, через 3-5 років. При стійких незворотних морфологічних змінах та порушеннях функцій органів і систем організму, неефективності будь-яких видів реабілітаційних заходів, а також після досягнення пенсійного віку, в тому числі на пільгових умовах, група інвалідності встановлюється безстроково. Потерпілі діти, яким було встановлено причинний зв'язок інвалідності з наслідками Чорнобильської катастрофи, проходять переогляд у спеціалізованій медико-соціалній експертній комісії по досягненні ними 18 років, незалежно від терміну, на який їм було встановлено інвалідність у дитячому віці.

Відповідно до цього Закону громадянам, які перенесли променеву хворобу будь-якого ступеня і внаслідок цього стали інвалідами I або II групи, інвалідність встановлюється безстроково незалежно від віку. За бажанням інвалідів їх переогляд проводиться в будь-який час. У разі якщо при черговому переогляді у медико-соціалній експертній комісії громадянам не підтверджено будь-яку групу інвалідності, зазначеним громадянам гарантується працевлаштування чи перекваліфікація.

У ст. 18 аналізованого акта передбачено, що для громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, Кабінетом Міністрів України за рекомендаціями Міністерства охорони здоров'я України встановлюються додаткові норми раціонального харчування у спеціалізованих лікувальних, лікувально-санаторних і курортних закладах.

Серед пільг і компенсацій, які гарантовані для усіх категорій постраждалих у сфері охорони здоров'я, виділяються, зокрема, такі:

1. безплатне придбання ліків за рецептами лікарів;
2. безплатне позачергове зубопротезування (за винятком зубопротезування із дорогоцінних металів та прирівняних по вартості до них, що визначається Міністерством охорони здоров'я України) (окрім осіб, що віднесені до 4-ї категорії);
3. першочергове обслуговування у лікувально-профілактичних закладах та аптеках;
4. користування при виході на пенсію та зміні місця роботи поліклініками, до яких вони були прикріплені під час роботи;
5. щорічне медичне обслуговування, диспансеризація із залученням необхідних спеціалістів, лікування в спеціалізованих стаціонарах.

У ст. 28 Закону регламентується лікування потерпілих дітей. Зокрема, передбачені рятування, лікування та реабілітація (включаючи психологічну) потерпілих дітей дошкільного і шкільного віку, які визнаються пріоритетними напрямками в усіх медичних програмах і заходах, пов'язаних з ліквідацією наслідків Чорнобильської катастрофи. Лікування потерпілих дітей забезпечується на базі кращих вітчизняних санаторно-курортних закладів, спеціалізованих медичних центрів, обладнаних сучасним діагностичним і лікувальним устаткуванням, з сучасними лікарськими засобами, із залученням до роботи в них найдосвідченіших вітчизняних та зарубіжних спеціалістів із своїми методиками,

устаткуванням та медикаментами. З-поміж численних пільг для дітей визначено їх й у сфері охорони здоров'я, а саме: безплатне придбання ліків за рецептами лікарів, а також безплатне позачергове зубопротезування (за винятком зубопротезування із дорогоцінних металів та металів, прирівняних до них за вартістю, що визначається Міністерством охорони здоров'я України), щорічне безплатне забезпечення потерпілих дітей за місцем роботи одного із батьків путівками на оздоровлення строком до двох місяців, першочергове безкоштовне протезування дітей-інвалідів тощо.

Права осіб, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі, на одержання медичної допомоги. Керуючись тим, що громадяни України, ступінь свободи яких з тих чи інших причин обмежено, залишаються громадянами України, і відповідно на них (з певними обмеженнями) поширюються права громадян у сфері охорони здоров'я. Кримінально-виконавчий кодекс України закріплює норму, згідно якої засуджені користуються всіма правами людини і громадянина, окрім винятків, передбачених чинним законодавством. Серед них у ст. 8 гарантується право на охорону здоров'я. Охорона здоров'я забезпечується системою медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних і платних форм медичної допомоги. Засуджені до позбавлення волі з-поміж інших прав мають право отримувати медичну допомогу і лікування, у тому числі платні медичні послуги за рахунок особистих грошових коштів чи коштів рідних і близьких. Медико-санітарне забезпечення засуджених до позбавлення волі реалізується через організацію необхідних лікувально-профілактичних закладів, для лікування засуджених, які хворіють на активну форму туберкульозу - заклади на правах лікувальних, а для спостереження і лікування інфекційних хворих - інфекційні ізолятори відповідно до ст. 116 Кримінально-виконавчого кодексу України. Для засуджених осіб також гарантуються необхідні житлові умови, що відповідають правилам санітарії і гігієни, харчування, яке забезпечує нормальну життєдіяльність організму тощо.

Відповідно до ст. 77 Кримінально-виконавчого кодексу України "Медичне забезпечення засуджених" у виправно-трудовах установах здійснюються:

а) клінічне обстеження та нагляд за засудженими з метою оцінки стану здоров'я, при виявленні хвороб - застосування раціональної терапії та відновлення працездатності;

б) амбулаторне та стаціонарне загальносоматичне і спеціалізоване лікування методами та засобами, що рекомендовані інструктивно-методичними вказівками Міністерства охорони здоров'я України.

Особи, які надходять до виправно-трудовах установ, підлягають обов'язковому медичному обстеженню. Результати обстеження, які містять дані психічного та соматичного стану, лабораторних аналізів, реєструються в медичних картках засуджених. Порядок медичного обслуговування і надання медичної допомоги засудженим закладами місцевих органів охорони здоров'я визначається Настановою про медично-санітарне забезпечення осіб, які утримуються у слідчих ізоляторах та виправно-трудовах установах.

З метою попередження проникнення інфекційних захворювань усі засуджені, які прибули до виправно-трудової установи, після комплексної санітарної обробки та медичного огляду розміщуються у спеціальних ізольованих карантинних приміщеннях. Профілактичний карантин та медичний нагляд здійснюються у виховно-трудовах колоніях 14 діб, у виправно-трудовах колоніях і тюрмах - 7 діб. При виявленні протягом медичного обстеження інфекційних хворих серед засуджених проводиться комплекс протиепідемічних заходів. Тривалість медичного нагляду в такому випадку визначається максимальним інкубаційним періодом від дня ізоляції останньої особи, яка захворіла.

Засуджені мають право звертатися за лікарськими консультаціями та лікуванням до установ, що надають платні медичні послуги. Оплата таких послуг і придбання необхідних ліків здійснюються засудженими або їх родичами за рахунок власних коштів. Консультації і лікування у таких випадках провадяться у медичних частинах за місцем відбування покарання під наглядом персоналу медичної частини.

Основи законодавства України про охорону здоров'я містять норму, що забороняє проведення науково-дослідного експерименту на ув'язнених (ст. 45). Ця обставина викликана неможливістю у

місцях позбавлення волі повністю забезпечити добровільність ухвалення рішення про участь у дослідках.

Отже, необхідно зазначити, що вітчизняна нормативно-правова база містить положення, що регулюють права громадян і окремих груп населення у сфері охорони здоров'я. Знати це необхідно як юристам, так і медичним і фармацевтичним працівникам, які вивчають медичне право.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Охарактеризуйте загальну структуру і дайте визначення прав людини у сфері медичної діяльності.

Назвіть міжнародно-правові документи, що містять положення, присвячені правам людини у сфері медичної діяльності.

Дайте визначення суб'єктивного права людини в сфері медичної діяльності. Які існують види правових статусів у сфері медичної діяльності?

Дайте визначення й охарактеризуйте забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності.

Наведіть класифікацію прав людини у сфері медичної діяльності.

Опишіть право на інформацію про фактори, що впливають на здоров'я і право на медико-санітарну допомогу.

Як регулюються права членів родини, вагітних жінок і матерів та права неповнолітніх у галузі охорони здоров'я?

Охарактеризуйте права в сфері охорони здоров'я військовослужбовців.

У чому полягають права в галузі охорони здоров'я людей похилого віку, інвалідів і права людей, що постраждали від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС?

Дайте характеристику правам осіб, що відбувають покарання в місцях позбавлення волі на одержання медичної допомоги.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. - М.: Книга-сервис, 2002. - С. 49-56.

Бабанин А.А., Куцевол Б.Л., Масаев М.В. Актуальные вопросы нормативно-правового обеспечения здравоохранения современной Украины // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. -С. 58-59.

Балашова Г.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. -М., 2000. -24 с.

Гучев И.А, Стеценко С.Г., Иваница Г.В. и др. Биомедицинские исследования на военнослужащих // Качественная клиническая практика. - 2003. - № 1. - С. 30-38.

б.Двойная лояльность и права человека в медицинской практике. Предлагаемые принципы и институциональные механизмы. Пер. с англ. - М.: Права человека, 2004. - 176 с.

Дюжиков С. А. Конституционное обеспечение права на охрану здоровья в Российской Федерации: Автореф. дис. канд. юрид. наук. - Ростов-на-Дону, 2001. - 22 с.

Козьминых Е.В. Права пациента и их защита. - Пермь, 2001.-74 с.

Москаленко В.Ф. Право на охрану здоровья: современное определение и трактовка в конституции Европейского Союза // Запорожский медицинский журнал. - 2006. - № 2. - С. 183-187.

Мохов А.А. Сочетание частных и публичных интересов при правовом регулировании медицинской деятельности. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. - 208 с.

Права людини в системі взаємовідносин "лікар-пацієнт" в відкритому суспільстві. - К.: Медицина України, 2000.

Право в медицине. - М.: Книга-сервис. - 2002. - 352 с.

Сенюта І. Гарантії забезпечення права на охорону здоров'я // Науковий Вісник Львівського юридичного інституту МВС України. - № 2 (2). - 2004. - С. 181-192.

Сенюта І. Медичне право: право людини на охорону здоров'я. Монографія. - Львів: Астролябія, 2007. - 224 с.

Сенюта І. Проблеми реалізації права дитини на охорону здоров'я: деякі аспекти // Проблеми бездомних та безпритульних дітей. Стан та перспективи вирішення: [Матеріали наук.-практ. конф. Львів, 8 лист. 2005 р.]. - Львів, 2005. - С. 69-74.

Стеценко С.Г. Искусственное прерывание беременности в контексте защиты прав человека // Юрист. - 2002. - № 5. - С. 35- 36.

Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 137-163.

Стеценко С.Г. Права граждан в области охраны здоровья // Юрист. - 2004. -№8. -С. 50-58.

Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М., 2002. -250 с.

Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников. - СПб., 2001. - 288 с.

Хобор Р.Б. Правове регулювання медико-санітарного забезпечення осіб, засуджених до позбавлення волі. - Медичне право України: проблеми становлення і розвитку: [Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції Львів, 19-20 квітня 2007р.]/Упоряд. к.ю.н. Сенюта І.Я., ТерешкоХ.Я. - Львів: Медицина і право, 2007. - С. 331-336.

Чайковская В.В. Социальная геронтология и герогигиена // Проблемы старения и долголетия. - 1999. - № 1. - С. 64-76.

Глава 5. ПРАВА ПАЦІЄНТІВ

§ 1. Поняття пацієнта та його права.

§ 2. Права пацієнтів в окремих напрямках медичної діяльності.

§ 1. Поняття пацієнта та його права

Як зазначалось, права людини у галузі охорони здоров'я можуть мати відношення як до здорових людей, які не потребують медичної допомоги, так і до осіб, які мають певне захворювання, що зумовлює їх звернення до закладів охорони здоров'я. Іншими словами, ці права є у громадян завжди, незалежно від факту наявності або відсутності захворювання і звернення до лікувально-профілактичних закладів. У той же час права пацієнта - це права людини, яка вступила у взаємовідносини з лікувальною установою, тобто особи, що звернулася за медичною допомогою.

В українському законодавстві не закріплено загального визначення поняття "пацієнт*". В п. 2.15 Інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань, затвердженої наказом МОЗ України від 01.11.2000 р., передбачено спеціальне визначення пацієнта, а саме пацієнт (доброволець) - це особа, яка безпосередньо контактує з закладами охорони здоров'я та пропонує себе за добровільною згодою в якості досліджуваного в клінічних випробуваннях лікарського засобу. Аналіз проектів законів про права пацієнтів дає можливість з'ясувати бачення законодавців щодо формулювання (визначення) поняття одного з ключових суб'єктів медичних правовідносин:

— пацієнт - це будь-яка особа, що звернулася за медичною допомогою або скористалась нею, незалежно від того, в якому вона стані, хвора, здорова чи особа, що погодилась на медико-біологічний експеримент (проект Закону України про права пацієнтів від 16 січня 2003 р.);

— пацієнт - це особа, що має потребу в медичній допомозі і/чи звернулася по неї, одержує медичну допомогу або бере участь у якості випробуваного в біомедичних дослідженнях, знаходиться під медичним спостереженням, а також споживач медичних і пов'язаних з ними послуг незалежно від стану його здоров'я (проект Закону України про права пацієнтів від 21 лютого 2005 р.).

Визначення цього терміну передбачено й у проектах законів "Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування" від 19 вересня 2006 р. (пацієнт - це особа, яка звернулася за медичною послугою) та "Про правові основи біоетики і гарантії її забезпечення" від 08 червня 2005 р. (пацієнт - це здоровий або хворий споживач медичних послуг).

Дослідження основних міжнародно-правових стандартів у сфері прав пацієнтів дозволило встановити відсутність загального визначення такого поняття і на цьому рівні. Спеціальне визначення пацієнта міститься, зокрема, у Принципах захисту психічно хворих осіб і покращення психіатричної допомоги від 17 грудня 1991 р. (ООН). У цьому документі пацієнт визначається як особа, що отримує психіатричну допомогу, включаючи осіб, госпіталізованих до психіатричного закладу.

У той же час вивчення наукової літератури виявляє плюралізм формулювання цього поняття. Так, на думку О. Піщити, пацієнт - це особа, що вступила у правові відносини з медичними працівниками й (чи) іншими представниками медичних закладів з приводу отримання медичної допомоги. Під "пацієнтом" Г. Лопатенков розуміє особу, що звернулася за медичною допомогою, і пов'язані з нею послуги, незалежно від наявності чи відсутності у неї захворювань. Г. Колоколов, Н. Косолапова й О. Нікульнікова визначають поняття пацієнта як особи, що звернулася у лікувальний заклад будь-якої форми власності, до лікаря приватної практики за отриманням діагностичної, лікувальної, профілактичної допомоги незалежно від того, хворий він чи здоровий.

Враховуючи вищезазначене, пропонуємо таке визначення поняття "пацієнт" — це особа, яка звернулася за наданням профілактичної, діагностичної, лікувальної чи реабілітаційно- відновної допомоги до закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності чи медичного працівника індивідуальної практики незалежно від стану здоров'я або добровільно погодилась на проведення медико-біологічного експерименту.

Іншими словами, для набуття статусу пацієнта у людини повинні виникнути реальні відносини (правовідносини) з лікувально-профілактичним закладом незалежно від його форми власності (державна, комунальна, приватна), які ґрунтуються на зверненні людини до цього закладу за медичною допомогою або участі її в експерименті.

Комплексний аналіз вітчизняної нормативно-правової бази дає можливість викристалізувати права пацієнтів і визначити ті прогалини, що характеризують чинне законодавство в цій царині. Найповніше регламентуються права пацієнтів 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). Аналіз вітчизняного законодавства дає підстави говорити, що в Україні пацієнт має право на:

життя (ст. 27 КУ, ст. 281 ЦК);

медичну допомогу (ст. 49 КУ, ст. 284 ЦК, п. "д" ст. 6, п. "а" ст. 78 Основ, п. 1 ч. 1 Клятви);

свободу вибору (ст. 284 ЦК, п. "д" ст. 6, ст.ст. 34, 38 Основ), тобто на вільний вибір лікаря, методів лікування та лікувального закладу, вимогу про заміну лікаря, лікування за кордоном у разі неможливості надання такої допомоги у закладах охорони здоров'я України;

особисту недоторканність (ст. 29 КУ, ст. 289 ЦК, ст.ст. 42, 43 Основ), тобто на інформовану згоду на медичне втручання, відмову від медичного втручання;

медичну інформацію (ст.ст. 32, 34 КУ, ст. 285 ЦК, п. "е" ст. 6, 39 Основ), тобто на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, ознайомлення з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування;

медичну таємницю (ст.ст. 32,34 КУ, ст. 286 ЦК, ст. 39-1,40, п. "г" ст. 78 Основ, п. 3 ч. 1 Клятви), тобто на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні;

чуйне ставлення, на дії і помисли, що ґрунтуються на принципах загальнолюдської моралі, з боку медичних і фармацевтичних працівників (п. "г" ст. 78 Основ, п. 2 ч. 1 Клятви);

допуск інших медичних працівників (ч. 1 ст. 287 ЦК, п. "к" ст. 6 Основ);

допуск членів сім'ї, опікуна, піклувальника (ч. 1 ст. 287 ЦК, п. "к" ст. 6 Основ);

допуск нотаріуса та адвоката (ч. 1 ст. 287 ЦК, п. "к" ст. 6 Основ);

допуск до нього священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду (ч. 2 ст. 287 ЦК, п. "к" ст. 6 Основ);

повну інформованість і добровільну згоду на медико- біологічний експеримент (ч. 3 ст. 28 КУ, п. 3 ст. 281 ЦК, ст. 45 Основ);

донорство крові та її компонентів (ст. 290 ЦК, ст. 46 Основ);

трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів як на спеціальний метод лікування (ст. 47 Основ);

штучне запліднення та імплантацію ембріона (п. 7 ст. 281 ЦК, ст. 48 Основ);

застосування методів стерилізації (п. 5 ст. 281 ЦК, ст. 49 Основ);

добровільне штучне переривання вагітності (п. 6 ст. 281 ЦК, ст. 50 Основ);

зміну (корекцію) статевої належності (ст. 51 Основ);
незалежну медичну експертизу (п. "й" ст. 6, розділ 9 Основ);
відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди (п. "і" ст. 6 Основ);
правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я (п. "и" ст. 6 Основ);
оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я (ст.ст. 40, 55, 56 КУ, п. "ї" ст. 6 Основ).

Проаналізувавши каталог прав пацієнтів, звертаємо увагу на прогалини, що містяться у цьому аспекті правового регулювання охорони здоров'я, і декларативність багатьох із цих прав. Аналізуючи Основи, зауважимо, що цей акт не містить статті, яка б чітко визначала права людини у разі її звернення за медичною допомогою. Для прикладу, у РФ у ст. 30 Основ законодавства про охорону здоров'я громадян РФ ("Права пацієнта") чітко регламентовано права цих суб'єктів медичних правовідносин.

Права пацієнтів "розкидані" по п'ятому розділу, частково закріплені у ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я, а також у Конституції України та Цивільному кодексі України. Як бачимо, є необхідність чіткого визначення прав пацієнтів, розширення їх каталогу та систематизації шляхом прийняття спеціалізованих актів, а саме Медичного кодексу України, Закону України "Про правовий статус пацієнтів в Україні", у яких би закріплювались права й обов'язки пацієнтів і гарантії їх забезпечення.

Першою державою, що прийняла окремий закон про права пацієнтів, була Фінляндія (1992), у якій цей закон прийняли після 20 років тривалих дискусій у парламенті. Цей закон є дуже "адміністративним", оскільки містить директиви для представників медичних послуг, але не передбачає стандартів якості послуг, які отримує пацієнт. У Законі закріплено, що в кожній інституції, яка працює у сфері медичного обслуговування, повинен бути омбудсмен, яких на сьогодні у Фінляндії близько 2000 у сфері прав пацієнтів. Наступною державою, що прийняла закон про права пацієнтів, були Нідерланди (1995); у ньому міститься перелік прав пацієнтів і їх забезпечення. Окрім цього, державами, які прийняли подібні закони, були Ізраїль (1996), Литва (1996), Ісландія (1997), Данія, Туреччина (1998), Норвегія (2000). У Росії та Естонії закон про права пацієнтів поданий на розгляд у законодавчі органи цих країн.

В Україні вже розроблено два проекти Закону про права пацієнтів, один з яких був зареєстрований 16 січня 2003 року, а інший - 21 лютого 2005 року, метою яких є систематизація і розширення, порівняно з діючим законодавством, прав пацієнтів у нашій державі, а також закріплення юридичних гарантій їх забезпечення. Досліджуючи права пацієнтів, що визначені у проектному законодавстві, можемо виділити такі тенденції, що намітились у вітчизняній законопроектній практиці, як:

- розширення переліку прав пацієнтів;
- інколи невиправдана їх деталізація;
- проектне законодавство не у повній мірі відповідає чинній вітчизняній нормативній базі;
- необхідність подальшого вивчення і врахування при розробці та прийнятті національних нормативно-правових актів у цій галузі міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я.

Починаючи з другої половини 1970-х років з'являється низка міжнародно-правових стандартів, присвячених правам пацієнтів. Зокрема Рекомендації Ради Європи щодо прав хворого і помираючого (1976), Хартія про права лікарняних пацієнтів (1979), Права пацієнта в Європі (ВООЗ, 1993).

Дуже цікавим міжнародно-правовим стандартом у сфері прав пацієнтів є Європейська хартія прав пацієнтів від 15 листопада 2002 р., яка закріплює чотирнадцять прав пацієнта, серед яких визначено такі:

1. на профілактичні заходи, тобто право на відповідні послуги з метою попередити захворювання;

2. на доступність, тобто право на доступність медичних послуг, що необхідні пацієнту за станом здоров'я. Медичні служби повинні гарантувати рівний доступ для всіх без дискримінації за ознаками наявності фінансових ресурсів, місця проживання, виду захворювання чи часу звернення за допомогою;

3. на інформацію, тобто право на отримання будь-якої інформації про свій стан здоров'я, про медичні послуги і способи отримання цих послуг, а також про можливості, що виникають у результаті наукових досліджень і технічного прогресу;

4. на згоду, тобто право на отримання будь-якої інформації, яка дозволить йому активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я; ця інформація є обов'язковою попередньою умовою проведення будь-якої процедури і лікування, включаючи участь у наукових дослідженнях;

5. на свободу вибору, тобто на свободу вибору між різними медичними процедурами і закладами (спеціалістами) на основі адекватної інформації;

6. на приватність і конфіденційність, тобто право на конфіденційність особистої інформації, включаючи інформацію про стан здоров'я і пропонувані діагностичні чи терапевтичні процедури, а також на захист своєї приватності під час проведення діагностичних оглядів, відвідування медичних спеціалістів і в цілому при медичних і хірургічних втручаннях;

7. на повагу до часу пацієнта, тобто право на отримання необхідного лікування без зволікання, протягом наперед обумовленого строку. Це право відноситься до кожного етапу лікування;

8. на дотримання стандартів якості, тобто право на доступність якісного медичного обслуговування на основі специфікації і у чіткій відповідності із стандартами;

9. на безпеку, тобто право на свободу від шкоди, спричиненої неналежним функціонуванням систем охорони здоров'я, недбалістю і помилками медичних працівників, а також право на доступність медичних послуг і лікувальних процедур, що відповідають високим стандартам безпеки;

10. на інновації, тобто право на доступність медичних інновацій, включаючи діагностичні процедури, відповідно до міжнародних стандартів і незалежно від економічних чи фінансових міркувань;

11. на попередження за можливістю страждань і болю, тобто право уникати страждань і болю на кожному етапі свого захворювання;

12. на індивідуальний підхід до лікування, тобто право на діагностичні чи лікувальні програми, максимально адаптовані до його особистих потреб;

13. на подання скарги, тобто право скаржитись й отримувати відповідь чи інший зворотний зв'язок у випадку заподіяння пацієнту шкоди;

14. на компенсацію, тобто право на отримання протягом розумно короткого строку достатньої компенсації у випадку заподіяння йому фізичної чи моральної і психологічної шкоди діями медичного закладу.

Кожна національна система охорони здоров'я у країнах ЄС демонструє специфічну, відмінну від інших, модель забезпечення прав пацієнтів. Але аналізована Хартія у будь-якому випадку підсилює ступінь захисту прав пацієнтів у різних національних контекстах і може слугувати інструментом гармонізації національних систем охорони здоров'я щодо дотримання прав пацієнтів.

Ключовими міжнародними документами щодо прав пацієнтів є Декларація про політику у сфері забезпечення прав пацієнта в Європі (1994) та Лісабонська декларація про права пацієнта (1981, зміни і доповнення 1995). Вказані акти містять ті міжнародно-правові стандарти, яких неухильно

потрібно дотримуватись при вітчизняному нормотворенні, з урахуванням національних особливостей правової системи. Запропоновані українські проекти у цій сфері, на жаль, мають багато неточностей у понятійно-термінологічному апараті, спостерігається неоднозначність у тлумаченні понять й окресленні структури і змісту прав пацієнтів тощо. У проектах також не прослідковується вичерпності у відображенні усіх можливостей пацієнтів, що входять до структури права на охорону здоров'я як загальносоціального явища. Зокрема, доцільно було б закріпити право на санітарну просвіту, яке передбачено Лісабонською декларацією, і покликане допомогти особі зробити обґрунтований вибір щодо свого здоров'я і медичної допомоги, що надається. Завданням такої освіти є інформування про здоровий спосіб життя і методи попередження й виявлення захворювань на ранніх стадіях. Особливу роль профілактиці захворювань, наданню консультативних й освітніх послуг відводить Європейська соціальна хартія (ст. 11). Крім міжнародно-правових стандартів, звертаємо увагу на законодавство України, зокрема Основний Закон держави (ч. 2 ст. 49), Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України (п. 6), Міжгалузеву комплексну програму "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки (р. 2), де передбачено розроблення і впровадження програм, спрямованих на пропаганду, формування і заохочення здорового способу життя.

Цікаво буде проаналізувати більш детально деякі з прав пацієнтів.

Вільний вибір лікаря та лікувального закладу. Відповідно до ст. 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право вільного вибору лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому державному лікувально-профілактичному закладі за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування. Ця ж можливість закріплена й у п. "д" ст. 6 Основ, де гарантовано право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я. Окрім цього, в Основах (ст. 34) передбачено право пацієнта вибирати лікуючого лікаря, вимагати заміни лікаря. Також законодавчо встановлено і право хворих на лікування за кордоном у разі необхідності подання того чи іншого виду медичної допомоги хворому та неможливості її подання у закладах охорони здоров'я України.

Важливість цього права пояснюється такими основними обставинами:

1. є відображенням конституційно гарантованих прав і свобод людини в різних сферах життєдіяльності;
2. надає пацієнту право лікуватися у фахівця, якому він більше довіряє;
3. свідчить про можливість одержувати медичну допомогу в лікувальній установі з кращою сучасною апаратурою;
4. є могутнім морально-етичним чинником, оскільки не "прив'язує" пацієнта до одного лікаря, з яким не досягнуто терапевтичної співпраці, і лікувально-профілактичного закладу, який не обладний сучасною апаратурою.

Право пацієнта на вибір лікаря і медичної установи, на жаль, не повною мірою і не однаково реалізується на всій території України. За основних медичних втручаннях, які не вимагають високотехнологічної апаратури, ситуація зрозуміла - пацієнти незалежно від зовнішніх чинників (соціальний і матеріальний стан, місце проживання й ін.) мають нагоду реалізації права на вибір лікаря. У той же час невелика кількість лікувальних установ, що здійснюють високоспеціалізовану дорогу медичну допомогу, що поєднується з вузьким колом фахівців у галузі високих медичних технологій, свідчать про обмеження у праві на вибір лікаря у подібних випадках. Додатковий чинник - відсутність чіткої системи інформування пацієнтів щодо установ, де можна одержати ту або іншу медичну допомогу, а також щодо кваліфікації фахівців, які її надають. Якщо в умовах великих міст ще доречно говорити про можливість вибору лікувальної установи, то особи, що проживають у сільській місцевості, часто позбавлені такої можливості. Вказані обставини, що мають місце в багатьох регіонах

України, свідчать про неможливість у даний час повною мірою забезпечити реалізацію пацієнтам права на вибір лікаря і лікувально-профілактичного закладу.

Чуйне ставлення, дії і помисли, що ґрунтуються на принципах загальнолюдської моралі, з боку медичних і фармацевтичних працівників. На перший погляд, здається, що таке право пацієнта має вельми невелике відношення до істинно правових категорій, оскільки досить важко регламентувати повагу і гуманність і визначити критерії шанобливого і гуманного ставлення. Справді, описувані явища мають великий ступінь відносності до морально-етичних норм, які вивчаються у ракурсі лікарської етики, деонтології і біоетики. Під шанобливістю і гуманністю медиків щодо пацієнтів розуміють повагу до пацієнта як особи, яка у зв'язку із захворюванням зазнає певних труднощів, а також співчуття і людяність щодо кожного пацієнта, дозволяючи останньому відчувати, що причина звернення за медичною допомогою близька і зрозуміла лікарю і що він зробить все можливе, щоб допомогти пацієнту. Разом з тим необхідно зазначити, що порушення у цій галузі важливі як самі по собі, так і як першооснова для подальших порушень законодавства про охорону здоров'я. Також важливо враховувати і запропоновані в цьому підручнику рівні соціального регулювання медичної діяльності, за яких важливе значення має дотримання норм лікарської етики, деонтології, біоетики.

Допуск до пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, інших медичних працівників. Реальність знаходження пацієнта в стаціонарних умовах нерідко свідчить про сумніви щодо правильності лікування. Крім реалізації права на вибір лікаря, пацієнт має нагоду ініціювати проведення консилиуму або проведення консультацій інших фахівців. Це право значною мірою розширює законні можливості людини на якісну діагностику і лікування. Слід зазначити, що цьому праву пацієнта кореспондує обов'язок лікуючого лікаря і службових осіб медичної установи (завідувач відділенням, головний лікар) організувати проведення консилиуму або консультації. Звичайно ж, обставинами, що роблять неможливою реалізацію такого права пацієнта, є відсутність у цій установі (населеному пункті) інших фахівців (що не рідкість у сільській місцевості) і неможливість зібрати консилиум (в умовах, скажімо, фельдшерсько-акушерського пункту). Усунення цих недоліків є завданням держави і суспільства.

Збереження у таємниці інформації про факт звернення за медичною допомогою, про стан здоров'я, діагноз й інші відомості, одержані при його обстеженні і лікуванні, є важливим правом пацієнта, яке детально висвітлене у відповідному розділі цього підручника.

Інформована добровільна згода на медичне втручання. Необхідною попередньою умовою медичного втручання є інформована добровільна згода особи. У випадках, коли стан людини не дозволяє їй виразити свою волю, а медичне втручання невідкладне, реальна загроза життю хворого, згода хворого або його законного представника на медичне втручання не потрібна. В Україні на законодавчому рівні не визначено, хто вирішуватиме питання про його проведення на користь особи у таких умовах.

Згоду на медичне втручання щодо осіб, які не досягли 14 років, і громадян, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, дають їх законні представники після надання їм відомостей про стан здоров'я пацієнта, включаючи відомості про результати обстеження, наявність захворювання, його діагноз і прогноз, методи лікування, пов'язаний з ними ризик, можливі варіанти медичного втручання, їх наслідках і результати проведеного лікування (ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Детальне розкриття правового підґрунтя згоди висвітлено в цьому підручнику в главі, присвяченій інформованій згоді на медичне втручання.

Відмова від медичного втручання. Основні проблеми, що виникають у практиці роботи лікувально-профілактичних закладів у випадках відмови пацієнтів від медичного втручання, зводяться до розв'язання дилеми між професійною необхідністю надання медичної допомоги і порушенням прав пацієнта у разі надання її без згоди особи. При цьому в ракурсі вивчення медичного права слід враховувати такі обставини:

— відмова від медичного втручання є таким же законним правом пацієнта, як і його згода на медичне втручання;

— лікар має право взяти від пацієнта письмове підтвердження відмови, а в разі неможливості її одержати - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків;

— нерідко така відмова призводить до тяжких наслідків для стану здоров'я пацієнта.

Як приклад, можна навести лікування осіб, прихильників релігійної течії Свідків Єгових. Один з принципів цього напрямку релігії - неприйняття будь-яких маніпуляцій з чужою кров'ю. У зв'язку з цим переливання крові як необхідної життєво важливої процедури при низці захворювань не може бути здійснено через відмову таких пацієнтів. Практиці вже відомі випадки різкого погіршення здоров'я через відмову від такого медичного втручання.

Нормативно-правова база у сфері охорони здоров'я передбачає, що пацієнт чи його законний представник має право відмовитись від медичного втручання. Зокрема, у п. 4 ст. 284 Цивільного кодексу України та ч. 4 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я закріплено, що повнолітня дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитись від лікування. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають, що в разі, коли відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а в разі неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків (ч. 3 ст. 43 Основ). Крім цього, ч. 5 ст. 43 Основ передбачає, що у випадку, коли відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта важкі наслідки, лікар повинен повідомити про це орган опіки і піклування.

Ці положення не абсолютні. Відповідно до п. 5 ст. 284 ЦК України і ч. 2 ст. 43 Основ, що містять положення, за яким у невідкладних випадках згода на медичне втручання не потрібна. Закон не містить жодного переліку невідкладних екстремальних випадків, які становлять реальну загрозу життю хворого, що дають лікарю право оперувати та застосовувати складні методи діагностики без згоди самого хворого чи його законних представників. Практика медичної діяльності вказує, що такі випадки охоплюються невідкладною (ургентною) хірургією. На думку вчених: "Невідкладна хірургія... це означає, що її не можна відкласти, що хірургічне втручання здійснюється за вітальними, життєвими, абсолютними показниками, що без операції неминуче настане смерть хворого, а операція дає шанс на порятунок, особливо, коли вона проведена своєчасно".

Закон закріплює право лікаря без згоди проводити медичне втручання, але лише у виключних випадках, коли зволікання при встановленні діагнозу чи проведенні операції загрожує життю хворого. У даному випадку мова йде лише про так звані життєві показники для складних діагностичних процедур, які самі по собі можуть бути небезпечними для життя і для проведення хірургічних операцій. Реанімаційні заходи при термінальних станах є вищим ступенем ургентності і завжди підпадають під дію в умовах крайньої необхідності, за умови дотримання вимог закону.

Дії лікаря в ургентних випадках є діями в умовах крайньої необхідності, яка виникає за наявності реальної небезпеки, яка загрожує життю хворого і не може бути усунута жодними іншими засобами, окрім операції. Стан крайньої необхідності має місце за певних умов, а саме:

— коли небезпека для життя людини дійсно є реальною, а не можливою. Тому, коли застосовується так звана "планова" операція як один з можливих методів лікування, то у таких випадках мова не може йти про крайню необхідність;

— небезпека, яка загрожує життю, не може бути ліквідована іншими засобами, крім оперативного втручання;

— шкода, яка заподіюється при хірургічному втручанні, повинна бути менш небезпечною для хворого, ніж шкода, що породжена патологічним процесом чи травмою, з приводу якої і відбувалось хірургічне втручання.

Відшкодування шкоди у разі заподіяння її здоров'ю при наданні медичної допомоги. Як відомо, медична діяльність разом з позитивним впливом може містити в собі також і потенційно агресивний чинник, здатний завдати шкоди здоров'ю людини. Під реалізацією вказаного права пацієнта розуміється, що у разі неякісного надання медичної допомоги пацієнт має право вимагати відшкодування шкоди.

Пункт "і" ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадян передбачає право на відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю. У ст. 8 Основ зазначено, що держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист. Закон закріплює і право на судовий захист права людини на охорону здоров'я. Слід вказати, що відшкодування шкоди не звільняє медичних і фармацевтичних працівників від притягнення їх до дисциплінарної, адміністративної або кримінальної відповідальності відповідно до національного законодавства.

Шкода може бути матеріальна і моральна. Відповідно до ст. 22 Цивільного кодексу України ("Відшкодування збитків та інші способи відшкодування майнової шкоди") особа, якій завдано збитків у результаті порушення її цивільного права, має право на їх відшкодування. Збитками є:

втрати, яких особа зазнала у зв'язку зі знищенням або пошкодженням речі, а також втрати, які особа зробила або мусить зробити для відновлення свого порушеного права (реальні збитки);

доходи, які особа могла б реально одержати за звичайних обставин, якби її право не було порушено (упущена вигода).

Стаття 23 Цивільного кодексу України ("Відшкодування моральної шкоди") гарантує особі право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав. Моральна шкода полягає:

1. у фізичному болю і стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я;
2. у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо неї самої, членів її сім'ї чи близьких родичів;
3. у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку із знищенням чи пошкодженням її майна;
4. у приниженні честі, гідності, а також ділової репутації фізичної чи юридичної особи.

Моральна шкода відшкодовується грошми, іншим майном або в інший спосіб. Розмір грошового відшкодування моральної шкоди визначається судом залежно від характеру правопорушення, глибини фізичних та душевних страждань, погіршення здібностей потерпілого або позбавлення його можливості їх реалізації, ступеня вини особи, яка завдала моральної шкоди, якщо вина є підставою для відшкодування, а також з урахуванням інших обставин, які мають істотне значення. При визначенні розміру відшкодування враховуються вимоги розумності і справедливості.

Згідно Методичних рекомендацій щодо відшкодування моральної шкоди, затверджених Листом Міністерства юстиції України від 13 травня 2004 року, враховується стан здоров'я потерпілого, тяжкість вимушених змін у його життєвих і виробничих стосунках, ступінь зниження престижу, ділової репутації, час та зусилля, необхідні для відновлення попереднього стану. Моральну шкоду не можна відшкодувати в повному обсязі, оскільки немає (і не може бути) точних критеріїв майнового виразу душевного болю, спокою, честі, гідності особи. Будь-яка компенсація моральної шкоди не може бути адекватною дійсним стражданням, тому будь-який її розмір може мати суто умовний вираз. У будь-якому випадку розмір відшкодування повинен бути адекватним нанесеній моральній шкоді.

Допуск до пацієнта членів сім'ї, опікуна, піклувальника, адвоката або нотаріуса. Вказане право є прямим наслідком і забезпечене конституційно визначеним правом на отримання кваліфікованої правової допомоги (ст. 59 Конституції України). Побудова демократичної правової держави, що

здійснюється в Україні в останнє десятиліття, передбачає особливу увагу до правового захисту осіб. У сфері медичної діяльності це передбачає можливість користуватися послугами адвокатів, законних представників на всіх етапах лікування, починаючи від питань необхідності госпіталізації, включаючи призначене лікування, і закінчуючи необхідністю відстоювати права і законні інтереси пацієнтів у суді.

Особливості сучасного стану адвокатської діяльності у сфері охорони здоров'я мають на увазі високий ступінь затребуваності осіб, що мають подвійну - медичну і юридичну - освіту. В той же час не можна обходити увагою і важливість вдосконалення викладання медичного права як в юридичних, так і в медичних ВНЗ.

Необхідно знати, що з позицій сучасного законодавства законними представниками пацієнта можуть бути опікуни і піклувальники, батьки, прийомні батьки, усиновителі, представники адміністрацій установ соціального захисту населення, органів опіки і піклування.

До проблемних питань, не вирішених до кінця у вітчизняному законодавстві, належать питання забезпечення реалізації права пацієнта на допуск адвоката і законного представника у разі, коли пацієнт за станом свого здоров'я не має нагоди прямо контактувати зі своїми представниками. Таке становище може виникати у разі інфекційних захворювань, важкого стану, коли зайві контакти протипоказані з медичної точки зору. У такому разі необхідно орієнтуватися на пропозицію про устаткування і початкове проектування для таких пацієнтів спеціальних місць для контакту з адвокатами і законними представниками, наприклад, через скло і за допомогою телефонної трубки.

Допуск священнослужителя до пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, для відправлення богослужіння та релігійного обряду. Конституція України в ст. 35 гарантує кожному свободу світогляду і віросповідання, включаючи свободу сповідувати будь-яку релігію або не сповідувати ніякої, безперешкодно відправляти одноособово чи колективно релігійні культи і ритуальні обряди, вести релігійну діяльність. Відповідно Закон України "Про свободу совісті та релігійні організації" 23 квітня 1991 року містить положення, відповідно до яких:

— кожному громадянину в Україні гарантується право на свободу совісті. Це право включає свободу мати, приймати і змінювати релігію або переконання за своїм вибором і свободу одноособово чи разом з іншими сповідувати будь-яку релігію або не сповідувати ніякої, відправляти релігійні культи, відкрито виражати і вільно поширювати свої релігійні або атеїстичні переконання;

— Україна є світською державою;

— підтверджується рівноправність громадян незалежно від їх ставлення до релігії;

— важливо сприяти досягненню взаємного розуміння, терпимості і пошани в питаннях свободи совісті і свободи віросповідання.

У різні періоди розвитку нашої країни спостерігалися неоднакові взаємовідносини держави і церкви. Сьогоднішня сторінка історії наочно показує, наскільки може бути значною роль релігії у житті суспільства, зокрема в питаннях духовного й етичного виховання молоді, в патріотичному настрої військовослужбовців, у підтримці хворих. З цієї причини слід вітати появу у ряді лікувально-профілактичних закладів кімнат для молитов, де всі охочі можуть реалізувати свою потребу у відправленні богослужінь і релігійних обрядів.

§ 2. Права пацієнтів в окремих напрямках медичної діяльності

Разом із загальними правами пацієнтів, які властиві всім особам, які одержують медичну допомогу, існує певний перелік прав пацієнтів, яким безпосередньо надається певний вид медичної допомоги. Йдеться про такі напрями медичної діяльності, як транспл антологія, психіатрія, імунопрофілактика, попередження розповсюдження туберкульозу і захворювань ВІІІ-інфекцією, клінічні випробування лікарських засобів. Специфіка вказаних напрямів медичної діяльності робить обґрунтованим прийняття норм права, що адекватно відображають правовий статус осіб, які отримують такого виду

медичну допомогу. В іншому разі, якби права пацієнтів у цих розділах медицини забезпечувалися загальними нормами законодавства, результативність і якість захисту таких прав були б на порядок нижче.

Трансплантологія. Стрімкий розвиток такого напрямку медицини як трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів людини як реальна допомога хворим людям поставив перед суспільством ряд правових проблем, які повністю не вдається вирішити і в даний час. Принципово можна виділити два види пацієнтів у кожному випадку пересадки: донор (людина, що віддає орган або тканину) і реципієнт (хворий, якому пересаджується орган або тканина). Коли йдеться про трансплантацію з використанням трупних органів і тканин, з позицій права маються на увазі необхідність дотримання чинного законодавства щодо констатації смерті мозку донора, тривалість проведення реанімаційних заходів та ін., про що сказано у відповідному розділі підручника. Коли ж має місце пересадка з використанням донора-живої людини, на перший план виходять питання дотримання прав донора і реципієнта як пацієнтів у сфері трансплантації. Ключовим нормативним правовим актом в системі юридичного забезпечення трансплантології є Закон України 16 липня 1999 р. "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині", яка в ст. 22 містить положення, що стосуються прав донора.

Особа, яка дала згоду стати донором, і живий донор, має право:

— відмовитись від даної нею раніше на це згоди;

— на обов'язкове державне страхування на випадок смерті донора, зараження його інфекційною хворобою, виникнення у нього інших хвороб чи розладів здоров'я у зв'язку з виконанням донорської функції;

— відшкодування шкоди, заподіяної у зв'язку з виконанням ним донорської функції з урахуванням додаткових витрат на лікування, посилене харчування та інші заходи, спрямовані на його соціально-трудова та професійну реабілітацію.

Законодавець не містить прямих вказівок щодо прав реципієнта. Але аналіз Закону "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині" дає можливість виділити такі спеціальні права, якими наділений реципієнт перед проведенням операції, спрямованої на пересадку йому необхідного органу чи тканини:

— на трансплантацію як метод лікування за наявності медичних показань, коли усунення небезпеки для життя або відновлення здоров'я іншими методами лікування неможливе;

— згоду та об'єктивне інформування щодо цього методу лікування;

— відмову від застосування трансплантації як методу лікування.

Реальність є такою, що для реципієнта пересадка є часто останньою надією на рятування життя і покращення здоров'я¹. Враховуючи наведене, думка про не обов'язковість акцентування уваги на правах пацієнтів повинна бути спростована, оскільки саме в таких кризових моменах права і законні інтереси пацієнтів, що беруть участь у трансплантації повинні бути дотримані.

Психіатрія. Статистичні дані свідчать, що кількість осіб, які мають ті чи інші відхилення у стані психічного здоров'я, у нашій країні за останнє десятиріччя значно зростає. Основна причина цього — економічні та соціально-політичні зміни, які негативно вплинули на психічне здоров'я певної частини населення. Не можна не згадати екологічний фактор, зв'язок якого з можливістю виникнення психічних розладів також доведена. Ключові особливості правового регулювання у сфері психіатрії висвітлені у відповідній главі підручника, де також містяться відомості щодо прав пацієнтів у галузі надання психіатричної допомоги. Перш за все необхідно вказати, що комплексне поняття психіатричної допомоги включає у себе:

обстеження стану психічного здоров'я осіб;
профілактику, діагностику психічних розладів.
лікування, нагляд, догляд і медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади.

Будь-який з перелічених варіантів надання психіатричної допомоги свідчить про правовий статус пацієнта і необхідність дотримання його прав. Нормативно-правова база у галузі психіатричної допомоги, представлена Законом України "Про психіатричну допомогу" від 22 лютого 2000 р., містить положення щодо прав:

а) осіб, яким надається психіатрична допомога;

б) осіб під час перебування у психіатричному закладі.

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на:

поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини;

— отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги;

— одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;

— відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом;

— усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями;

— одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;

— утримання в психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;

— попередню згоду або відмову в будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі;

— безпечність надання психіатричної допомоги;

— безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

— безоплатну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги;

— альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісії лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;

— збереження права на жиле приміщення за місцем їх постійного проживання протягом часу надання їм стаціонарної психіатричної допомоги;

— особисту участь у судових засіданнях при вирішенні питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги та обмеженням у зв'язку з цим їх прав;

— відшкодування заподіяної їм шкоди або шкоди їх майну внаслідок незаконного поміщення до психіатричного закладу чи психоневрологічного закладу для соціального захисту або спеціального навчання чи внаслідок незабезпечення безпечних умов надання психіатричної допомоги або розголошення конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я і надання психіатричної допомоги;

— одержання винагороди за фактично виконану роботу нарівні з іншими громадянами.

Друга складова частина - права пацієнтів, що знаходяться в психіатричних стаціонарах. Всі пацієнти під час перебування у стаціонарі мають право на:

— спілкування з іншими особами, в тому числі з адвокатом або іншим законним представником, без присутності сторонніх осіб згідно з правилами внутрішнього розпорядку психіатричного закладу;

— повідомлення будь-якої особи за своїм вибором про надання їм психіатричної допомоги;

— забезпечення таємниці листування при відправці та отриманні будь-якої кореспонденції;

— доступ до засобів масової інформації;

— дозвілля, заняття творчою діяльністю;

— відправлення релігійних обрядів, додержання релігійних канонів;

— звернення безпосередньо до керівника або завідуючого відділенням психіатричного закладу з питань надання психіатричної допомоги, виписки з психіатричного закладу та додержання прав, передбачених цим Законом;

— допомогу по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню або пенсію згідно з законодавством.

Особи під час перебування у психіатричному закладі мають також права, які за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів- психіатрів) в інтересах захисту їх здоров'я чи безпеки, а також в інтересах здоров'я або безпеки інших осіб можуть бути обмежені:

— приймати відвідувачів наодинці;

— придбавати і використовувати предмети повсякденного вжитку;

— перебувати на самоті.

З позицій медичного права важливо усвідомлювати, що ступінь несвободи людини, яка знаходиться на лікуванні в психіатричному медичному закладі, достатньо велика. Саме цим пояснюються непоодинокі випадки використання психіатрії за радянських часів у немедичних цілях. Ті права, які законодавчо визначені для пацієнтів психіатричних стаціонарів, є відображенням прагнення до зрівняння правового статусу пацієнта із звичайним соматичним (тілесним) захворюванням із захворюванням психічної сфери. В тому ж ракурсі необхідно розглядати можливість створення служби захисту прав пацієнтів, що знаходяться у психіатричних стаціонарах. Представники цієї служби захищають права пацієнтів, які знаходяться у психіатричних стаціонарах, приймають їх скарги і заяви, які вирішують з адміністрацією психіатричного закладу або направляють залежно від їх характеру до органів законодавчої і виконавчої влади, прокуратури або суду.

Імунопрофілактика. Відомий постулат радянського часу, що зберіг своє значення і в даний час, згідно з яким державі краще активізувати виділення грошових коштів на профілактику, ніж на лікування, має безпосереднє відношення до імунопрофілактики. Імунопрофілактика інфекційних хвороб — це система заходів, що здійснюються з метою попередження, обмеження розповсюдження і ліквідації

інфекційних хвороб шляхом проведення профілактичних щеплень. У свою чергу профілактичні щеплення - це введення в організм людини медичних імуно- біологічних препаратів для створення специфічної несприйнятливості до інфекційних хвороб.

Слід зазначити, що історія правового регулювання медичної діяльності в Україні наочно показує, що в умовах земської медицини саме система профілактичних заходів забезпечувала боротьбу з епідеміями інфекційних хвороб - основною причиною смертності того часу. Наприклад, створені в 1868 р. посадові інструкції для лікарів містили вимоги стосовно того, що при першому інформуванні про яке-небудь інфекційне захворювання медик повинен негайно вжити вказані законом заходи, повідомити установі й повітовому лікарю¹.

Сучасне законодавство, враховуючи багатий історичний досвід, достатньою мірою регулює питання імунопрофілактики. Цьому питанню присвячений Закон України від 06 квітня 2000 р. "Про захист населення від інфекційних хвороб". Побудова демократичної держави зажадала посилення уваги до дотримання прав пацієнтів при проведенні імунопрофілактики. Профілактичні щеплення проводяться після медичного огляду особи в разі відсутності у неї відповідних медичних протипоказань. Повнолітнім дієздатним громадянам профілактичні щеплення проводяться за їх згодою після надання об'єктивної інформації про щеплення, наслідки відмови від них та можливі поствакцинальні ускладнення. Особам, які не досягли п'ятнадцятирічного віку чи визнані у встановленому законом порядку недієздатними, профілактичні щеплення проводяться за згодою їх об'єктивно інформованих батьків або інших законних представників. Особам віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років чи визнаним судом обмежено дієздатними профілактичні щеплення проводяться за їх згодою після надання об'єктивної інформації та за згодою об'єктивно інформованих батьків або інших законних представників цих осіб. Якщо особа та (або) її законні представники відмовляються від обов'язкових профілактичних щеплень, лікар має право взяти у них відповідне письмове підтвердження, а в разі відмови дати таке підтвердження - засвідчити це актом у присутності свідків.

Слід вказати, що відмова від профілактичних щеплень має вельми важливе значення з позицій свободи вибору людини. Проте закріплення цього права привело до того, що багато громадян, з тих або інших причин ті, що ведуть антисоціальний спосіб життя, бродяжництво, не мають певного місця проживання, не щеплюються, що нерідко викликає підвищене розповсюдження інфекційних захворювань. До них можна віднести дітей, які не відвідують школи (зокрема безпритульних), кількість яких за останній час значно зросла. В той же час необхідно зазначити, що це питання у меншій мірі медико-правове, в більшій - соціальне. Враховуючи наявність права на відмову від профілактичних щеплень, нормативна база містить положення, які роблять таку відмову як підставу для обмеження інших прав і свобод осіб. Відсутність профілактичних щеплень тягне:

— заборону для громадян на виїзд у країни, перебування у яких відповідно до міжнародних медико-санітарних правил або міжнародних договорів України вимагає конкретних профілактичних щеплень;

— відмова в прийомі громадян до виховних, навчальних, оздоровчих та інших дитячих закладів;

— усунення від роботи працівників окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких може призвести до зараження цих працівників та (або) поширення ними інфекційних хвороб. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 лютого 2006 р. "Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу імунобіологічних препаратів " визначено перелік таких робіт. Щепленню підлягають:

1. Персонал пунктів, підприємств із заготівлі шкір промислових тварин, їх первинної переробки;

— працівники овоче-, зерноховищ, цукрових заводів, елеваторів;

— мисливці, лісники, меліоратори;

— медичний персонал лабораторій відділів особливо небезпечних інфекцій, протичумних установ, які працюють з живими культурами туляремії або зараженим матеріалом;

— інші.

2. Працівники тваринницьких господарств, неблагополучних щодо бруцельозу незалежно від форми власності;

— працівники м'ясокомбінатів, забійних пунктів та інших підприємств з переробки сировини й продуктів тваринництва, в які надходять сільськогосподарські тварини або сировина тваринницького походження з господарств, неблагополучних щодо бруцельозу;

— ветеринарні працівники, які працюють з живими культурами бруцел або зараженим матеріалом, а також обслуговують господарства, неблагополучні щодо бруцельозу;

— інші.

3. Медичні працівники лабораторій відділів особливо небезпечних інфекцій санепідстанцій та ветеринарні працівники лабораторій ветеринарної медицини, які працюють з живими культурами сибірки або зараженим матеріалом; інші.

4. Працівники водопровідно-каналізаційної мережі; інші.

5. Групи медичного ризику (висока можливість клінічних ускладнень грипу):

— особи з хронічними захворюваннями (дихальної та серцево-судинної систем, нирок, обміну речовин);

— особи віком понад 60 років;

— особи, що перебувають у спеціалізованих колективах (інтернатах, будинках для осіб похилого віку, будинках дитини тощо).

6. Групи епідемічного ризику (висока можливість інфікування грипом):

— діти дошкільного віку, школярі, підлітки, студенти середніх та вищих учбових закладів;

— персонал медичних закладів;

— персонал дошкільних, середніх та інших навчальних закладів, інтернатів, будинків дитини та осіб похилого віку тощо;

— робітники сфери послуг, торгівлі, транспорту, військові, а також особи, що перебувають у контакті з великою кількістю людей;

— персонал підприємств, установ, організацій (з метою запобігання спалахам).

Попередження розповсюдження туберкульозу. Цей напрям медичної діяльності логічно впливає з імуніпрофілактики, оскільки туберкульоз - одне з найбільш показових інфекційних захворювань, ігнорування необхідності боротьби з яким призводить до найбільш несприятливих наслідків для великої кількості людей. За даними ВООЗ у світі щороку реєструється 8,9 мільйона хворих на туберкульоз, від якого помирає 1,7 мільйона осіб. Ця хвороба займає перше місце у структурі смертності від інфекційних та паразитарних хвороб.

Епідемія туберкульозу в Україні розпочалася у 1995 році. Щогодини реєструється чотири нових випадки захворювання та один випадок смерті, що зазначено у Законі України від 8 лютого 2007 р. "Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках". Протягом останніх 15 років показник захворюваності на туберкульоз збільшився у 2,4 рази. Така ситуація

зумовлена соціально-економічними та медичними факторами, зокрема зниженням рівня життя населення та наявністю значної кількості хворих осіб, що перебувають у місцях позбавлення волі, недостатнім фінансуванням протитуберкульозних заходів, нестачею кваліфікованих медичних працівників, поширенням хіміорезистентного туберкульозу та ВІЛ-інфекції.

У контексті прав пацієнтів у цьому напрямі медичної діяльності необхідно зазначити, що Закон України від 05 липня 2001 р. "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" не містить статті, яка б чітко регламентувала права осіб, хворих на туберкульоз. Аналіз Закону дає можливість виділити такі права пацієнтів хворих на туберкульоз:

1. Лікувально-профілактична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та наукових установах, медичний (диспансерний) нагляд, а також санаторно-курортне лікування у спеціалізованих протитуберкульозних санаторіях надаються безоплатно.
2. Під час лікування безперервно та безоплатно забезпечуються протитуберкульозними препаратами в кількості та асортименті, встановлених центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я у стандарті лікування хворих на туберкульоз.
3. Хворі на заразні форми туберкульозу, які проживають у гуртожитках, а також в одній кімнаті разом з іншими членами сім'ї або в перенаселених квартирах, мають право на першочергове отримання житла в порядку, встановленому законодавством.
4. Хворі на активні форми туберкульозу та діти і підлітки, інфіковані мікобактеріями туберкульозу, під час лікування в протитуберкульозних стаціонарах і санаторіях безоплатно забезпечуються харчуванням за підвищеними нормами.
5. Вперше виявленим хворим на активні форми туберкульозу та хворим із рецидивом туберкульозу листок непрацездатності може видаватися на весь визначений лікарем період проведення основного курсу лікування. За висновком медико-соціальної експертної комісії листок непрацездатності зазначеним особам може бути продовжений, але не більше, ніж на 10 місяців від дня початку основного курсу лікування. На весь період лікування хворого на туберкульоз за ним зберігається місце роботи.
6. Власник або уповноважений ним орган підприємства, установи, організації усіх форм власності не має права звільнити працівника у зв'язку з його захворюванням на туберкульоз, крім випадків, коли такі особи можуть бути визнані тимчасово або постійно непридатними.

Попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції. Неможливість лікування навіть за допомогою найсучаснішого арсеналу засобів є основною причиною необхідності підвищеної уваги до питань СНІДу. Завдання держави в цілому і законодавця зокрема, полягає у створенні умов, за яких знижується вірогідність виникнення нових випадків захворювання. Не можна забувати при цьому, що в контексті медичного права, як і права взагалі, права і свободи людини превалюють над інтересами держави. Це ключовий чинник при висвітленні прав ВІЛ-інфікованих хворих, що є пацієнтами. Закон України від 12 грудня 1991 р. "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" передбачає наявність таких прав осіб, у яких виявлена ВІЛ-інфекція:

1. Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особі, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Передача таких відомостей дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.
2. Відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунodefіциту людини.

3. Безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики та на психосоціальну підтримку.
4. Безоплатний проїзд до місця лікування і у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування.
5. Користування ізольованою жилою кімнатою.
6. Участь ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб у випробуваннях медичних засобів і методів, науковому вивченні або навчальному процесі, фотографуванні, відео- та кінозйомках проводиться тільки за їх згодою.
7. Використання крові та інших біологічних матеріалів ВІЛ- інфікованих або хворих на СНІД осіб для наукових досліджень провадиться лише за їх згодою і передбачає компенсацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.
8. Забороняється відмова у прийнятті до лікувальних закладів, у поданні медичної допомоги, ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, а також ущемлення прав їх рідних і близьких на цій підставі.
9. Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права ВІЛ- інфікованих та хворих на СНІД, їх рідних і близьких, можуть бути оскаржені до суду.
10. Особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією сталося внаслідок виконання медичних маніпуляцій, мають право на відшкодування у судовому порядку завданої їм здоров'ю шкоди за рахунок винної особи.

Клінічні випробування лікарських засобів. Сучасний розвиток медицини стає немоясливим без проведення клінічних досліджень, спрямованих на пошук і створення нових лікарських засобів, здатних впливати на розвиток і лікування того або іншого захворювання. З погляду юридичного забезпечення медичної діяльності клінічні випробування лікарських засобів належать до одного з видів медичного експерименту¹. Ключові чинники правового регулювання даного напрямку медичної діяльності висвітлені у відповідному розділі підручника, тому тут зупинимось лише на правах пацієнтів. Закон України від 04 квітня 1996 р. "Про лікарські засоби" у ст. 8 визначає права пацієнтів (добровольців), що беруть участь у клінічних дослідженнях лікарських засобів. До них належать:

Право на добровільну участь у клінічних дослідженнях лікарського засобу.

Право на письмову (на відміну від звичного медичного втручання) згоду на участь у клінічних дослідженнях лікарського засобу пацієнта або його законного представника.

Право на отримання інформації:

— щодо суті та можливих наслідків випробувань;

— властивостей лікарського засобу;

— його очікуваної ефективності;

— ступеня ризику.

Право на зупинення клінічних випробувань лікарського засобу чи окремих його етапів у разі виникнення загрози здоров'ю або життю пацієнта у зв'язку з їх проведенням, а також за бажанням пацієнта або його законного представника.

Право на укладення договору про страхування життя і здоров'я пацієнта (добровольця) в порядку, передбаченому законодавством.

Важливість знання прав пацієнтів при проведенні клінічних випробувань лікарських засобів пояснюється також значною комерційною привабливістю самої фармацевтичної індустрії, де ступінь прибутковості достатньо великий. Це потенційно може позначитися на сприйнятті прав пацієнта як другорядного явища. І юристи, і медичні працівники, що вивчають медичне право, повинні чітко

пам'ятати, що права, свободи і законні інтереси пацієнтів при випробуваннях нових лікарських засобів повинні бути первинними і, перш за все, вони охороняються законом.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Дайте визначення поняття "пацієнт" і перерахуйте права пацієнтів за законодавством України.

Охарактеризуйте право пацієнта на чуйне ставлення, на дії і помисли, що ґрунтуються на принципах загальнолюдської моралі, з боку медичних і фармацевтичних працівників і право на вибір лікаря і лікувально-профілактичного закладу.

У чому полягає суть права пацієнта на допуск до пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, інших медичних працівників?

Проаналізуйте права пацієнта на збереження лікарської таємниці, інформовану добровільну згоду і відмову від медичного втручання.

Охарактеризуйте право пацієнта на відшкодування шкоди у разі заподіяння її здоров'ю при наданні медичної допомоги.

Як регламентуються права пацієнта на допуск до пацієнта членів сім'ї, опікуна, піклувальника, адвоката або нотаріуса, а також на допуск священнослужителя до пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, для відправлення богослужіння та релігійного обряду?

Дайте характеристику прав пацієнтів у сфері трансплантології і психіатрії.

Якими правами володіє пацієнт у галузі імунопрофілактики і клінічних випробувань лікарських засобів?

У чому полягають права пацієнтів у сфері боротьби із захворюванням на туберкульоз і ВІЛ - інфекцією?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. - М.: ПРИОР, 2000.-С. 47-63.

Балло А.М., Балло А.А. Права пациентов и ответственность медицинских работников за причиненный вред. - СПб.: БиС, 2001.-С. 11-36.

Бедрин Л.М., Загрядская А.П., Ширинский П.П. Вопросы права и деонтологии в подготовке и воспитании врача: Учебн. пособие для студентов, субординаторов и интернов. - Ярославль, 1986.-76 с.

Власов В.В., Грищенко В.Р., Зайцева И.А. и др. Ваши права при получении медицинской помощи. -М.: Триумф, 1999. -154 с.

Европейская социальная хартия // Международные акты о правах человека: Сборник документов. - М., 1998. - С. 570-586.

Елина Н.К. Правовые проблемы оказания медицинских услуг. - Самара: Офорт, 2006. - 195 с.

Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права. Курс лекций: Учебное пособие для вузов. - М.: Экзамен, 2005. - 320 с.

Леонтьев О.В. Медицинская помощь: права пациента. - СПб.: Невский проспект, 2002. - С. 11-25.

Лопатенков Г.Я. Качественная медицинская помощь. Как ее получить. - СПб.: БХВ-Петербург, 2005. - 160 с.

Лопатенков Г.Я. Права пациента. Практические рекомендации. - СПб.: БХВ-Петербург, 2005. - 160 с.

Малеин Н.С. О врачебной тайне // Советское государство и право. - 1981. - № 8. - С. 79-86.

Малеин Н.С., Малеина М.Н. Закон и охрана здоровья граждан. - М.: Прогрессе, 1986. - 125 с.

Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. - Учебное и практическое пособие. - М.: БЕК, 1995. - С. 37-129.

Материалы I Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности" (Москва, 16 мая 2003 г.) / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко.- М.: Юрист, 2003. - 344 с.

Материалы II Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности" (Москва, 26 марта 2004 г.) / Под общ. ред. д.ю.н. С. Г. Стеценко.- М.: Юрист, 2004. - 376 с.

Медичне право: нормативно-правові акти. Ч. 2 / Упорядники: І.Я Сенюта (гол.ред.), Ю.С. Гуменюк, М.М. Семерак, Х.Я. Терешко. - Львів: Медицина і право, 2008. - 520 с.

- Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів / Упоряд. і наук. ред. Н.Б. Болотіна. - К.: Ін Юре, 2001. - 412с.
- Медичне право України: проблеми становлення і розвитку: [Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції Львів, 19-20 квітня 2007 р.] / Упоряд. к.ю.н. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. - Львів: Медицина і право, 2007.
- Пищита А.Н. Правовой статус российского пациента // Журнал российского права. - 2005. - № 11. - С. 46-53.
- Право в медицине. - М.: Книга-сервис. - 2002. - 352 с.
- Сальников В.П., Стеценко С.Г. Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования. Научное издание. Серия "Право и медицина". - СПб., Фонд "Университет", 2000. -С. 34-62.
- Сенюта І.Я. Інформована добровільна згода пацієнта // Юридичний вісник України. - 2006. - № 19. - С. 7.
- Сенюта І. Медичне право: право людини на охорону здоров'я. Монографія. - Львів: Астролябія, 2007. - 224 с.
- Сенюта І.Я. Право людини на особисту недоторканність у контексті надання медичної допомоги. - Медичне право України: проблеми становлення і розвитку: [Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції Львів, 19-20 квітня 2007 р.] / Упоряд. к.ю.н. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. - Львів: Медицина і право, 2007. -С. 272-279.
- Старченко А.А. Руководство по защите прав пациентов. — СПб.: Диалог, 2002. - С. 6-26.
- Стеценко С.Г. Защита прав пациентов и информированное согласие // Здравоохранение. - 2001. - № 12. - С. 1290135.
- Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 59-135.
- Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 163-196.
- Стеценко С.Г., Сенюта І.Я. Законодавче забезпечення охорони здоров'я в Україні // Право України. — 2007. — № 6. — С. 96-100.
- Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников. - СПб., 2001. - С. 173-215.

Глава 6. ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ

§ 1. Загальні організаційно-правові питання інформованої згоди.

§ 2. Критерії правомірності інформованої згоди.

§ 3. Форми вираження інформованої згоди.

§ 1. Загальні організаційно-правові питання інформованої згоди

Медичне втручання, тобто застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини, відповідно до ст. 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я допускається лише у тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта. Зазначена стаття також передбачає, що медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується у разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе. Основи закріплюють умови допустимості застосування ризикованих методів медичного втручання, що повинні, зокрема: а) відповідати сучасним науково обґрунтованим вимогам; б) спрямовуватись на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта; в) застосовуватись за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта; г) вживатись лікарем усі належні у таких випадках заходи для відвернення шкоди життю і здоров'ю пацієнта. Для застосування методів діагностики, профілактики та лікування необхідна згода пацієнта, який відповідно до законодавства має право на інформацію, яка повинна відповідати встановленим вимогам і бути надана хворому у належний спосіб, не порушуючи його прав.

Питання інформованої згоди на медичне втручання є наріжним каменем усієї системи юридичного забезпечення медичної діяльності. Вона пов'язана з юридичним підтвердженням згоди пацієнта на

медичне втручання - чи це медичний експеримент, проведення штучного переривання вагітності або видалення червоподібного відростка (апендикса). Проявом ваги і значення досліджуваного питання є увага законодавця - на сьогоднішній день більшість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, що стосуються як загальних, так і спеціальних питань медицини, містять положення про інформовану згоду. В той же час, якщо розглядати так звані "медичні справи", що розслідуються з приводу несприятливих наслідків медичних втручань, більш ніж у половині з них у тій чи іншій мірі фігурують недоліки в процедурі одержання інформованої згоди пацієнта на медичне втручання.

Кожна людина має право на свободу вибору в багатьох сферах суспільних відносин. У сфері охорони здоров'я для пацієнта - людини, що звернулася за медичною допомогою, у положеннях законодавчих актів передбачена можливість вибору методів діагностики і лікування. Тим самим підкреслюється важливість рівноправної участі пацієнта в процесі лікування свого захворювання.

Проблема інформованої згоди є одночасно і фактором реалізації прав пацієнта при одержанні медичної допомоги, і засобом профілактики виникнення юридичних конфліктів¹. Комплексний, багатоаспектний характер обумовлює складність і неоднозначність підходів до інтерпретації і правового значення інформованої згоди. Необхідно насамперед зупинитися на тлумаченні суті даного поняття. Як відомо, правильне визначення має велике значення в адекватному розумінні розглянутого явища.

Як українські, так і міжнародні, як юридичні, так і морально-етичні документи, що стосуються питань медичної діяльності, містять положення, присвячені інформованій згоді на медичне втручання. Відомо, що міжнародні законодавчі акти, ратифіковані в Україні, є частиною національного законодавства. Конвенція про захист прав і гідності людини в зв'язку з використанням досягнень біології і медицини 1996 р., у ст. 5 передбачає, що "медичне втручання може здійснюватися лише після того, як особа, що піддається цьому втручання, дасть на це добровільну інформовану згоду". У той же час міжнародно-правові акти з питань клінічних досліджень за участю людини - Нюрнберзький кодекс і Хельсінська декларація - визначають необхідність інформування учасників експерименту. "Насамперед необхідна добровільна згода об'єкта експерименту" - таке визначення дається у Нюрнберзькому кодексі. Хельсінська декларація 1964 р. у ст. 9 констатує, що "лікар... повинен одержати вільно дану інформовану згоду об'єкта, переважно в письмовій формі".

Ще одним прикладом може слугувати Декларація про політику в сфері забезпечення прав пацієнта в Європі (1994), де закріплено, що "інформована усвідомлена згода пацієнта є попередньою умовою будь-якого медичного втручання". Співзвучною із нею є Європейська хартія прав пацієнтів від 15 листопада 2002 р., у якій передбачено право на згоду, тобто право на отримання будь-якої інформації, яка дозволить пацієнту активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я; ця інформація є обов'язковою попередньою умовою проведення будь-якої процедури і лікування, включаючи участь у наукових дослідженнях. Вищенаведені визначення свідчать про важливість і, по суті, обов'язковість одержання інформованої згоди на проведення медичного втручання.

З погляду медичного права під інформованою згодою на медичне втручання варто розуміти добровільне, компетентне прийняття пацієнтом запропонованого варіанта лікування, що ґрунтується на одержанні ним повної, об'єктивної і всебічної інформації з приводу майбутнього лікування, його можливих ускладнень й альтернативних методів лікування.

Досить цікавою є історія виникнення і становлення терміна "інформована згода". Як реакція світової громадськості на злочини нацистських медиків, у другій половині 40-х рр. ХХ ст. акцентується увага на необхідності добровільної участі досліджуваних у проведенні медичних експериментів. Тоді ж з'явився термін "добровільна згода", що і був закріплений у Нюрнберзькому кодексі, який згадувався вище. Надалі, у міру розвитку медицини, росту активності правозахисних рухів добровільність як обов'язкова умова згоди на медичне втручання була доповнена інформованістю. Суть її полягала в необхідності надання пацієнтові з боку медичних працівників інформації щодо майбутнього медичного втручання. На поширення терміна "інформована згода" вплинув судовий позов М. Сальго проти Стендфордського університету (США, 1957 р.). Пацієнт, паралізований у результаті транслюмбальної аортографії, виграв даний процес. У суді з'ясувалося, що якби хворий був інформований

про можливість такого ускладнення, то він не дав би згоди на проведення аортографії. Суспільний резонанс, викликаний цим судовим процесом, сприяв як становленню терміна "інформована згода" (англ. - informed consent), так і поширенню думки про необхідність одержання згоди на медичне втручання.

У нашій країні досить тривалий час одержання згоди на здійснення того або іншого виду діагностики, лікування не носило юридичного змісту і на практиці застосовувалося рідко. Звичайно сам факт звернення громадянина в лікувально-профілактичну установу свідчив про його згоду на той або інший метод лікування. У свою чергу процес інформування не був обов'язком медичного працівника. Заради справедливості необхідно зазначити, що історично сформований патерналістський тип взаємин між лікарем і пацієнтом обумовлював низький рівень зацікавленості пацієнта в одержанні такої інформації¹. Мова йшла про довіру до лікаря як до фахівця. Багато в чому така тенденція існує і в даний час, багато пацієнтів (до 60%, за даними різних дослідників) не прагнуть використовувати надане їм право на одержання інформації про медичне втручання, а покладаються на знання, уміння, навички і професіоналізм лікаря.

Конституція України як правовий акт, що має вищу юридичну силу, у ст. 28 визначає, що "жодна особа без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідкам" та у ст. 29 гарантує право на особисту недоторканність. Відповідно до ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадян інформована добровільна згода є необхідною попередньою умовою медичного втручання. Це положення знайшло своє відображення і у ст. 284 Цивільного кодексу України, де передбачено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, провадиться за її згодою (ч. 3), а повнолітня дієздатна фізична особа має право відмовитись від лікування (ч. 4).

Відповідно до законодавства (ч. 1 ст. 43 Основ) медичне втручання щодо пацієнта, який не досяг 15 років, а також пацієнта, що визнаний в установленому законом порядку недієздатним, здійснюється за згодою їх законних представників. Основи законодавства України про охорону здоров'я і Цивільний кодекс України передбачають виняток, який передбачає, що у невідкладних випадках, коли існує реальна загроза життю, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна. Закон також визначає, що в разі, коли відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а за неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків (ч. 3 ст. 43 Основ). Крім цього, ч. 4 ст. 43 Основ передбачає, що у випадку, коли відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта важкі наслідки, лікар повинен повідомити про це орган опіки і піклування.

З позицій сучасного розвитку медичного права можна сформулювати основні організаційно-правові принципи інформованої згоди. До них належать:

інформована згода - це право пацієнта й обов'язок медичного працівника, що здійснює медичне втручання;

інформовану згоду необхідно отримувати на будь-який варіант медичного втручання, починаючи від виміру артеріального тиску, включаючи сеанс гіпнозу і закінчуючи багатогодинною складною хірургічною операцією;

одержання інформованої згоди свідчить про повагу прав і законних інтересів пацієнта;

інформована згода обумовлює активну участь самого хворого в процесі лікування;

завдяки інформованій згоді підвищується ступінь відповідальності лікаря при наданні медичної допомоги.

§ 2. Критерії правомірності інформованої згоди

З методологічної точки зору досить важливо визначити ті критерії, наявність яких свідчить про правомірність одержання інформованої згоди на медичне втручання. З огляду на нормативні правові визначення, а також використовуючи загальні принципи медичного права, можна виділити такі критерії правомірності згоди пацієнта на медичне втручання:

Інформованість.
Добровільність.
Компетентність.

Під інформованістю згоди розуміють надання лікарем перед медичним втручанням пацієнтові інформації про суть майбутнього втручання. Відповідно до загальної універсальної структури інформованої згоди надана медиком інформація повинна містити відомості про:

- стан здоров'я пацієнта; (
- результати проведеного обстеження;
- діагноз захворювання;
- мету медичного втручання;
- тривалість медичного втручання;
- прогноз захворювання з лікуванням і без нього;
- наслідки медичного втручання;
- існуючі методи лікування даного захворювання; і
- ризик майбутнього медичного втручання;
- права пацієнта й основні способи їх захисту.

Згідно Рішення Конституційного Суду України від 30 жовтня 1997 року у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47,48 Закону України "Про інформацію" та ст. 12 Закону України "Про прокуратуру" (справа Устименка) медична інформація, що надається лікарем, повинна містити відомості про:

- стан здоров'я людини;
- історію її хвороби;
- про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів;
- прогноз можливого розвитку захворювання;
- ризик для життя і здоров'я.

Визначення інформованої згоди не залишає без уваги також характеристики одержуваної інформації. Доцільно нормативно закріпити надання фіксованого для кожного захворювання "мінімального стандарту" інформації у поєднанні з особливостями кожного конкретного клінічного випадку. Найбільш оптимальним варіантом, на нашу думку, є так званий "стандартраціонального пацієнта", відповідно до якого медичний працівник при наданні інформації орієнтується на посередні показники знань непрофесіоналів у галузі медицини. У зв'язку з цим обсяг інформування буде орієнтований на середні показники сприйняття звичайного громадянина, що не має спеціальних знань у сфері медицини.

Добровільність як другий необхідний критерій інформованої згоди на медичне втручання має на увазі прийняття пацієнтом рішення під час відсутності будь-яких зовнішніх факторів, що свідчили б про недобровільність такої згоди. Слово "добровільна" підкреслює, що таке рішення не може бути результатом зовнішнього примусу чи результатом активного переконання будь-кого (навіть лікаря) у

необхідності певного спрямування дій. Воно не повинно бути результатом активного впливу волі іншої людини, але має бути лише результатом особистого вибору, що ґрунтується на повній інформації про ситуацію. Серед основних причин, що найчастіше зустрічаються, які впливають на добровільність інформованої згоди, необхідно зазначити:

— примус до згоди шляхом погроз;

— психологічний тиск, з боку родичів, інших осіб;

— службова залежність;

— тиск із боку медичного персоналу, що запевняє про можливість відмовитись у подальшому від проведення даного медичного втручання.

Примус до згоди шляхом погроз найбільше показово може бути проілюстровано прикладами з практики у сфері трансплантології. Висока соціальна цінність трансплантантів визначає особливе значення процесу одержання донорських органів. Постійний дефіцит донорських органів змушує особливу увагу приділяти одержанню згоди живого донора на вилучення в нього органа або тканини. У зв'язку з цим є не випадковою криміналізація процесу примусу до вилучення органів або тканин для трансплантації. Так, ст. 143 Кримінального кодексу України визначає як злочин вилучення органів або тканин людини для трансплантації, вчинений:

а) із застосуванням примусу або обману;

б) щодо особи, яка перебувала у безпорадному стані;

в) щодо особи, яка перебувала в матеріальній або іншій залежності від винного.

Санкції - у першому випадку обмеження волі на строк до трьох років або позбавлення волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, і в другому - обмеження волі на строк до п'яти років або позбавлення волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого, що свідчить про особливе значення для суспільства охорони прав і законних інтересів громадян у цій сфері.

Фактор службової залежності, що впливає на добровільність згоди на медичне втручання, наочно виходить на перший план у військово-медичній практиці. Ступінь такої залежності військовослужбовців, що проходять службу як призовники, істотно вища, ніж у цивільних колективах. З цієї причини донорство крові, як гуманний і добровільний акт, в армії має свої особливості. Висока відвідуваність медпункту в дні донора, коли більш як 90% всього особового складу здають кров, на перший погляд свідчить про високий ступінь свідомості солдат, однак нерідко мають місце випадки недобровільного ухвалення рішення про здачу крові. Мова йде про "перспективи" для осіб, що не здали кров: не піти в звільнення, не поїхати у відпустку, сходити зайвий раз в наряд і т.д.

Під компетентністю інформованої згоди розуміють ухвалення рішення в умовах дійсно наявних і зрозумілих для пацієнта знань про майбутнє медичне втручання. По суті, це здатність пацієнта приймати рішення. Безумовно, усі пацієнти мають різний рівень пізнань у сфері медицини. Відомий вислів про те, що кожен хворий - професор своєї хвороби, не може бути прийняте за основу при розв'язанні проблеми надання інформації щодо конкретного захворювання, операції, діагностичної процедури.

Цікаво, що законодавство більшості штатів США взяло за основу варіант інформованої згоди, при якому відомості, надані пацієнтові, знаходяться на рівні загальноприйнятої клінічної практики. Звичайно, це робить усю процедуру більш стандартизованою, однак, виникають сумніви щодо розуміння пацієнтами лікаря, особливої медичної термінології і т.д. У зв'язку з цим можна погодитися з думкою авторів статті у російському журналі "Врач", коли на питання: чи розуміють пацієнти лікаря,

відповідають: "На це питання можна відповісти відразу: більшість або не розуміють, або розуміють неправильно"¹.

Виходом з даної ситуації може бути застосування з метою одержання інформованої згоди стандарту інформування (щодо кожного медичного втручання), що складається з двох блоків: загального і приватного. На прикладі терапевтичного захворювання загальна частина повинна містити інформацію про суть патології, загальноприйняті у даний час варіанти діагностики, принципи лікування, ускладнення самого захворювання і його терапії. Приватний блок відображає індивідуальний підхід до кожного хворого і зміст інформації, що залежить від віку пацієнта, його статі, спадковості, наявності інших захворювань і т.д. Природно, з огляду на трудомісткість складання приватного блоку, він не повинен бути значним за обсягом. В іншому випадку, як і в будь-якій справі, гарний задум можна перетворити в проблему. Лікар не повинен левову частку свого часу витратити на складання приватних блоків стандарту інформованої згоди пацієнтів.

Виключення складають ті випадки, коли пацієнт не може вважатися компетентним при згоді на медичне втручання. До групи некомпетентних пацієнтів належать:

а) особи до 15 років;

б) недієздатні особи.

За обидві зазначені категорії осіб згода на медичне втручання дається їхніми законними представниками.

§ 3. Форми вираження інформованої згоди

Говорячи про форму вираження згоди пацієнта, варто помітити, що всі існуючі пропозиції на цей рахунок зводяться в основному до двох варіантів: усного і письмового. Прихильники усного варіанта оформлення згоди на медичне втручання зв'язують правомочність подібного із самим фактом звертання людини за медичною допомогою. При цьому, як передбачається, пацієнт автоматично погоджується на запропоновані способи діагностики і лікування. Як уже зазначалось, підхід, що склався на практиці ще в недалекому минулому нашої країни, був відображенням патерналістської моделі взаємин лікаря і пацієнта. До того ж при наданні медичної допомоги правовідносини суб'єктів характеризувалися нерівністю сторін: переважним станом лікувальних установ.

Як усний, так і письмовий варіанти інформованої згоди мають свої переваги і недоліки. Перевагами усної форми інформування є:

— простота і невелика кількість витраченого часу;

— великий ступінь довіри між лікарем і пацієнтом, формування так званої "терапевтичної співпраці";

— більш виражена можливість діалогу, з можливістю для пацієнта задати питання, які його цікавлять.

У той же час при усній формі вираження згоди практично неможливо контролювати обсяг, ступінь і якість інформування з боку медичного персоналу. У зв'язку з цим зростають труднощі доказування факту інформування або його відсутності при судових розглядах.

Перевагами письмової форми вираження інформованої згоди на медичне втручання є:

— юридично більш грамотний варіант як для ЛПУ, так і для пацієнта при доказуванні правильності своєї позиції у ході судових розглядів;

— пацієнт має можливість без поспіху, спокійно прийняти рішення після уважного вивчення формуляра інформованої згоди;

— підвищується рівень мотивації медичних працівників при складанні формуляра інформованої згоди і при проведенні лікування;

— дисциплінує лікарів при здійсненні медичного втручання.

Ставлення вітчизняного законодавця до проблеми форми вираження інформованої згоди в медицині характеризується певними особливостями.

Питання оформлення згоди та відмови від медичного втручання у законі чітко не визначено, що на практиці породжує багато проблем. У науковій літературі та у практичній діяльності закладів охорони здоров'я використовуються різні способи закріплення: підписка чи запис в історії хвороби чи в амбулаторній картці, додаток до історії хвороби, заява, що вклеюється в історію хвороби про інформовану згоду, розписка тощо.

У нашому законодавстві немає уніфікованого підходу щодо оформлення згоди і відмови від медичного втручання. В Основах законодавства України про охорону здоров'я передбачено лише закріплення відмови від втручання, а саме - письмове підтвердження або відповідний акт у присутності свідків. На нашу думку, таке визначення не має особливого практичного значення, оскільки відсутня чітка нормативна регламентація, що конкретизує порядок реалізації письмової форми підтвердження. За цим протиріччям криється різне ставлення до можливих наслідків медичного втручання для лікарів і пацієнтів. Дійсно, якщо припустити, що письмове оформлення є більш універсальним і, що важливо - юридично правильним варіантом, то використання його при відмові від медичного втручання виправдано - тим самим лікар знімає із себе відповідальність за наслідки відмови. У той же час необов'язковість письмового оформлення згоди на медичне втручання свідчить про відсутність належної уваги законодавця до проблем наслідків медичного втручання для пацієнта. Можна припустити, що в даному випадку мова йде про подвійні стандарти при підході до згоди або відмови від медичного втручання, що є неприпустимим. Така законодавча позиція у практичній діяльності медичного працівника породжує багато колізій і проблем.

У той же час не можна не зазначити, що в ряді законодавчих актів містяться вимоги обов'язкового письмового оформлення згоди на медичне втручання. Так, у Законі України "Про психіатричну допомогу" передбачено положення (ст. 13) щодо госпіталізації особи до психіатричного закладу: "Згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом особи або її законного представника та лікаря-психіатра".

Цікавим є міжнародний досвід вирішення проблем оформлення інформованої згоди на медичне втручання. Доречно привести витяг зі Статуту про госпіталізованого пацієнта (Франція, 1974), де зазначено: "Жодна медична процедура не може бути проведена без згоди пацієнта, за винятком випадків, коли він фізично не здатний її дати. Згода повинна бути добровільною і надаватись на кожну процедуру окремо"¹. Просто і зрозуміло. Без обмежень, умовностей, двоїстих тлумачень і т.д., що неминуче веде до нерозуміння і виникнення проблем.

З позицій медичного права вважаємо більш виправданим і об'єктивним варіант диференційованого відношення до процедури оформлення згоди на майбутнє медичне втручання. Звичайні, рутинні процедури, що характеризуються дуже низькою потенційною здатністю давати ускладнення, можуть проводитися за умови усної згоди пацієнта.

Цікавим є досвід РФ у регламентації цієї проблеми. З точки зору сучасної нормативної бази доцільно звернутись до наказів Міністерства охорони здоров'я РФ про прості, складні та комплексні медичні послуги.

Прості (неподільні) послуги виконуються за формулою пацієнт + фахівець — один елемент профілактики, діагностики або лікування.

Складні - набір простих медичних послуг, які потребують для своєї реалізації певного складу персоналу, комплексного технічного обладнання, спеціальних приміщень і т.д., що виконуються за формулою пацієнт + комплекс простих послуг — етап профілактики, діагностики або лікування.

Комплексні - набір складних і (або) простих медичних послуг, що закінчуються або проведенням профілактичних заходів, або встановленням діагнозу, або закінченням проведення певного етапу лікування за формулою пацієнт + прості + складні медичні послуги - проведення профілактики, встановлення діагнозу або закінчення проведення певного етапу лікування.

Така класифікація медичних послуг, введена наказами МОЗ РФ від 10 квітня 2001 р. № 113 "Про введення в дію галузевого класифікатора "Прості медичні послуги"" і від 16 липня 2001 р. М?268 "Про введення в дію галузевого класифікатора "Складні і комплексні медичні послуги" може бути використана як певний орієнтир при оформленні письмової згоди на медичне втручання. Прості медичні послуги доцільно оформляти усною інформованою згодою, а складні та комплексні - письмовою інформованою згодою пацієнта на запропоноване медичне втручання.

Для того щоб концепція інформованої згоди дійсно стала реальним правовим засобом запобігання юридичних конфліктів, варто також провести організаційні заходи, що сприятимуть утвердженню інформованої згоди. Організаційні проблеми впровадження у практику охорони здоров'я принципу інформованої згоди є вкрай важливими хоча б тому, що від їх розв'язання залежить подальше успішне втілення цього принципу в повсякденну діяльність медичних закладів. Нормативне закріплення якого-небудь механізму не завжди передбачає співпадіння задуму законодавця з реально одержуваними результатами. Саме в такому контексті необхідно розглядати проблеми організаційного характеру в питаннях інформованої згоди на медичне втручання. Основні проблеми організаційно-правового характеру в концепції інформованої згоди такі:

— фактор часу;

— презумпція згоди;

— формуляр вираження інформованої згоди.

Фактор часу важливий тому, що лікареві прийдеться витратити свій час не тільки на питання діагностики, пошуки варіантів лікування захворювання, але і на сам процес інформування і відображення згоди пацієнта в документації. Актуальність цього фактора виявляється у необхідності дотримуватись вже прийнятих стандартів надання медичної допомоги або таких, що розробляються. Крім усього іншого, стандарти передбачають затрати певного часу на лікарський огляд і діагностику патологічного стану. Особливого значення це набуває в амбулаторно-поліклінічній ланці, у випадку проведення діагностичних процедур.

Презумпція згоди на деякі нескладні медичні процедури, що характеризуються низьким ступенем імовірності ускладнень, є необхідною. Це частково пов'язано з фактором часу, а також із профілактикою зайвої формалізації сфери надання медичної допомоги. Доцільно було б на рівні під законного акта Міністерства охорони здоров'я сформулювати вичерпний перелік медичних процедур, виконання яких не вимагає письмової інформованої згоди (що не виключає, безумовно, усної згоди).

У якій формі (яким документом) пацієнт повинен виражати свою згоду на медичне втручання - таке питання також є доречним розглядати в ракурсі організаційних проблем інформованої згоди. Якщо йдеться про нескладні діагностичні процедури, що характеризуються низькою імовірністю ускладнень і несприятливих наслідків, досить, напевно, обмежитися записом у самій історії хвороби з підписом пацієнта. Що стосується складних або комплексних медичних послуг (наприклад, хірургічних операцій), варто нормативно закріпити оформлення інформованої згоди як додатку до медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого.

Нагальним питанням є необхідність спільними зусиллями медиків і юристів розробити типовий додаток до медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого на згоду або відмову від медичного втручання. Також хочеться підкреслити необхідність закріплення належного порядку оформлення згоди і відмови від втручання на законодавчому рівні, на нашу думку, у Медичному кодексі України, що стане надійною гарантією дотримання і поваги до прав і гідності людини. Такий документ повинен позитивно вплинути на відносини між лікарем і пацієнтом, сприяти формуванню взаємної поваги і довіри та взаємовідповідальності за прийняте рішення. Цей документ має містити дані про діагноз, прогноз, методи лікування, можливі ускладнення, варіанти медичного втручання, його обсяг і ризик, а також склад і рівень кваліфікації медичної бригади тощо.

Такий додаток повинен стати одним цілим з історією хвороби, яка має важливе лікувально-діагностичне, науково-практичне, виховне і, звичайно, юридичне значення. Історія хвороби є медичним документом, а будь-який медичний документ - це перш за все юридичний документ, який у певних випадках може бути джерелом доказування по справі у процесі судового розгляду.

Особливе значення цей медичний документ має при розслідуванні справ про професійні порушення медичних працівників, при розгляді у різних інституціях скарг пацієнтів та/або членів їх сімей на невиконання професійних обов'язків медичним працівником чи неналежне надання допомоги хворому, коли виникають підстави думати про неправомірні діяння, а також про несумлінне ставлення до своїх обов'язків. Недбале заповнення історії хвороби, стандартні загальні фрази у щоденнику, за якими важко зробити конкретні висновки про захворювання чи пошкодження, підчистки і виправлення, відсутність запису про згоду хворого на оперативне втручання чи складну діагностичну процедуру, про результати огляду запрошеними консультантами і т.д. вже самі по собі можуть створювати, як вважають вчені, думку про недобросовісне ставлення лікаря до своїх обов'язків, про недостатнє почуття моральної відповідальності при виконанні обов'язків. М. Мудров першим запровадив систему ведення клінічної історії хвороби і розробив детальну схему, що необхідна була для її заповнення. Він виступав за максимальну правдивість і точність історії хвороби: "У ній тільки ті явища слід описувати, котрі у певний час були, а небувалих вигадувати не слід для виправдання свого лікування або для утвердження якогось умовиводу чи системи. Існуючі хвороби слід описувати дбайливо, подібно до живописця, який найменші риси і тіні зображує в обличчі людини...". Як бачимо, історія хвороби має неабияке значення і в медичній, і в юридичній практиці. При розробленні закону, що визначатиме правовий статус медичного працівника, вважаємо за доцільне визначити обов'язок медика щодо належного оформлення медичної документації, у тому числі й історії хвороби, який буде однією з гарантій при реалізації пацієнтом свого права на медичну інформацію, медичну таємницю тощо.

Причому, "мінімальний стандарт" інформації, про яку мова йшла вище, повинен відповідати таким умовам:

- єдиний для даного виду медичного втручання зразок документа;
- друкована форма надання;
- збереження копії документа у пацієнта та у лікувальній установі.

Як зразок пропонується така загальна форма згоди пацієнта (на прикладі хірургічної операції):

Я, _____, знаходячись на
лікуванні в _____, даю згоду на проведення
операції _____.

Мені була надана в зрозумілій для мене формі інформація про моє захворювання, його діагноз і прогноз, методи лікування, можливі ускладнення. Я одержав інформацію про мій стан здоров'я й особливості протікання моєї хвороби. Мені була надана можливість задавати питання, що цікавили

мене з приводу майбутнього оперативного втручання, одержувати на них відповіді в доступній формі.

Я зрозумів мету і характер майбутнього оперативного втручання. У мене немає підстав не довіряти або сумніватись у кваліфікації лікарів, що виконуватимуть операцію.

У разі виникнення непередбачених ситуацій, ускладнень у ході операції я погоджуюсь на застосування тих заходів, що, на думку лікаря, який оперує, доцільні в такому випадку.

Я прочитав текст загального і приватного блоків стандарту інформування, а також текст даної згоди і зрозумів їх.

Дата. Підпис хворого.

Впровадження у повсякденну практику доктрини інформованої згоди - вимога сьогодення. Це дозволить створити реальне підґрунтя, при якому система охорони здоров'я громадян буде функціонувати в умовах дотримання і поваги прав і гідності людини. При цьому знижується потенційна імовірність виникнення юридичного конфлікту між суб'єктами медичних правовідносин.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Дайте визначення медичного втручання та інформованої згоди і назвіть законодавче закріплення даних понять.

Сформулюйте основні організаційно правові принципи інформованої згоди.

Назвіть та охарактеризуйте критерії правомірності згоди пацієнта на медичне втручання.

Що розуміють під інформованою згодою на медичне втручання? Які відомості повинна містити надана лікарем інформація?

Що розуміють під добровільною згодою на медичне втручання? Назвіть основні причини, які впливають на добровільність інформованої згоди.

Охарактеризуйте критерії компетентності в інформованій згоді.

У чому полягають переваги та недоліки усної форми інформування?

У чому полягають переваги та недоліки письмової форми інформованої згоди на медичне втручання?

Назвіть закони, які містять вимоги письмового і усного оформлення інформованої згоди.

Як співвідносяться форми виразу інформованої згоди і поділу медичних послуг на прості, складні та комплексні?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акопов В.И. Медицинское право в вопросах и ответах. - М.: ПРИОР, 2000. - С. 54-60.

Ащев А.В., Ащева Н.Л. Оформление информированного согласия пациента на медицинское вмешательство при лечении травм в ортопедической клинике // Медицинское право и этика. - 2000. - №1. - С. 41-44.

Иванюшкин А.Я. Информированное согласие пациентов и сохранение медицинской тайны // Главная медицинская сестра. - 2000. - №3. - С. 27-35.

Индейкин Е. Н. Формирование информированного согласия больных // Качество медицинской помощи. - 1999. - № 1. - С. 37-39.

Организационные технологии обеспечения прав пациента. Научно-практический комментарий. - М., 2002. - С. 40-44.

Пищита А.Н. Согласие на медицинское вмешательство. Медико-правовой анализ. Юридические стандарты. Практика реализации. - М.: ЦКБ РАН, 2006. - 210 с.

Пищита А.Н., Гончаров Н.Г., Ерофеев С.В. Права пациентов и информированное согласие // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 83-84.

Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализма // Вопросы философии. - 1994. - № 3. - С. 73- 76.

Сальников В.П., Стеценко С.Г. Право и медицина: доктрина информированного согласия // Вестник С.-Петербургского университета МВД России, 2001. - № 1. - С. 13-19.

Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. — М.: Грантъ, 2001. -С. 155-161.

Стеценко С.Г. Защита прав пациента и информированное согласие // Здравоохранение, 2001. № 12. - С. 129-135.

Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 196-212.

Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 91-101.

Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. - М.: ЦКБ РАН, 2004. - 170 с.

Глава 7. ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ

§ 1. Юридичний конфлікт як підстава для захисту прав пацієнтів.

§ 2. Досудовий рівень захисту прав пацієнтів.

§ 3. Судовий рівень захисту прав пацієнтів.

§ 1. Юридичний конфлікт як підстава для захисту прав пацієнтів

Прогрес медичної науки й практики, особливо протягом ХХ ст., обумовив можливість лікування ряду дуже складних захворювань, дозволив людству пізнати й регулювати найтонші біологічні процеси. У той же час, на жаль, далеко не всі досягнення системи охорони здоров'я характеризуються позитивними результатами. Медичні працівники не можуть сьогодні, хоча це й неможливо в принципі, гарантувати обов'язкове видужання, поліпшення якості життя й збільшення його тривалості для хворих людей. Найчастіше такі обставини призводять до непорозуміння й виникнення конфліктів між інтересами пацієнтів і лікарів, що робить ймовірним виникнення надалі юридичних конфліктів. Істотними проблемами в цьому аспекті є несприятливі результати медичного втручання, дефекти надання медичної допомоги.

Юридична конфліктологія, як новий науковий напрям, виникла на стику юриспруденції й загальної конфліктології. Юридичний конфлікт є різновидом соціального конфлікту, в основі якого лежить протилежність поглядів, інтересів, потреб двох або декількох суб'єктів, що призводить до їхнього протистояння. Сучасний соціально-економічний і політичний стан України передбачає велику потенційну можливість виникнення найрізноманітніших конфліктів. Вони охоплюють різні сфери життєдіяльності людей. Нерідко виникають зіткнення думок, сторін, сил, поглядів. У той же час юридичний конфлікт є найбільш цивілізованою формою протистояння, оскільки тут має місце певна процедура протікання конфлікту і його вирішення, як правило, надано правової форми, що санкціонована державою.

У зв'язку з безліччю ситуацій, за яких можуть протиставлятися інтереси різних суб'єктів у сфері охорони здоров'я, вивчення природи юридичних конфліктів у медицині є украй необхідним. Окремий випадок наявності невдоволення пацієнта із приводу результатів його лікування у даній лікувально-профілактичній установі - типовий варіант можливого юридичного конфлікту, сторонами якого будуть виступати пацієнт (його представник) і лікувальна установа. При цьому умовою ініціювання процедури є використання пацієнтом одного із численних варіантів захисту своїх прав як споживача медичних послуг.

Особливістю професійної медичної діяльності є наявність достатньо великої кількості підстав для можливого невдоволення пацієнтів. Навіть найменше відхилення від результатів, які очікує пацієнт, здатне вплинути на виникнення конфліктної ситуації. Коли мова йде про життя й здоров'я, то людська свідомість, емоції перебувають в особливому стані. Справді, помилки можуть траплятися у будь-якій сфері діяльності людини, однак у жодній іншій галузі вони не набувають такого суспільного значення, як у медицині. Охорона здоров'я згідно визначення займається охороною здоров'я людини, і тому будь-які відхилення від нормальних показників, критеріїв правильності лікування і його результатів здобувають вагомий суспільний резонанс. Треба, без сумніву, вважати правильною точку зору В.Н.

Кудрявцева, який стверджував, що теоретичне вивчення юридичного конфлікту призначено для встановлення можливості норми права впливати на зародження, розвиток і вирішення конфлікту; і якщо можна, то використати юридичний інструментарій для пом'якшення, припинення конфлікту або його попередження. Із цієї причини як для медиків, так і для юристів знання передумов, динаміки й шляхів розв'язання подібних конфліктів з юридичним змістом є необхідним.

Перш ніж дати поняття й розглянути види юридичних конфліктів у сфері охорони здоров'я, необхідно показати відмінні ознаки, властиві медичній діяльності при виникненні конфліктних ситуацій. Це пов'язане з тим, що як самій сфері охорони здоров'я властиві деякі характеристики, яких немає в інших сферах життєдіяльності, так, відповідно, і юридичні конфлікти, що виникають у сфері медицини, будуть мати певні відмінності. Як специфічні ознаки, що відрізняють появу юридичних конфліктів у сфері медичної діяльності, важливо зазначити такі:

а) розбіжність цільових настанов у суб'єктів, що надають медичну допомогу, і суб'єктів, що одержують її. При характеристиці об'єктів медичних правовідносин мова вже йде про те, що для медичних працівників як об'єкт правовідносин, які виникають у сфері професійної діяльності, виступає сам процес надання медичної допомоги, у той час як для пацієнтів об'єктом медичних правовідносин є особисті немайнові блага - життя й здоров'я, що є кінцевим результатом медичної допомоги;

б) необхідність втручання третьої сторони (яка не є суб'єктом юридичного конфлікту) для визначення правильності надання медичної допомоги. Як така сторона можуть виступати органи судово-медичної експертизи;

в) фінансово-економічні труднощі вітчизняної системи охорони здоров'я, у результаті яких багато прав пацієнтів найчастіше не можуть бути реалізовані. Наприклад, право пацієнта на одержання високоякісної й дорогої трансплантологічної допомоги далеко не завжди реалізовано, що обумовлює потенційну можливість виникнення юридичного конфлікту між пацієнтом і лікувальною установою (страховою медичною компанією).

Знання основних теоретико-правових особливостей юридичного конфлікту дозволить більш обґрунтовано підходити до пошуку шляхів зменшення випадків виникнення конфліктів у сфері медицини. Під юридичним конфліктом у сфері медичної діяльності слід розуміти відкрите протистояння суб'єктів медичних правовідносин, пов'язане з реалізацією ними інтересів взаємовиключного характеру. Суб'єктами юридичного конфлікту в сфері медичної діяльності можуть виступати фізичні (пацієнт, лікар, що займається приватною практикою) і юридичні особи (лікувальна установа, орган управління охорони здоров'я). За ступенем суспільного значення необхідно виділяти медичні проступки й злочини, а за ступенем вини - винні й невинні діяння.

Класифікацію юридичних конфліктів у сфері медичної діяльності необхідно провести за декількома критеріями. Залежно від предмета правового регулювання юридичні конфлікти можуть бути:

— адміністративно-правові;

— кримінально-правові;

— цивільно-правові й ін.

За тривалістю юридичні конфлікти в сфері медичної діяльності бувають:

— короткочасні;

— довгострокові.

Залежно від теоретичних особливостей юридичного конфлікту й практики надання медичної допомоги розрізняють два види юридичних конфліктів:

— ті, які виникають із правовідносин при наданні медичної допомоги;

— ті, які виникають із правопорушень при наданні медичної допомоги.

Такий поділ обумовлений як методологічною доцільністю, так і розумінням суті юридичного конфлікту¹. У першому випадку проблема виникає із протиставлення прав одного суб'єкта конфлікту й обов'язків іншого суб'єкта. Розглядаючи особливості юридичного конфлікту, що виникає із правопорушень при наданні медичної допомоги, необхідно зазначити, що мова йде про юридичні погрішності в діях медика, переважною причиною яких є порушення норм чинного законодавства. Найбільше суспільне значення мають правопорушення медичних працівників, оскільки мова йде про протиставлення самого покликання медичної професії - допомагати людям. У цьому аспекті важливо розглядати дефектну роботу лікарів, оскільки саме така робота є основним джерелом виникнення конфліктів. Як інший еквівалент запропонованої класифікації юридичні конфлікти в сфері медичної діяльності можуть бути правомірними й неправомірними.

Насправді дуже важко визначити міру відповідальності лікаря за несприятливий результат лікування пацієнта. Проявом цього було впровадження у практику розглядів подібних випадків у хірургії принципу "Post hoc - ergo ter hoc" ("Після цього - значить внаслідок цього"). Іншими словами, у всіх випадках смертельних наслідків, що настали незабаром після операції, остання розглядалася як причина смерті, а лікар, який її проводив, - як безпосередній винуватець того, що трапилось. Основна властивість такого підходу - імперативність, заснована на реакції вражених горем родичів. Їхнє ставлення із загальнолюдських позицій, безумовно, зрозуміле, але в той же час об'єктивним такий підхід назвати не можна.

Загалом, спираючись на запропоновану В.Н. Кудрявцевим схему, необхідно сформулювати найбільш типові стадії розвитку юридичного конфлікту в сфері медичної діяльності. Цими стадіями є: поява мотиву юридичного характеру в пацієнта, невдоволеного якістю наданої йому медичної допомоги; юридично значима дія однієї зі сторін (наприклад, подача пацієнтом позовної заяви в суд); розгляд конфлікту, який виник, відповідною юридичною інстанцією; видання правозастосовного акту, що завершує конфлікт у сфері медичної діяльності.

Одна з важливих обставин, яку необхідно враховувати при аналізі юридичних конфліктів у галузі охорони здоров'я, - різне праворозуміння суб'єктами конфлікту, що призводить до різних суджень, висновків та дій. Наприклад, незадоволений проведеним лікуванням пацієнт стаціонару під час чергового обходу висловив своє побажання завідувачеві відділення про проведення консилиуму фахівців щодо його стану здоров'я й ефективності лікування. Однак завідувач заявив, що повністю підтримує свого колегу-підлеглого (лікуючого лікаря зазначеного хворого) і не вважає за необхідне організувати запрошення консилиуму інших медиків. Посилання хворого на положення нормативно-правової бази охорони здоров'я (ст. 287 Цивільного кодексу України передбачає право пацієнта на допуск до нього інших медичних працівників) були завідувачем відкинуті через відсутність, на його думку, статті закону, де був би визначений обов'язок медичного працівника організувати проведення консилиуму. Хворому у зв'язку з його незгодою з методами лікування було запропоновано від нього офіційно відмовитися (письмово, як того вимагає норма Основ законодавства України про охорону здоров'я). Як бачимо, це варіант назріваючого юридичного конфлікту через різне праворозуміння останнього з боку пацієнта й представника лікувальної установи. Завідувач відділення, неправильно усвідомлюючи кореспондуючий обов'язок медиків з реалізації прав пацієнтів, сприяв виникненню відкритого протистояння з пацієнтом стаціонару.

Реалії сьогодення приводять до багатогранних проявів юридичних конфліктів у медицині. Це обумовлено найчастіше полярним відношенням суб'єктів конфлікту до норм і правил поведінки в суспільстві, різним розумінням ролі і значення правових механізмів регулювання типових ситуацій у сфері медичної діяльності. В останнє десятиліття особливу актуальність набули питання, пов'язані з порушеннями інформування пацієнтів, що слугує передумовою виникнення конфліктних ситуацій. З огляду на значення юридичних конфліктів, що виникають через несприятливий результат у медицині,

необхідно створити алгоритм якісного проведення кваліфікації такого результату. Для цього потрібна погоджена робота представників правової й медичної науки й практики.

На сьогодні можна говорити про великий ступінь взаємозумовленості між юридичними конфліктами в сфері медичної діяльності й захистом прав пацієнтів. Конфлікти породжують ініціювання системи захисту прав пацієнта, у той же час необхідність захисту прав пацієнта найчастіше виникає на ґрунті юридичних конфліктів. З позицій співвідношення з юридичною конфліктологією необхідно розглядати права пацієнтів у галузі охорони здоров'я в групі особистих немайнових прав особи, які забезпечують її фізичне й психічне благополуччя.

Важливе значення при вивченні юридичних конфліктів у сфері медичної діяльності має поняття правового статусу пацієнта. Правовий статус пацієнта — це сукупність закріплених у законодавстві про охорону здоров'я прав й обов'язків пацієнта. Відповідно до загальноприйнятого поділу правового статусу (загальний, спеціальний та індивідуальний) правовий статус пацієнта належить до спеціального статусу, оскільки відображає особливості становища окремих категорій громадян (що звернулися за медичною допомогою). Практика вирішення спірних конфліктних ситуацій у сфері медичної діяльності показує, що, незважаючи на очевидну вагу знання основних прав й обов'язків сторін при наданні медичної допомоги, питання правового статусу пацієнта ще не отримали належного розвитку як у теорії, так і на практиці. Частково це пов'язано з менталітетом українського пацієнта, що звик покладатися на професіоналізм лікаря при одержанні медичної допомоги, однак, частина проблем пов'язана й з низьким рівнем правосвідомості й правової культури як усього населення, так і суб'єктів медичних правовідносин.

Надання медичної допомоги й медична послуга - це процеси, які характеризуються відсутністю заздалегідь прогнозованого результату, тобто мова йде про надання самої послуги, здійснення певних заходів, спрямованих на лікування людини. Оскільки права й законні інтереси пацієнтів можуть постраждати як у випадках невідповідності результату лікування очікуванням пацієнта, так і при дефектах надання медичної допомоги, важливо вказати методи й способи захисту порушених прав громадян, що одержували медичну допомогу.

Нормативно-правову базу системи захисту прав пацієнтів становлять:

- Конституція України;
- Цивільний кодекс України;
- Кримінальний кодекс України;
- Основи законодавства України про охорону здоров'я;
- Закон України "Про захист прав споживачів".

Положення цих юридичних документів, що стосуються захисту прав пацієнтів, будуть наведені й проаналізовані у процесі викладу способів захисту прав пацієнтів. Тут же, у ракурсі загальних питань, необхідно зазначити, що у відповідності зі ст. 3 Конституції України права й свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави. Відповідно до ст. 55 Основного Закону права і свободи людини і громадянина захищаються судом. Рішення й дії (або бездіяльність) органів державної влади, органів місцевого самоврядування, службових і посадових осіб можуть бути оскаржені в суді. Після використання всіх національних засобів правового захисту людина має право звертатись за захистом своїх прав і свобод до відповідних міжнародних судових установ чи до відповідних органів міжнародних організацій, членом або учасником яких є Україна. Конституційно гарантовано право будь-якими не забороненими законом засобами захищати свої права і свободи від порушень і протиправних посягань.

Захист прав пацієнта може здійснюватися в неюрисдикційній (самозахист своїх прав і законних інтересів) і юрисдикційній (у спеціальному, адміністративному порядку або, за загальним правилом, у судовому порядку) формах. Найважливішого значення у сучасному українському суспільстві набувають питання цивільно-правового захисту прав пацієнтів. Разом з тим аспекти адміністративного, кримінального судочинства будуть деякою мірою розглянуті щодо питань юридичної відповідальності медичних працівників. Враховуючи норму Основного Закону держави про те, що кожний вправі захищати свої права й свободи всіма засобами, не забороненими законом, з погляду доцільності викладу основних способів захисту прав пацієнтів їх можна поділити на досудові й судові.

Важливе у практичному аспекті питання - співвідношення понять "споживач" й "пацієнт", оскільки певна частина норма- тивно-правової бази захисту прав пацієнта пов'язана з терміном "споживач". На сьогодні є всі підстави думати, що в сфері медичної діяльності, при наданні медичних послуг у рамках договорів (платні медичні послуги, добровільне медичне страхування) пацієнт є споживачем, а медична організація (лікар) - виконавцем послуги. Іншими словами, законодавство про захист прав споживачів у значній мірі регулює питання захисту прав пацієнтів.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди та право на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів й органів охорони здоров'я. Судовий захист права на охорону здоров'я в Україні гарантується і здійснюється у встановленому законодавством порядку.

Законодавець в одному блоці вказав найрізноманітніші варіанти звернення пацієнтів у випадку порушення їхніх прав. Принципово, орієнтуючись на раніше висловлені пропозиції про способи захисту, можна виділити два рівні захисту прав пацієнтів:

— досудовий;

— судовий.

Кожний з них має свої відмінні риси, однак, тут необхідно зазначити, що це можуть бути як стадії того самого процесу, так і незалежні один від одного заходи. Пацієнт сам вправі визначати, яким способом і за допомогою якого рівня захищати свої права, порушені, на його думку, при наданні медичної допомоги. Це може бути досудовий, а потім судовий, або одразу ж, за рахунок складання й подання позовної заяви, - судовий рівень захисту своїх прав. Іншими словами, обмежень у праві вибору способів захисту прав пацієнта немає.

§ 2. Досудовий рівень захисту прав пацієнтів

З позицій навчальної дисципліни медичного права почати виклад способів захисту прав пацієнтів необхідно з функціонально більш простого й доступного рівня - досудового. Розглядаючи й характеризуючи досудовий рівень захисту прав пацієнтів, зазначимо, що він кращий з багатьох причин як для самого пацієнта, так і для представників лікувальної установи, у якому хворому надавалась медична допомога. Визначальною ознакою досудового рівня розгляду спору щодо захисту прав пацієнтів є добровільний характер вирішення конфлікту, а саме - добровільне визнання винною стороною допущених нею порушень і відшкодування заподіяної пацієнтові шкоди. Перевага саме такого способу вирішення спірних ситуацій у медицині пояснюється такими причинами:

— не вимагає наявності особливих умов, спеціальних пізнань й інших другорядних обставин;

— сприяє швидкому досягненню результату;

— немає необхідності складання позовної заяви з викладом обставин конфлікту й своїх вимог;

— немає необхідності самостійно або через представника відстоювати свої інтереси в суді.

Це загальні характеристики, властиві практично всім досудовим формам розв'язання конфліктних ситуацій між пацієнтом і лікувальною установою. У той же час для того, щоб з'ясувати позитивні й негативні риси, важливо з'ясувати, які ж конкретні способи є в пацієнта для захисту своїх прав. З позицій сучасного рівня розвитку медичного права основними варіантами досудового рівня захисту прав пацієнтів є:

1. Звернення до керівника лікувальної установи (усне й письмове).
2. Звернення до органу управління охорони здоров'я.
3. Допомога незалежних громадських організацій і професійних асоціацій.
4. Звернення до ліцензійно-акредитаційної комісії.
5. Скарга в органи прокуратури.

Найчастіше використовується такий досудовий спосіб розв'язання конфліктних ситуацій при наданні медичної допомоги як звертання до керівника лікувальної установи, де пацієнтові була надана медична допомога. З огляду на особливості функціонування установ системи охорони здоров'я цього буває цілком достатньо для відновлення справедливості. За рахунок адміністративних методів впливу на персонал установи, не бажаючи "виносити сміття з хати", керівники лікувальних установ найчастіше намагаються залагодити конфлікт на місці. Найпоширеніший спосіб реалізації такого варіанта - повторне надання медичної допомоги тим самим або іншим фахівцем.

Звернення до органу управління охорони здоров'я - досить ефективний варіант досудового рівня захисту прав пацієнтів. Незважаючи на тенденції роздержавлення медичної діяльності, вертикаль управління в сфері охорони здоров'я в загальному збережена. Структура органів державної й муніципальної систем охорони здоров'я передбачає підпорядкування лікувально-профілактичних установ органу управління охорони здоров'я (міста, області). У зв'язку з цим не можна не сказати про можливість звернення із метою захисту прав пацієнта до подібних структур. Своєрідна модель "медичної вертикалі влади" була досить ефективна в радянський час і не втратила свого значення і сьогодні. З позицій методології медичного права важливим фактором є письмовий характер звернення пацієнта в орган управління охорони здоров'я. Він більш ефективний і свідчить про офіційне звернення громадянина до певної посадової особи. В іншому випадку усні звернення пацієнтів нерідко залишаються без належної уваги й забирають у пацієнтів багато часу й сил. Так само й з позицій керівника органу управління охорони здоров'я - доцільніше розбирати питання, що не "на слуху", а містять конкретні факти, викладені в зверненні (скарзі, заяві тощо). Як приклад конкретних механізмів захисту прав пацієнтів у діяльності органів управління охорони здоров'я можна привести прийняття і розгляд скарг, консультування й правопросвітництво пацієнтів, виступ керівників системи охорони здоров'я в ЗМІ й ін.¹ Але важливо звернути увагу саме на об'єктивність, дієвість такого способу захисту. Враховуючи те, що членами комісії, яка проводить розслідування, є медики, у тому числі до складу можуть входити і співробітники (головний лікар, начмед, завідувач профілюючої кафедри та інші), то питання про об'єктивність вирішення справи породжує певні і, на жаль, обґрунтовані сумніви. Звичайно, роль комісії дуже складна, оскільки, з одного боку, медики виявлятимуть професійну солідарність, захищатимуть "честь мундира", а з іншого - повинні бути "справедливими суддями" у власній справі, оцінюючи професійні здібності та морально-етичні якості колег. Тому, гадаємо, було б доречно та своєчасно створити неупереджений і незалежний орган для вирішення конфліктів, що виникають при наданні медичної допомоги між суб'єктами медичних правовідносин.

На нашу думку, таким органом міг би бути етико-правовий комітет (етико-правоварада). При МОЗ України діяв би Етико-правовий комітет (Етико-правова рада), а при обласних управліннях охорони здоров'я створювались і функціонували місцеві етико-правові комітети (етико-правові ради). Незалежність, неупередженість, об'єктивність діяльності комітету (ради) гарантувалась би висококваліфікованими професіоналами, як науковцями, так і практиками сфери охорони здоров'я, юриспруденції, соціологами, психологами, представниками духовенства тощо. Такі органи мають

діяти на підставі Положення про них, що могло б називатись Положення про Етико-правовий комітет (раду) при МОЗ України та його органи на місцях, яке б затверджувалось Постановою Кабінету Міністрів України (розробляти Положення повинно МОЗ України, але для більшої прозорості, об'єктивності, ефективності та незалежності діяльності комітетів воно повинно затверджуватись вищим органом виконавчої влади - Кабінетом Міністрів України).

Комісії чи комітети, які мають певні схожі риси із запропонованим, створені і за кордоном, зокрема у Російській Федерації, у Франції. Вважаємо, що зважаючи на необхідність таких комітетів, питання про їх створення - це проблема найближчого майбутнього, що повинна, звичайно, вирішитись на їх користь, з належною правовою базою, для ефективної та результативної діяльності.

Незалежні громадські організації й професійні медичні асоціації здатні забезпечити реалізацію права пацієнта на захист. Досягається це за рахунок того, що ці структури не входять до складу державної або муніципальної систем охорони здоров'я, внаслідок чого вони незалежні у своїх діях від медичних організацій. Законодавчою базою діяльності громадських організацій щодо захисту прав пацієнтів є положення ст. 20 Закону України "Про об'єднання громадян" від 16 червня 1992р., де зазначено, що вони мають право представляти і захищати свої законні інтереси та законні інтереси своїх членів (учасників) у державних та громадських органах. Крім того, відповідно ст. 25 Закону України "Про захист прав споживачів" об'єднання споживачів має право представляти і захищати інтереси споживачів в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування, надавати юридичну і консультаційну допомогу споживачам, захищати у суді права споживачів, які не є членами громадських організацій споживачів (об'єднань споживачів), інформувати громадськість про права споживачів тощо.

Відповідно до ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадяни мають право об'єднуватись у громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я, брати участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесенні пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я. Стаття 24 Основ передбачає участь громадськості в охороні здоров'я. Зокрема, закріплено обов'язок органів та закладів охорони здоров'я сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охорони здоров'я і проведенні громадської експертизи з цих питань.

При органах та закладах охорони здоров'я встановлено можливість створювати громадські консультативні або наглядові ради, які сприятимуть їх діяльності та забезпечуватимуть інформованість населення і громадський контроль у галузі охорони здоров'я. Окрім цього, зазначено, що для визначення змісту та шляхів виконання державних цільових та місцевих програм охорони здоров'я, здійснення відповідних конкретних заходів, вирішення кадрових, наукових та інших проблем організації державної діяльності в цій галузі можуть брати участь фахові громадські організації працівників охорони здоров'я та інші об'єднання громадян, в тому числі міжнародні. Серед професійних прав медичних працівників у ст. 77 Основ закріплено право на створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій.

Виходячи із представлених напрямів діяльності, такого виду асоціації можуть впливати на стан справ у сфері захисту прав пацієнтів. Потрібно знати про можливості виключення лікувальної установи або лікаря із членів професійної асоціації. У правозахисних організаціях, до того ж, пацієнт має право одержати кваліфіковану консультацію юриста з медичних питань щодо методів досягнення позитивного результату щодо захисту своїх порушених прав. На сьогодні в Україні діють суспільні об'єднання, одним з істотних напрямів діяльності яких є захист прав пацієнтів. Як приклад можна навести Всеукраїнську раду по захисту прав і безпеки пацієнтів, Українську медико-правову асоціацію, Спілку громадських організацій Всеукраїнська асоціація захисту прав пацієнтів "Здоров'я нації", ЛОБФ "Медицина і право" тощо.

Ліцензійно-акредитаційні комісії (ЛАК) як один з досудових засобів захисту права людини, незадоволеної якістю наданого їй лікування, важливі у зв'язку з тим, що лікувальні установи для здійснення тієї або іншої медичної діяльності повинні бути акредитовані й мати ліцензії на обраний вид діяльності. Так, відповідно до Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я,

затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997р., акредитація - це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям та гарантіям високої якості професійної діяльності. Акредитації підлягають всі медичні заклади незалежно від форм власності. Відповідно до ст. 2 Закону України "Про ліцензування певних видів господарської діяльності" від 1 червня 2000 р. визначено, що ліцензуванню підлягають всі суб'єкти господарювання, які мають намір здійснювати медичну практику. Здійснення медичної практики без отримання ліцензії забороняється; особи, які здійснюють медичну практику без ліцензії, притягуються до адміністративної, кримінальної відповідальності. За результатами розгляду заяви про видачу ліцензії Ліцензійна комісія МОЗ України приймає одне з трьох рішень, а саме:

Видачу ліцензії на здійснення медичної практики.

Залишення заяви без розгляду, якщо:

— заява подана (підписана) особою, яка не має на це повноважень;

— документи оформлені з порушенням встановлених вимог.

Про відмову у видачі ліцензії на здійснення медичної практики, якщо є:

— недостовірність даних у документах, поданих заявником, для отримання ліцензії;

— невідповідність заявника згідно з поданими документами ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики.

У разі порушення ліцензійних умов ліцензія суб'єкта господарювання може бути анульована, зокрема за таких підстав:

— акт про невиконання розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов;

— неможливість ліцензіата забезпечити виконання ліцензійних умов, встановлених для певного виду господарської діяльності та інші.

Відповідно до ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я Кабінет Міністрів України та уповноважені ним органи, а також в межах своїх повноважень органи місцевого самоврядування мають право припинити діяльність будь-якого закладу охорони здоров'я у разі порушення ним законодавства про охорону здоров'я, невиконання державних вимог щодо якості медичної допомоги та іншої діяльності в галузі охорони здоров'я або вчинення дій, що суперечать його статуту.

У разі, якщо буде доведено факт порушення у лікувально-діагностичному процесі, незважаючи на незначну вітчизняну практику, ймовірність позбавлення ЛПУ ліцензії досить висока, що, відповідно, означає необхідність задоволення вимог пацієнта. Такий спосіб розв'язання юридичного конфлікту, в основі якого лежать питання забезпечення прав пацієнтів, досить реалістичний, оскільки лікувальний заклад, що втратив ліцензію, не лише не має можливості працювати по визначеним медичним напрямкам, але й отримує багато інших, пов'язаних з ліцензуванням й акредитацією, проблем.

Система органів прокуратури

Роль прокуратури у захисті прав пацієнтів можна визначити внаслідок аналізу Закону України "Про прокуратуру" від 5 листопада 1991 р. У ст. 6 серед принципів визначено захист у межах своєї компетенції прав і свобод громадян на засадах їх рівності перед законом, незалежно від національного чи соціального походження, мови, освіти, ставлення до релігії, політичних переконань, службового чи майнового стану та інших ознак. Окрім цього, прокуратура зобов'язана вживати заходів щодо усунення порушень закону, від кого б вони не виходили, поновлення порушених прав і притягнення у встановленому законом порядку до відповідальності осіб, які допустили ці порушення. Ключовою є стаття, що безпосередньо пов'язана із розглядом звернень громадян. У ст. 12 ("Розгляд заяв і скарг") закріплено, що прокурор розглядає заяви і скарги про порушення прав громадян та юридичних осіб, крім скарг, розгляд яких віднесено до компетенції суду. Прокурор здійснює нагляд за додержанням вимог законодавства щодо порядку розгляду скарг всіма органами,

підприємствами, установами, організаціями та посадовими особами. Прокурор проводить особистий прийом громадян, а прийняте прокурором рішення може бути оскаржено вищестоящому прокурору або до суду. Після прийняття рішення по скарзі Генеральним прокурором України провадження по таких скаргах в органах прокуратури припиняється. Згідно ст. 19 аналізованого Закону органи прокуратури здійснюють нагляд за додержанням законів про недоторканність особи, соціально-економічні, політичні, особисті права і свободи громадян, захист їх честі й гідності, якщо законом не передбачений інший порядок захисту цих прав.

Таким чином, слід зазначити можливість застосування декількох способів захисту прав пацієнта на досудовому рівні. Який з них застосовується найчастіше - це питання дискусійне, однак, як бачимо, починати необхідно зі звертання до представників тієї установи, у якій пацієнт одержував медичну допомогу. Незважаючи на ряд позитивних сторін, досудовий рівень захисту прав пацієнтів не позбавлений певних недоліків. До основних із них належать:

Переважання відомчих інтересів у сфері медичної діяльності.

Відсутність практики й досвіду роботи в медико-правовому відношенні значної кількості громадських правозахисних об'єднань і професійних асоціацій.

Нерозвиненість системи незалежної експертизи якості медичної допомоги.

Менталітет більшості пацієнтів, що виявляється в небажанні користуватися іншими (а не тільки звертанням до керівника ЛПУ) способами досудового захисту своїх прав.

Низький рівень правової культури й правосвідомості в частині керівників ЛПУ й органів управління охорони здоров'я.

У випадку неефективності досудового способу захисту прав пацієнтів передбачена можливість використання варіанта судового способу. Як було зазначено раніше, вказані рівні не обов'язково йдуть один за одним. Пацієнт вправі почати шукати захисту своїх прав шляхом звернення до судових органів.

§ 3. Судовий спосіб захисту прав пацієнтів

Судовий захист прав пацієнта є варіантом відновлення порушених прав і законних інтересів за допомогою звернення до судових органів. Суд є органом державної влади, що наділений владними повноваженнями. Судова система - це найбільш адекватний і дієвий засіб захисту прав пацієнта при незадоволенні якістю надання медичної допомоги.

Основними способами судового захисту прав пацієнтів є:

а) звернення пацієнта із адміністративним позовом на неправомірні дії органів влади, їх посадових і службових осіб;

б) звернення пацієнта із позовною заявою у порядку цивільного судочинства.

Відповідно до ст.ст. 55, 56 Конституції України кожному гарантується право на оскарження в суді рішень, дій чи бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб. Окрім цього, конституційною гарантією є і право на відшкодування матеріальної і моральної шкоди, завданої незаконними рішеннями, діями чи бездіяльністю органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб при здійсненні ними своїх повноважень.

Це право деталізовано у нормі ст. 140 Кодексу адміністративного судочинства України. Особа, яка вважає, що порушено її права, свободи чи законні інтереси у сфері публічно-правових відносин, має право звернутись з адміністративним позовом до суду.

При вирішенні справи по суті суд може задовольнити адміністративний позов повністю або частково чи відмовити в його задоволенні повністю чи частково.

За результатами розгляду адміністративного позову суд може прийняти постанову про (ст. 162):

визнання протиправним рішення суб'єкта владних повноважень чи окремих його положень, дій чи бездіяльності, а також скасування або визнання нечинним рішення чи окремих його положень; про поворот виконання цього рішення чи окремих його положень із зазначенням способу його здійснення;

зобов'язання відповідача вчинити певні дії;

зобов'язання відповідача утриматися від вчинення певних дій;

стягнення з відповідача коштів;

тимчасову заборону (зупинення) окремих видів або всієї діяльності об'єднання громадян;

примусовий розпуск (ліквідацію) об'єднання громадян;

примусове видворення іноземця чи особи без громадянства за межі України;

визнання наявності чи відсутності компетенції (повноважень) суб'єкта владних повноважень.

Суд може прийняти іншу постанову, яка б гарантувала дотримання і захист прав, свобод, інтересів людини і громадянина, інших суб'єктів у сфері публічно-правових відносин від порушень з боку суб'єктів владних повноважень.

У той же час позовна заява в суд є вимогою пацієнта про відновлення порушених при наданні медичної допомоги прав, відшкодування моральної і матеріальної шкоди, спричиненої неналежним наданням медичної допомоги. Порядок подачі позовної заяви регулюється положеннями Цивільного процесуального кодексу України.

До основних принципів подачі позовної заяви при захисті прав пацієнта належать:

— пред'явлення позову до закладу, де були порушені права, свободи або законні інтереси пацієнта, а не до певного медичного працівника, винного (на думку пацієнта) у вчиненні таких дій;

— позов може подати як сам пацієнт, так і його законний представник;

— необхідно зібрати докази порушення прав пацієнта в цій установі;

— вимоги до ЛПП (лікаря приватної практики) повинні бути обґрунтованими, тобто мати посилання на конкретні порушені права пацієнта, які закріплені в нормативно-правових актах.

З позицій медичного права необхідно знати й правильно застосовувати правила подачі позовної заяви в суд при захисті прав пацієнтів. Гадаємо, що саме незнання основних правил подання позовних заяв нерідко стає перешкодою для звернення до суду пацієнтів, не задоволених якістю лікування.

Позовна заява, яка подається пацієнтами при порушенні прав і законних інтересів при наданні медичної допомоги в суд у письмовій формі, повинна містити:

найменування суду, до якого подається заява;

ім'я (найменування) позивача і відповідача, а також ім'я представника позивача, якщо позовна заява подається представником, їх місце проживання або місцезнаходження, поштовий індекс, номер засобів зв'язку, якщо такий відомий;

зміст позовних вимог;

ціну позову щодо вимог майнового характеру;

виклад обставин, якими позивач обґрунтовує свої вимоги;

зазначення доказів, що підтверджують кожну обставину, наявність підстав для звільнення від доказування;

перелік документів, що додаються до заяви.

Позовна заява підписується позивачем або його представником із зазначенням дати її подання.

До позовної заяви додаються документи, що підтверджують сплату судового збору та оплату витрат на інформаційно-технічне забезпечення розгляду справи. У разі пред'явлення позову особами, які діють на захист прав, свобод та інтересів іншої особи, в заяві повинні бути зазначені підстави такого

звернення. Якщо позовна заява подається представником позивача, до позовної заяви додається довіреність чи інший документ, що підтверджує його повноваження. Позовна заява, подана після забезпечення доказів або позову, повинна містити, крім зазначеного у частині другій цієї статті, відомості про забезпечення доказів або позову.

Позивач повинен додати до позовної заяви її копії та копії всіх документів, що додаються до неї, відповідно до кількості відповідачів і третіх осіб. Правила щодо подання копій документів не поширюються на позови, що виникають з трудових правовідносин, а також про відшкодування шкоди, завданої внаслідок злочину чи каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю фізичної особи, незаконними рішеннями, діями чи бездіяльністю органів дізнання, досудового слідства, прокуратури або суду (ст.ст. 119, 120 ЦПК України).

Суддя відкриває провадження у цивільній справі не інакше як на підставі заяви, поданої та оформленої в порядку, встановленому ЦПК України. Питання про відкриття провадження у справі або про відмову у відкритті провадження у справі суддя вирішує не пізніше десяти днів з дня надходження заяви до суду або закінчення строку, встановленого для усунення недоліків. Про відкриття провадження у справі чи відмову у відкритті провадження у справі суддя постановляє ухвалу.

Відповідно до ст. 29 ЦПК України здатність особисто здійснювати цивільні процесуальні права та виконувати свої обов'язки в суді (цивільна процесуальна дієздатність) мають фізичні особи, які досягли повноліття, а також юридичні особи.

Неповнолітні особи віком від чотирнадцяти до вісімнадцяти років, а також особи, цивільна дієздатність яких обмежена, можуть особисто здійснювати цивільні процесуальні права та виконувати свої обов'язки в суді у справах, що виникають з відносин, у яких вони особисто беруть участь, якщо інше не встановлено законом. Наприклад, згоду на медичне втручання стосовно осіб, що не досягли 15-річного віку, дають їхні законні представники, по досягненні цього віку - самі неповнолітні (ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Суд може залучити до участі в таких справах законного представника неповнолітньої особи або особи, цивільна дієздатність якої обмежена.

Важливим фактом у справі судового способу захисту прав пацієнтів є збір і подання доказів. Доказами у справі, пов'язаній із наданням медичної допомоги, є будь-які фактичні дані, на підставі яких суд встановлює наявність або відсутність обставин, що обґрунтовують вимоги і заперечення сторін, та інших обставин, які мають значення для вирішення справи. Суд не бере до уваги докази, які одержані з порушенням порядку, встановленого законом. Кожна сторона (і пацієнт, і лікувальна установа) зобов'язана довести ті обставини, на які вона посилається як на підставу своїх вимог і заперечень. Доказуванню підлягають обставини, які мають значення для ухвалення рішення у справі і щодо яких у сторін та інших осіб, які беруть участь у справі, виникає спір. Доказування не може ґрунтуватися на припущеннях (ст.ст. 57-60 ЦПК України).

Суд оцінює докази за своїм внутрішнім переконанням, що ґрунтується на всебічному, повному, об'єктивному та безпосередньому дослідженні наявних у справі доказів. Жоден доказ не має для суду наперед встановленого значення. Суд оцінює належність, допустимість, достовірність кожного доказу окремо, а також достатність і взаємний зв'язок доказів у їх сукупності. Результати оцінки доказів суд відображає в рішенні, в якому наводяться мотиви їх прийняття чи відмови у прийнятті (ст. 212 ЦПК України). Важливість останнього визначається досить частим дослідженням медичної документації в ході судових розглядів. Саме з медичних документів є можливість одержати відомості, що відображають процес лікування пацієнта, порядок призначення тих або інших процедур, ліків, стан здоров'я й скарги пацієнта на різних етапах лікування.

У випадках, коли в процесі розгляду справ виникають питання, що вимагають спеціальних знань у галузі медицини, суд вправі призначити експертизу. Проведення експертизи може бути доручено судово-експертній установі, конкретному експертові або декільком експертам. Як представники пацієнта, так і представники ЛПУ мають право:

- просити суд призначити проведення експертизи в певній судово-експертній установі або доручити її певному експерту;
- заявляти відвід експертові;
- формулювати питання для експерта;
- давати пояснення експерту;
- знайомитись з ухвалою суду про призначення експертизи та з питаннями, що сформульовані в ній;
- знайомитись з висновком експерта;
- просити призначити повторну, додаткову, комісійну або комплексну експертизу.

Якщо встановлення обставин у справі вимагає одночасного проведення досліджень із використанням різних галузей знання або з використанням різних наукових напрямів у межах однієї галузі знань, призначається комплексна експертиза, проведення якої доручається не менш як двом експертам. Якщо за результатами проведених досліджень думки експертів збігаються, вони підписують єдиний висновок. Експерт, не згодний з висновком іншого експерта (експертів), дає окремий висновок з усіх питань або з питань, які викликали розбіжності. Коли ж для встановлення обставин справи необхідне залучення двох або більше експертів в одній галузі знань, призначається комісійна експертиза.

Важливою обставиною є те, що позивачі - по позовах про відшкодування шкоди, заподіяного каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю годувальника - звільняються від сплати державного мита (п. 3 ст. 22 чинного Закону України "Про захист прав споживачів", п. 4 ст. 4 чинного Декрету Кабінету Міністрів України "Про державне мито"). А також не підлягають оплаті при зверненні до суду і покладаються на сторони після розгляду справи судом витрати на інформаційно-технічне забезпечення у справах про відшкодування шкоди, завданої каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю фізичної особи (п. 3 ч. 3 ст. 81 Цивільного процесуального кодексу України). Судовий захист за допомогою подачі позовної заяви в умовах нинішнього функціонування вітчизняних судів, при недостатньому фінансуванні, завантаженості й інших труднощах свідчить про часом досить тривалий тимчасовий проміжок між подачею позовної заяви й винесенням рішення.

Загалом на сьогодні в Україні створені умови для реалізації пацієнтами як права на медичну допомогу, так і права на оскарження дій медичних працівників при виникненні юридичного конфлікту, пов'язаного з наданням медичної допомоги. Кожний зі способів досудового захисту прав і звернення до суду мають свої переваги й недоліки, однак варто підкреслити, що при виникненні юридичних конфліктів у сфері медичної діяльності в українського пацієнта сьогодні є досить широкий вибір цивілізованих способів і засобів відновлення порушених прав при наданні медичної допомоги.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Дайте визначення та назвіть специфічні ознаки, що відрізняють появу юридичних конфліктів у сфері медичної діяльності.

Наведіть класифікацію й назвіть найбільш типові стадії, розвитку юридичного конфлікту в сфері медичної діяльності.

Які документи становлять нормативно-правову базу системи захисту прав пацієнтів?

Назвіть і коротко охарактеризуйте основні варіанти досудового рівня захисту прав пацієнтів.

Проаналізуйте роль і значення незалежних громадських організацій і професійних медичних асоціацій у структурі захисту прав пацієнтів.

Визначите роль і значення ліцензійно-акредитайційних комісій (ЛАК) та органів прокуратури в справі захисту прав пацієнтів.

Назвіть основні недоліки досудового рівня захисту прав пацієнтів.

Охарактеризуйте адміністративний позов як засіб судового захисту прав пацієнта.

Що можна віднести до основних принципів подання позовної заяви при захисті прав пацієнта? Назвіть вимоги до оформлення позовної заяви.

Дайте загальну характеристику судового способу захисту прав пацієнтів.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Абоймов В.В., Азаров А.В., Тэгай Н.Д., Турицын В.И. Обеспечение и защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. -М.: Федеральный фонд ОМС, 2001. - 112 с.

Азаров А.В. Обеспечение и защита прав граждан при оказании медицинской помощи. - М.: ГЗОТАР-Медиа, 2007. - 192 с.

Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г./ Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - 344 с.

Жиляева Е.П., Жилинская Е.В. и др. Аналитический обзор по защите прав пациентов в промышленно развитых странах. — М., 1997.-112 с.

Каркавина Д.Ю. Настольная книга пациента, или Как защитить свои права при обращении за медицинской помощью / Д.Ю. Каркавина. - Ростов н/Д.: Феникс, 2007. - 352 с.

Козьминьих Е.В. Крушение иллюзий внесудебной защиты прав пациентов // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 40-42.

Козьминьих Е.В. Права пациентов и их защита. - Пермь, 2001.-74 с.

Курноскина О.Г. Защита прав при обращении за медицинской помощью: экспресс-справ. - М.: Вершина, 2006. - 184 с.

Медичне право України: проблеми становлення і розвитку: [Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції Львів, 19-20 квітня 2007 р.] / Упоряд. к. ю. н. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. - Львів: Медицина і право, 2007.

Обеспечение и защита прав пациентов в Российской Федерации (обзор теории и практики) / Под ред. акад. РАМН О.П. Щепина. -М.: НИИСГЗИУЗим. Н.А. Семашко, 1999. - 51 с.

Пищита А.Н. Защита прав пациентов в России: досудебные способы // Государство и право. - 2006. - № 5. - С. 91-97.

Права человека в России и правозащитная деятельность государства. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, 12 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. В.Н. Лопатина. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. - 400 с.

Право в медицине. - М.: Книга-сервис. - 2002. - 352 с.

Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. - Львів: Вища школа, 1982. - 195 с.

Сенюта І. Адміністративно-правовий захист прав пацієнтів в Україні // Адміністративне право і процес: шляхи вдосконалення законодавства і практики: 36. матер. наук.-практ. конф. (м. Київ, 22 грудня 2006 р.) / Ред.кол.: О.М. Джужа, В.М. Дзюба, С.Г. Стеценко та ін. - К.: Київський нац. ун-т внутр. справ, 2006. - С. 225- 229.

Сенюта І. Медичне право: право людини на охорону здоров'я. Монографія. - Львів: Астролябія, 2007. - 224 с.

Сенюта І. Медіація в охороні здоров'я: до постановки проблеми // Профілактика бездоглядності, жебрацтва та злочинності серед дітей. Нові підходи та перспективи. [Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції м. Львів, 4 лист. 2004 р.]. - Львів, 2004. - С. 57-60.

Старченко А.А. Руководство по защите прав пациентов. СПб.: Диалог, 2002. - 240 с.

Стеценко С.Г. Защита прав пациентов и информированное согласие // Здравоохранение. - 2001. - № 12. С. 129-135.

Стеценко С.Г. Правовые аспекты здравоохранения: общетеоретические проблемы защиты прав пациентов // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения. Материалы VI научно-практической конференции 24- 25 апреля 2001 г. - М., 2001. - С. 211-214.

Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 196-204.

Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 215-242.

Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников. - СПб., 2001. 288 с.

Черкесов Г.Н. О досудебном разрешении споров и конфликтов в связи с ненадлежащим качеством медицинской помощи // Бюллетень Санкт-Петербургского института медицинского страхования. - Вып. 4. - СПб., 1998. - С. 83-102.

Глава 8. ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ

§ 1. Поняття і медико-правове значення лікарської таємниці.

§ 2. Нормативно-правове регулювання інституту збереження лікарської таємниці. Суб'єкти збереження та об'єкт лікарської таємниці.

§ 3. Правомірність розголошення лікарської таємниці.

§ 1. Поняття і медико-правове значення лікарської таємниці

Однією з найважливіших проблем на сьогодні, як і у минулому, залишається лікарська таємниця, що є одним з основних понять медичної етики, деонтології й медичного права. Коли йдеться про взаємодію медицини й права, практично завжди одним із ключових питань є лікарська таємниця.

Важливо зазначити, що термін "лікарська" не зовсім точно відображає обов'язок збереження у таємниці інформації про хворого. Більш точним може вважатися використання терміна "медична таємниця", оскільки мова йде про всю сферу медицини, про необхідність не тільки лікарям зберігати в таємниці отримані відомості. Розвиток науково-технічного прогресу, загальна інтеграція знань призводять до того (і медицина не є виключенням), що інформація, яка становить об'єкт лікарської таємниці, досить часто стає доступною не тільки лікарям і медичним працівникам, але й представникам інших професійних співтовариств. Термін "лікарська таємниця" має глибоке історичне коріння і, як зазначають В. Головченко та Л. Грузова, є більш зрозумілим для медичного персоналу¹. Але аналіз ст. 40 Основ дає можливість зробити висновок, що назва статті "Лікарська таємниця" не відповідає змісту самої норми, призводить до її звуження, оскільки у ній йдеться про медичних працівників та інших осіб, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стали відомі відповідні дані, а не лише про лікарів. Лікарська таємниця - це один з видів медичної таємниці. Тому пропонуємо при розробці нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я використовувати термін "медична таємниця", що є більш коректним. У науковій літературі спостерігаємо прихильність багатьох авторів саме до терміна "медична таємниця". Зокрема, підтримуємо пропозицію авторів (В. Головченко, Л. Грузової, І. Купова, М. Малєної, І. Петрухіна), які зазначали про те, що потрібно внести термінологічне уточнення у текст закону і говорити про "медичну таємницю", а не тільки про лікарську таємницю.

Однак у рамках цього підручника вживається термін "лікарська таємниця", що пов'язане з низкою обставин, що обумовлюють вживання саме цього терміна в ракурсі всієї навчальної й наукової дисципліни медичного права. Основними факторами, що свідчать про правомірність використання поняття "лікарська таємниця", є:

— історичні передумови, відповідно до яких протягом століть застосовувався термін "лікарська таємниця";

— відображення саме лікарської таємниці в нормативно-правових документах, що регламентують медичну діяльність у державі, зокрема в Основах законодавства України про охорону здоров'я;

— термінопозначення "лікарська" даного виду таємниці свідчить не про кваліфікацію й освіту медичного працівника, а про вид діяльності — "лікування".

З позицій комплексного сприйняття лікарської таємниці як складової частини більш ємного поняття "професійна таємниця" необхідно зазначити, що інформація, яка є складовою лікарської таємниці, характеризується такими ознаками:

1. медична професія, у силу якої медикові довіряється або стає відомою конфіденційна інформація;
2. конфіденційна інформація добровільно довіряється особі, що виконує професійні обов'язки в сфері медицини, на вибір власника цієї інформації й, як правило, торкається особистого життя останнього.

Доцільним буде наголосити, що інформація може вважатися професійною таємницею, якщо вона відповідає таким вимогам:

- довірена або стала відомою особі лише в силу виконання нею своїх професійних обов'язків;
- особа, якій довірена інформація, не перебуває на державній або муніципальній службі (службі в органах місцевого самоврядування) (в іншому випадку інформація вважається службовою таємницею);
- заборона на поширення довіреної або такої, що стала відомою, інформації, яка може завдати шкоди правам і законним інтересам довірителя, встановлена законодавством;
- інформація не відноситься до відомостей, що становлять державну й комерційну таємницю.

Лікарська таємниця відповідає всім перерахованим ознакам, що робить її однією з різновидів професійних таємниць.

У науковій літературі є різні підходи до розуміння лікарської таємниці, запропонованих як медиками, так і юристами, філософами, соціологами. Одні з них наголошують на морально-етичну сторону лікарської таємниці, інші - на права пацієнта, треті — на осіб, зобов'язаних зберігати лікарську таємницю. Разом з тим вимоги медичного права, як комплексної самостійної галузі права, дозволяють запропонувати визначення, яке базувалося б на нормах законодавства у сфері охорони здоров'я й урахувало б принципи медичного права.

Так, В. Акопов під лікарською таємницею розуміє всі відомості, що отримані від хворого чи виявлені при його медичному обстеженні чи лікуванні, що не підлягає розголошенню без згоди хворого. На думку інших вчених (Л. Бедрін, А. Загрядська, П. Ширинський), лікарська таємниця - це відомості про хворобу, особисте та інтимне життя хворого, що стають відомими медичним працівникам у процесі виконання ними своїх професійних обов'язків. Купов визначав лікарську таємницю як відомості, що повідомлені хворим чи його родичам, а також отримані медичними працівниками при обстеженні хворого і його лікуванні, тобто при виконанні ними професійних обов'язків¹. Відповідно законодавче визначення можна вивести, аналізуючи ст.ст. 39-1, 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я: лікарська таємниця - це відомості, що не мають права розголошуватись медичними працівниками та іншими особами, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про стан здоров'я, хворобу, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина.

Обставинами, що свідчать про медико-правове значення дослідження лікарської таємниці, є:

- конституційний захист права на недоторканність особистого життя;
- лікарська таємниця - важлива умова захисту соціального статусу пацієнта, його економічних інтересів;
- необхідність збереження довіри, відвертості, створення сприятливих умов для спілкування лікаря й пацієнта, формування так званої "терапевтичної співпраці" і контрактної моделі взаємин;
- розширення кількості осіб, у перелік службових обов'язків яких входить обробка інформації, що становить лікарську таємницю (співробітники страхових медичних організацій, судових і правоохоронних органів та ін.);

— правове відображення назви захворювання, яке дає право на соціальне захист, що оформляється у листках непрацездатності;

— необхідність надання морально-етичних і правових гарантій пацієнтові щодо збереження у таємниці відомостей, отриманих у результаті надання медичної допомоги.

Професор В. Лопатін², відомий російський фахівець у сфері інформаційного права, відносить відомості, що становлять лікарську таємницю, до інформації з обмеженим доступом. При цьому захист подібної інформації є одним із предметів сфери забезпечення інформаційної безпеки.

Важливим аспектом медико-правового дослідження лікарської таємниці в контексті медичного права є проблема повідомлення діагнозу невиліковному хворому. В етичній і правовій літературі це питання асоціюється з таким феноменом, як "неправда заради добра", маючи на увазі довго існуючу в нашій країні практику приховання правильного діагнозу, прогнозу й повідомлення у такому випадку хворому неправильної інформації, по суті, неправдивої, яка б вселяла пацієнтові надію на видужання. По суті, мова йде про найважливішу проблему лікарсько-правової етики, коли закон вимагає повного й всебічного правдивого інформування пацієнта про його хворобу, а гуманне, моральне відношення до хворого передбачає наявність у лікаря дилеми - назвати реальний діагноз і тим самим знизити впевненість в успіху лікування або назвати іншу, менш важку хворобу, але вселити хворому надію на видужання.

Важливо підкреслити, що прихильники дотримання принципу "неправда заради добра", як правило, лікарі, у той час як серед супротивників цієї концепції переважають юристи. Тут, напевно, варто враховувати, що за законом саме на лікаря покладається складніша, по суті, місія - повідомлення пацієнтові несприятливого діагнозу. Тому, як стверджує Н. Зльштейн (2000), що лікарська правда - тільки та, яка корисна хворому, а демократія, гласність і всюдозволеність - аж ніяк не синоніми. Опонентом такої точки зору можна вважати відомого американського кардіолога Б. Лоуна (1998), що наводить вислів Л. Дж. Хендерсона, який зазначав, що думка про те, що правда, тільки правда й нічого крім правди може бути переконливою для пацієнта, є прикладом помилкової абстракції, помилкового судження, названого Уайтхедом "помилкою помилкової конкретики".

Вважаємо за необхідне у рамках підручника з медичного права навести приклад ситуації, коли від підходу лікаря до повідомлення хворому правди про прогноз його хвороби залежить дуже багато. Коли поранений на дуелі О. Пушкін питав у кожного зі своїх лікарів (а їх було п'ять), які його перспективи, то хірург і лейб-медик А. Арендт відповів, що надій на видужання він не має. А В. Даль, лікар і письменник, сказав, що справи важкі, але сподівання залишаються. І саме Даль прийняв останній подих

Пушкіна, і йому поет заповів прострілений на дуелі сюртук, що зберігався у В. Даля як реліквія до самої його смерті.

Представники юридичної науки, говорячи про необхідність повного й правдивого інформування невиліковного хворого пацієнта, як правило, пояснюють свої думки наданням пацієнтові можливості здійснення певних дій. Мова йде про розпорядження з приводу свого майна, оформлення шлюбних відносин, розлучення, завершення розпочатої роботи й ін. Дійсно, важливість таких юридичних фактів очевидна. До того ж не можна ігнорувати ту обставину, що перед будь-яким медичним втручанням пацієнт повинен дати інформовану добровільну згоду. У випадку якщо мова йде про надання неправдивих відомостей, то рішення пацієнта буде прийматися в умовах порушення його права на одержання інформації, і в цьому разі ми маємо справу вже із двома порушеннями правових норм - згодою на медичне втручання й необхідність адекватного інформування пацієнта.

Вважаємо, що більш виправданим буде такий підхід у розв'язанні проблеми інформування невиліковно хворого пацієнта: подання всієї повноти інформації в найбільш м'якій, толерантній формі, з обов'язковим застосуванням тих методів і способів лікування, які найбільш ефективні при такій патології. Необхідно окреслити хворому реальну картину захворювання, що буде свідченням:

- поваги його прав і законних інтересів;
- надання можливості вибрати той або інший варіант лікування, дати свою згоду;
- надання можливості розпорядитися своїм майном, зробити певні дії;
- дотримання діючого в цей час законодавства.

§ 2. Нормативно-правове регулювання інституту збереження лікарської таємниці. Суб'єкти збереження та об'єкт лікарської таємниці

Конституційною основою медичної таємниці є ст. 32 Конституції України, яка містить заборону втручатись в особисте і сімейне життя, а також передбачає, що збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди не допускається, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Зазначена конституційна норма відтворила положення міжнародних документів, зокрема ст. 12 Загальної Декларації прав людини, ст. 17 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, у яких міститься заборона свавільного чи незаконного втручання в особисте і сімейне життя особи, ст. 8-1 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод, у яких міститься заборона свавільного чи незаконного втручання в особисте і сімейне життя особи.

Слід зазначити, що відомості, які становлять лікарську таємницю, перебувають під конституційно-правовим захистом, що свідчить:

- про високу значимість для всього суспільства збереження у таємниці інформації, що стосується взаємин з медичною сферою кожної людини;
- про необхідність і обґрунтованість вивчення проблем лікарської таємниці для юристів і лікарів у контексті медичного права.

У ст. 286 ЦК України та ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я закріплено право пацієнта на таємницю про стан здоров'я, а також про факт звернення за медичною допомогою, діагноз, відомості, одержані при його медичному обстеженні. Норма ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначає один з найважливіших деонтологічних принципів - лікарську таємницю. Ця деонтологічна догма була закріплена ще у Клятві Гіппократа, де визначено "щоб при лікуванні - також і без лікування - я не бачив чи не почув стосовно людського життя з того, що не варто коли-небудь розголошувати, я промовчу про те, вважаючи такі речі таємницею". У ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я закріплюються професійні обов'язки медичних працівників, де у п. "г" йдеться про обов'язок зберігати лікарську таємницю. Аналізуючи текст Клятви лікаря, що затверджений Указом Президента від 15 червня 1992 року, звертаємо увагу на закріплення обов'язку лікаря зберігати лікарську таємницю і не використовувати її на шкоду людині.

Міжнародне законодавство про біоетику також закріплює зазначений деонтологічний принцип. Зокрема, Міжнародний кодекс медичної етики від 1949 року у розділі "Обов'язки лікаря у відношенні до хворих" містить положення, за яким лікар зобов'язаний зберігати в абсолютній таємниці все, що він знає про свого пацієнта навіть після смерті останнього. У Міжнародній клятві лікаря від 1948 року записано, що лікарі повинні поважати довірену їм таємницю навіть після смерті їх пацієнта. "Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій національній системі охорони здоров'я" від 1963р. саме шостим принципом визначає, що всі, хто бере участь у будь-якому етапі лікувального процесу чи відповідає за управління ним, повинні визнавати і дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах лікар і пацієнт. Ця вимога повинна поважатись і органами влади.

Закон України "Про інформацію" від 2 жовтня 1992 р. під інформацією про особу розуміє сукупність документованих або публічно оголошених відомостей про особу. Стаття 23 цього Закону передбачає заборону збирати відомості про особу без її попередньої згоди, крім випадків, передбачених

законом. У своєму Рішенні Конституційний Суд України (Рішення Конституційного Суду України від 30.10.1997 р. у справі щодо офіційного тлумачення ст.ст. 3, 23, 31, 47, 48 Закону України "Про інформацію" та ст. 12 Закону України "Про прокуратуру" (справа Устименка), враховуючи норму ч. 2 ст. 32 Конституції України, витлумачив ч. 4 ст. 23 Закону України "Про інформацію" і визначив, що забороняється не лише збирання, а й зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її попередньої згоди, крім випадків, передбачених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту, прав та свобод людини. До конфіденційної інформації належить свідчення про свободу, у тому числі про стан здоров'я.

Чинне законодавство розмежовує два терміни - лікарська таємниця, тобто інформація про пацієнта, та медична інформація, тобто інформація для пацієнта. Доцільним видається приділити більше уваги питанню медичної інформації, що безпосередньо пов'язане з аналізованою тематикою.

Згідно з ч. 2 ст. 32 Конституції України кожний громадянин має право знайомитись в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, установах і організаціях з відомостями про себе, які не є державною або іншою захищеною законом таємницею. Зазначена стаття є конституційною основою права громадян на інформацію, у тому числі і про стан свого здоров'я. Подальша конкретизація і деталізація цього права міститься у ст. 285 Цивільного кодексу України та п. "е" ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я, у яких закріплено право на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь. Цьому праву кореспондує обов'язок надати медичну інформацію, що визначений у ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я, де вказано, що медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. У Рішенні Конституційного Суду України від 30 жовтня 1997 р. у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України "Про інформацію" та ст. 12 Закону України "Про прокуратуру" (справа Устименка) визначено, що медична інформація - це свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі і про ризик для життя і здоров'я, яка за своїм правовим режимом належить до конфіденційної. Також у Рішенні Конституційного Суду України зазначено обов'язок лікаря на вимогу пацієнта та членів його сім'ї або законних представників надавати їм таку інформацію повністю і в доступній формі.

Національна правова база ґрунтується на принципах, що закріплені у зарубіжному законодавстві у сфері охорони здоров'я, зокрема і щодо даного інституту. Наприклад, згідно ст. 2 Декларації про політику у сфері забезпечення прав пацієнта у Європі від 1994 року пацієнт має право на вичерпну інформацію про стан свого здоров'я, включаючи медичні факти щодо свого стану, відомості про можливий ризик і переваги пропонованих та альтернативних методів лікування, про можливі наслідки відмови від лікування, інформацію про діагноз і план лікувальних заходів (п. 2.2). Інформацію слід повідомляти у доступній для пацієнта формі, мінімізуючи використання незвичних для нього термінів (п. 2.4). Відповідно п. "с" ч. 2 Лісабонської декларації про права пацієнта від 1981 року пацієнт має право, отримавши адекватну інформацію, погодитись на лікування чи відмовитись від нього. У ст. 34 Кодексу медичної деонтології Франції від 1995 р. закріплено обов'язок лікаря формулювати свої приписи зі всією необхідною ясністю, слідкувати за їх зрозумілістю для хворого і його оточення. Також у Кодексі визначено обов'язок лікаря надавати особі, котру він оглядає, лікує чи якій дає поради, чесну, зрозумілу і доречну інформацію про її стан і про запропоновані їй дослідження та лікування. Протягом протікання хвороби лікар повинен при своїх поясненнях брати до уваги особливості пацієнта і слідкувати, чи правильно він розуміє те, що відбувається (ст. 35).

І міжнародно-правові стандарти, і українське законодавство передбачають, що інформація, яка надається пацієнту, повинна відповідати певним вимогам і повідомлятися у відповідних формах. Як зазначав В. Акопов, майстерність дозування і вибір моделі інформації є важливою ланкою формування взаєморозуміння і взаємовідносин з пацієнтом. Вміння повідомляти хворому те, що йому необхідно знати, на думку вченого, це прояв лікарського таланту.

Аналіз законодавства України дає підстави зробити висновок щодо вимог, які ставляться до медичної інформації, а саме: достовірна, своєчасна, повна, у доступній формі. Крім зазначених вимог, вчені, зокрема П. Рікер і П. Рене, визначають, що така інформація повинна бути простою, приблизною, зрозумілою і чесною. Головне, що чекає пацієнт - це перші слова лікаря, його спокійний, уважний і доброзичливий погляд. Особливо важливо при розмові з хворим показати, що у цей момент він і його проблеми є найважливішими для медика. Лікар так повинен володіти словом, щоб ввійти у довіру до хворого й отримати від нього всю необхідну інформацію, щоб вибрати правильний напрям і методи лікування. Слово лікаря, спосіб його доведення до людини можуть бути зброєю для подолання хвороби, мати силу ліків або створити несприятливий фон для лікування і негативно вплинути на весь процес видужання. Тому слушно згадати слова В. Бехтерева, який категорично визначив значення слова лікаря: "Якщо хворому після розмови з лікарем не стає краще, - це не лікар". Лікар - це людина, яка вміє володіти словом так, що воно має цілющу силу. Дуже важливо це враховувати, коли у пацієнта складний чи невиліковний діагноз і є загроза, що ця інформація може бути небезпечною і шкідливою для хворого. С. Боткін зазначав, що недопустимо лікарю говорити хворому про свої сумніви у можливості сприятливих результатів лікування. Наше законодавство закріпило у ч. 3 ст. 285 Цивільного кодексу України і ч. 4 ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я право медичного працівника надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість його ознайомлення з окремими медичними документами. У Рішенні Конституційного Суду України від 30 жовтня 1997 р. (справа К. Устименка) зазначено, що в особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. У цьому разі він інформує членів сім'ї або законних представників пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває у непритомному стані.

Це відповідає вимогам міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я. Зокрема, у ст. 2 Декларації про політику у сфері забезпечення прав пацієнта у Європі визначено, що інформація може бути прихована від пацієнта лише у разі, якщо є вагомі підстави вважати, що надання медичної інформації не тільки не принесе користі, але заподіє пацієнту серйозної шкоди (п. 2.3). Відповідно до ч. 2 ст. 35 Кодексу медичної деонтології Франції в інтересах хворого і на законних підставах, котрі лікар визначає по совісті, хворий може залишитись не повідомленим щодо небезпечного діагнозу чи прогнозу, за винятком випадків, коли захворювання, яке він має, піддає ризику зараження інших осіб.

Частина 3 ст. 35 Кодексу зазначає, що смертельний прогноз може бути оголошений лише з обачністю, але близькі хворого, як правило, повинні бути про нього попереджені, якщо попередньо хворий не заборонив подібну відвертість чи не вказав конкретно, кому слід його оголосити.

Російський законодавець право на медичну інформацію закріпив дещо по-іншому. Згідно з ст. 31 Основ законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян від 22 липня 1993 р. кожен громадянин має право у доступній для нього формі отримати інформацію про стан свого здоров'я (ч. 1). У ч. 3 ст. 31 Основ закріплено, що інформація про стан здоров'я не може бути надана громадянину всупереч його волі. У випадках несприятливого прогнозу розвитку захворювання інформація повинна повідомлятися у делікатній формі громадянину і членам його сім'ї, якщо громадянин не заборонив повідомляти їм про це і (чи) не призначив особу, котрій повинна бути передана така інформація. Зі змісту цієї статті випливає, що відносини лікаря і пацієнта базуються на інформаційній моделі, яка полягає у превалюючій ролі хворого у відносинах лікар - пацієнт, у його ініціативі та активній поведінці. Українське законодавство, про що буде сказано нижче, стоїть на витоках паритетності цих взаємин, на співпраці, без виділення пріоритетних ролей будь-кого.

Окрім цього, окреслюючи правову регламентацію інституту лікарської таємниці доцільно вказати й ст. 34 Конституції України. У ч. 2 цієї статті йдеться, що "кожен має право вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію усно, письмово або в інший спосіб - на свій вибір". У ч. 3 ст. 34 Конституції України передбачено, що здійснення цих прав може бути обмежене законом для охорони здоров'я населення. Відповідно до ст. 30 Закону України "Про інформацію" від 2 жовтня 1992 р. інформація, приховування якої являє загрозу життю і здоров'ю людей, становить виняток серед інформації з обмеженим доступом, яка поділяється на конфіденційну і таємну. Згідно з ч. 4 ст. 8 Закону України "Про державну таємницю" не відноситься до державної таємниці інформація про стан здоров'я населення, його життєвий рівень, включаючи харчування, одяг, житло, медичне

обслуговування та соціальне забезпечення, а також про соціально-демографічні показники, стан правопорядку, освіти і культури населення.

За незаконне розголошення лікарської таємниці ст. 145 Кримінального кодексу України передбачає кримінальну відповідальність за таке діяння. Стаття 286 Цивільного кодексу України закріпила право на таємницю про стан здоров'я, де ч. 3 передбачає, що фізична особа зобов'язана утримуватись від поширення інформації про стан здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел. У контексті цього Європейський Суд зазначив (Рішення у справі "М.С. проти Швеції", 1997 р.): "Охорона даних особистого характеру, й особливо медичних даних, має основоположне значення для здійснення права на повагу до приватного та сімейного життя. Дотримання конфіденційності відомостей про здоров'я становить основний принцип правової системи всіх держав-учасниць Конвенції. Він є важливим не лише для захисту приватного життя хворих, а й для збереження їхньої довіри до працівників медичних закладів і системи охорони здоров'я взагалі. Національне законодавство має забезпечувати відповідні гарантії, щоб унеможливити будь-яке повідомлення чи розголошення даних особистого характеру стосовно здоров'я, якщо це не відповідає гарантіям, передбаченим ст. 8 Конвенції".

Вважаємо, що назва ст. 286 ЦК України "Право на таємницю про стан здоров'я" та ст. 39-1 Основ "Право на таємницю про стан здоров'я" не відповідає змісту самої норми. Таємниця про стан здоров'я "плавно переростає" у нормах на таємницю і щодо інших відомостей. Доцільно було б, щоб ці статті мали назву "Право на медичну таємницю". Норма ст. 40 Основ передбачає лише відомості, що становлять лікарську таємницю і заборону їх розголошувати без визначення у цій статті випадків, коли таке поширення є законним. Обсяг відомостей, які становлять лікарську таємницю, визначено у цій статті не у повному обсязі. З норми не випливає як бути з інформацією, що отримується у процесі лікування чи профілактики, оскільки мова йде лише про медичне обстеження, огляд і їх результати. Було б доречно провести термінологічне уточнення і використовувати термін (в усіх вищепроаналізованих нормах) - медична допомога, що включає діагностику, профілактику, лікування і реабілітацію, а не медичне обстеження, яке є вузьким за змістом і не відображає, наприклад, обов'язку зберігати у таємниці відомості, що отримані у процесі лікування.

Сімейний кодекс України є провідним нормативним актом, який містить норми, що регулюють сімейні правовідносини. Сімейне законодавство виходить із необхідності зміцнення сім'ї, побудови сімейних відносин на паритетних засадах, на почуттях взаємної любові й поваги, взаємодопомоги і підтримки, на утвердженні почуття обов'язку перед батьками, дітьми та іншими членами сім'ї. Сімейні відносини регулюються на засадах справедливості, добросовісності та розумності, відповідно до моральних засад суспільства. В ст. 30 Кодексу визначено взаємну обізнаність наречених про стан здоров'я. У цій нормі закріплено обов'язок наречених повідомити один одного про стан свого здоров'я, вказано на гарантії з боку держави щодо створення умов для обстеження наречених, а також передбачено, що результати такого обстеження є таємницею і повідомляються лише нареченим. Слід зазначити, що медичне обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу, проводиться тільки за їх бажанням, з метою визначення стану їх здоров'я для профілактики захворювань, небезпечних для подружжя та їх нащадків. Процедура такого виду медичного обстеження визначена у Постанові КМ України від 16 листопада 2002 р. "Про затвердження Порядку здійснення добровільного медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу".

У РФ це питання регламентовано дещо по-іншому. Зокрема, у ст. 15 Сімейного кодексу РФ передбачено, що медичне обстеження осіб, які вступають у шлюб, а також консультування з медико-генетичних питань і питань планування родини проводяться установами державної й муніципальної систем охорони здоров'я за місцем їх проживання безоплатно й тільки за згодою осіб, що вступають у шлюб. Результати обстеження особи, що вступає у шлюб, становлять медичну таємницю й можуть бути повідомлені особі, з якою вона має намір укласти шлюб, тільки за згодою особи, що пройшла обстеження.

Цікавим є досвід регламентації і деяких інших аспектів цього інституту в РФ. Основи законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян у ст. 30, присвяченій правам пацієнта,

проголошують право пацієнта на збереження в таємниці інформації про факт обігу за медичною допомогою, про стан здоров'я, діагноз та інші відомості, отримані при його обстеженні й лікуванні. За згодою громадянина або його законного представника допускається передача відомостей, що становлять лікарську таємницю, іншим громадянам, у тому числі посадовим особам, в інтересах обстеження й лікування пацієнта, для проведення наукових досліджень, публікації у науковій літературі, використання цих відомостей у навчальному процесі та в інших цілях.

Важливість останнього положення полягає у необхідності сприяти науковому прогресу в галузі медицини в пошуку нових методів і способів діагностики й лікування захворювань. Як правило, при демонстрації отриманих у ході лікування результатів, при публікації у наукових журналах позначення самого хворого полягає у згадуванні першої букви його прізвища. У той же час, за змістом представленого положення Основ законодавства РФ про охорону здоров'я громадян, допускається передача відомостей, що становлять лікарську таємницю, у звичайному обсязі за згодою пацієнта або його законного представника. Особи, яким у встановленому законом порядку передані відомості, що становлять лікарську таємницю, нарівні з медичними й фармацевтичними працівниками з обліком заподіяних громадянину збитків несуть за розголошення лікарської таємниці дисциплінарну, адміністративну або кримінальну відповідальність відповідно до законодавства Російської Федерації, республік у складі Російської Федерації.

Низка нормативно-правових актів, присвячених регулюванню певних напрямів медичної діяльності, також містить положення щодо збереження лікарської таємниці. Мова йде про те, що в деяких сферах медичної діяльності, через їхню специфічність, не завжди є можливим у достатній мірі гарантувати дотримання лікарської таємниці шляхом використання загальних медико-правових норм, висвітлених вище. Мова йде, зокрема про психіатрію, де ступінь правової захищеності пацієнтів має певні особливості. Із цієї причини відображення у правових актах, що регулюють цю сферу охорони здоров'я громадян, питань збереження лікарської таємниці повною мірою обґрунтовано.

Закон України "Про психіатричну допомогу" визначає, що відомості про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги є конфіденційними (ст. 6). Медичні працівники, інші фахівці, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, та особи, яким у зв'язку з навчанням або виконанням професійних, службових, громадських чи інших обов'язків стало відомо про наявність в особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування у психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя, не можуть розголошувати ці відомості, крім випадків, передбачених законодавством. Право на одержання і використання конфіденційних відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги має сама особа чи її законний представник. Забороняється без згоди особи або без згоди її законного представника та лікаря-психіатра, який надає психіатричну допомогу, публічно демонструвати особу, яка страждає на психічний розлад, фотографувати її чи роботи кінозйомку, відеозапис, звукозапис та прослуховувати співбесіди особи з медичними працівниками чи іншими фахівцями при наданні їй психіатричної допомоги. Документи, що містять відомості про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги, повинні зберігатись з дотриманням умов, що гарантують конфіденційність цих відомостей.

Суб'єктами збереження лікарської таємниці є всі медичні, фармацевтичні й інші працівники, які беруть особисту участь у лікуванні хворого (лікарі, провізори, медичні сестри, няньки, санітари), так і прямо не задіяні в цьому (статистики, працівники приймальних відділень, лікуючі лікарі інших хворих, що перебувають у тій же палаті, і т.п.). Оскільки в лікувальній установі функціонує безліч допоміжних служб (ідальні, обслуговуючий персонал, водії), то на них, звичайно, також покладається обов'язок збереження у таємниці відомостей про хворого. Коли мова йшла про медико-правове значення лікарської таємниці, зазначалося, що останнім часом зросла кількість осіб, у перелік службових обов'язків яких входить обробка інформації, що становить лікарську таємницю. В. Лопатін справедливо зазначає той факт, що одним із загальних ознак професійної таємниці є необхідність для особи, якій в силу її професії була довірена конфіденційна інформація, забезпечити її схоронність як професійну таємницю під страхом настання відповідальності відповідно до чинного законодавства¹.

З цієї причини в рамках цього підручника немає можливості дати вичерпний перелік суб'єктів збереження лікарської таємниці. Інтеграція медицини в інші галузі суспільних відносин - об'єктивний процес, що обумовлює постійне розширення переліку осіб, які в силу своїх професійних обов'язків мають доступ до медичних даних. До основних суб'єктів збереження лікарської таємниці належать:

Особи з вищою медичною або фармацевтичною освітою (лікарі, провізори).

Особи із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти).

Молодший медичний персонал (санітари, няньки).

Особи, що навчаються (студенти вищих та середніх медичних закладів освіти).

Немедичний персонал лікувально-профілактичної установи (працівники кадрових, юридичних, фінансових, господарських служб та ін.).

Працівники страхових організацій.

Посадові особи органів управління охорони здоров'я (головні лікарі, керівники структурних підрозділів міністерства та ін.).

Співробітники судових і правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою в силу професійних обов'язків.

На нашу думку, звичайно, не можна визначити вичерпного переліку відомостей, що становлять медичну таємницю. Об'єктом медичної таємниці повинна бути уся інформація, яка отримана у процесі надання медичної допомоги. Іншими словами, вся та інформація, розголошення якої може завдати шкоди пацієнтові, його соціальним, економічним та іншим інтересам, повинна становити об'єкт лікарської таємниці. Її умовно можна поділити на дві групи:

медичну інформацію;

інформацію немедичного характеру, тобто таку, що стосується особистого і сімейного життя. Кожну з цих груп можна розглядати як щодо пацієнтів (діагноз, прогноз, шкідливі звички, сімейне та особисте життя тощо), так і щодо членів сім'ї хворого (спадкові хвороби, стан здоров'я родичів, їх особисте і сімейне життя та інше) в залежності від конкретної ситуації.

Аналіз норм ст. 286 ЦК України та ст.ст. 39-1, 40 Основ дає можливість визначити об'єкт лікарської таємниці, який становить така інформація: а) відомості про стан здоров'я пацієнта; б) відомості про хворобу; в) відомості про діагноз; г) відомості, одержані при медичному обстеженні; д) відомості про факт звернення за медичною допомогою; е) відомості про огляд та його результати, є) відомості про методи лікування; ж) відомості про інтимну і сімейну сторони життя.

М. Малейн справедливо зазначав, що не має значення, яким чином медичні працівники отримали відомості про хворого та його близьких: шляхом огляду, спостережень, зі слів пацієнта або родичів, з історії хвороби, щоденника хворого, його заповіту або інших джерел; не можуть також розголошуватися відомості, почуті від хворого, що перебував у непритомному стані.

§ 3. Правомірність розголошення лікарської таємниці

Основне призначення інституту лікарської таємниці - попередження випадків можливого нанесення шкоди пацієнтові, його родичам, третім особам у результаті розголошення відомостей про стан здоров'я людини, його обстеження або лікування. Іншими словами, це свого роду окремий випадок пріоритету інтересів особистості над інтересами суспільства. Однак чи завжди можна орієнтуватися на лікарську таємницю як на абсолютне поняття? Законодавство дає чітку відповідь: ні, не завжди. У тих випадках, коли інтереси держави, суспільна необхідність обумовлюють розголошення лікарської таємниці для запобігання ще більш значних наслідків, норми права надають правомірну можливість відступу від принципів і правил збереження лікарської таємниці.

У цьому випадку доречно звернути увагу на змістовне навантаження норми ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я та на питання досконалості її викладу. Стаття 61 Основ законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян визначає, яка інформація становить лікарську таємницю, містить заборону розголошувати лікарську таємницю, крім певних винятків, серед яких ч. 3 визначає таку підставу як згода громадянина чи законного представника на повідомлення відомостей, що становлять лікарську таємницю, та ч. 4 статті, яка передбачає

можливість надання відомостей, що становлять лікарську таємницю без згоди громадянина чи його законних представників. Розголошення інформації, що становить лікарську таємницю, без згоди особи є законною в Російській Федерації на підставі ч. 4 ст. 61 Основ законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я. Стаття закріплює такі підстави розголошення лікарської таємниці без згоди особи:

З метою обстеження і лікування громадянина, неспроможного внаслідок свого стану виявити свою волю;

При загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, масових отруєнь та уражень;

На запит органів Дізнання і слідства, прокурора і суду, у зв'язку з проведенням розслідування чи судовим розглядом;

У випадку надання допомоги неповнолітньому у віці до 15 років з метою інформування його батьків чи законних представників;

При наявності підстав, що дозволяють вважати, що шкода здоров'ю громадянина спричинена у результаті протиправних дій.

Норма ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає лише відомості, що становлять лікарську таємницю і заборону їх розголошувати без визначення у цій статті випадків, коли таке поширення є законним. Також хочемо зауважити, що перелік відомостей, що становлять лікарську таємницю, визначено у цій статті не у повному обсязі. З норми не випливає як бути з інформацією, що отримується у процесі лікування чи профілактики, оскільки мова йде лише про медичне обстеження, огляд і їх результати. Було б доречно провести термінологічне уточнення і використовувати термін - медична допомога. Дана стаття зазначає, що розголошення допускається у випадках передбачених законодавчими актами. Відсутність положення про підстави, за яких розголошення лікарської таємниці без згоди особи було б законним, є суттєвою прогалиною української правової бази та породжує труднощі при вирішенні "медичних справ" і створює проблеми при застосуванні законодавства. Доречно було б систематизувати та чітко закріпити у законодавстві підстави, за яких медична таємниця може бути розголошена без згоди особи чи її законних представників.

Аналіз законодавства України дає змогу визначити випадки, за яких медична таємниця може бути розголошена без згоди особи чи її законних представників, а саме:

— в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини (ч. 2 ст. 32 Конституції України);

— в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадянського порядку, з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, для захисту репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету і неупередженості правосуддя (ч. 3 ст. 34 Конституції України);

— при медичному обстеженні наречених, які зобов'язані повідомити один одного про стан свого здоров'я (ст. 30 Сімейного кодексу України);

— у випадку надання допомоги неповнолітньому, що не досягнув віку 14 років та особі, що визнана недієздатною у встановленому законом порядку, з метою інформування її батьків (усиновлювачів) чи інших законних представників (ч. 2 ст. 285 Цивільного кодексу України, ч. 2 ст. 39, ч. 1 ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я);

— при організації надання особі, що страждає на тяжкий психічний розлад, психіатричної допомоги (ч. 4 ст. 6 Закону України "Про психіатричну допомогу");

— при провадженні дізнання, досудового слідства чи судового розгляду, у зв'язку з письмовим запитом особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду (ч. 4 ст. 6 Закону України "Про психіатричну допомогу", ч. 2 ст. 8 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення", ч. 5 ст. 14 Закону України "Про

заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними");

— при загрозі розповсюдження інфекційних захворювань, ухиленні від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій встановленого переліку, з метою усунення підприємствами, установами й організаціями, за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби від роботи, навчання, відвідування дошкільних закладів осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань, хворих на небезпечні для оточуючих інфекційні хвороби, або осіб, які були в контакті з такими хворими, а також осіб, які ухиляються від обов'язкового медичного огляду або щеплення проти інфекцій, перелік яких встановлюється центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я (ч. 2 ст. 26 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб", п. 5 ч. 1 ст. 7 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення");

— у випадку надзвичайних подій і ситуацій, що становлять загрозу здоров'ю населення, санітарному та епідемічному благополуччю, з метою інформування органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ч. 2 ст. 26 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб", п. 6 ч. 1 ст. 7 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення");

— у разі звільнення хворого на активну форму туберкульозу з установи кримінально-виконавчої системи з метою інформування про це орган охорони здоров'я за обраним звільненим місцем проживання (ч. 2 ст. 17 Закону України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз");

— у разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, з метою повідомлення про це батьків або інших законних представників зазначених осіб (ч. 2 ст. 8 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення");

— при зверненні потерпілого від нещасного випадку без направлення підприємства повідомляється підприємство, де працює потерпілий, робочий орган виконавчої дирекції Фонду за місцезнаходженням підприємства, де працює потерпілий, або за місцем настання нещасного випадку з особою, яка забезпечує себе роботою самостійно, а в разі виявлення гострого професійного захворювання (отруєння) також установа (заклад) державної санітарно-епідеміологічної служби, які обслуговують підприємство, де працює потерпілий, або така установа за місцем настання нещасного випадку з особою, яка забезпечує себе роботою самостійно (п. 9 Постанови Кабінету Міністрів України "Деякі питання розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві");

— у разі звернення або доставлення потерпілих внаслідок нещасних випадків як із смертельним наслідком, пов'язаним із заподіянням тілесних ушкоджень іншою особою, так і нещасних випадків, що сталися внаслідок контакту із зброєю, боєприпасами та вибуховими матеріалами або під час дорожньо-транспортної пригоди, з метою повідомлення органів внутрішніх справ, а у випадках з летальним наслідком - органів прокуратури (п. 6 "Порядок розслідування та обліку нещасних випадків невикористаного характеру", затверджений Постановою Кабінету Міністрів України).

Таким чином, лікарська таємниця є одним з основних предметів вивчення медичного права. Зароджена в надрах медичної етики, закріплена потім у нормативно-правових актах, вона органічно вписалась у законодавство про охорону здоров'я. Знання медиками і юристами особливостей збереження лікарської таємниці є вкрай важливими. Причинами порушення лікарської таємниці в першу чергу є незнання законодавства й нерозуміння тої шкоди, якої можна завдати, порушуючи конфіденційність.

Дискусії з приводу "неправди заради добра", обмеження принципу лікарської таємниці необхідні, оскільки суспільство розвивається, а разом з ним повинне модифікуватися законодавство про медицину взагалі й про лікарську таємницю зокрема. При цьому обговорення даних питань має

відбуватися із залученням медиків, юристів, соціологів, філософів, у рамках нової, комплексної галузі права - медичного права.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Дайте визначення лікарської таємниці й обґрунтуйте правомірність уживання такого поняття.

Назвіть обставини, що свідчать про медико-правове значення дослідження лікарської таємниці.

У чому полягає проблема повідомлення діагнозу невеликовно хворому?

Назвіть і коротко охарактеризуйте документи, що становлять нормативно-правову базу інституту збереження лікарської таємниці.

Яким чином у психіатрії регламентуються питання збереження лікарської таємниці?

Що таке медична інформація?

Назвіть основні суб'єкти збереження лікарської таємниці.

Що відноситься до об'єктів лікарської таємниці?

Наведіть й охарактеризуйте випадки правомірного розголошення лікарської таємниці.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Аргунова Ю.Н. Соблюдение нормы о врачебной тайне: миф или реальность? // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 56-58.

Бачило И.Л., Лопатин В.И., Федотов М.А. Информационное право: Учебник / Под ред. акад. РАН Б. Н. Топорнина. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2001. - 789 с.

Блинов А.Г. Уголовно-правовая охрана врачебной (медицинской) тайны // Вестник Саратовской государственной академии права. - 1999. - № 2. - С. 82-87.

Головченко В., Грузова Л. Лікарська таємниця як медико- правова проблема // Юридичний вісник України, 21-27 липня 2001 року.

Калашникова Е.Е. Профессиональная медицинская информация: статус, уголовно-правовая защита // Труды Кировского филиала Московской государственной юридической академии. Киров. № 5. - Киров, 2001. - С. 141-149.

Киселев А.М. Правовое регулирования медицинской тайны в России // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. Серия: "Юриспруденция". -Вып. 17. -2001. -С. 246-255.

Коробцова Н.В. Цивільно-правова охорона таємниць особистого життя людини: Монографія. - Х.: ІНЖЕК, 2005. - 152 с.

Кричагин В.И. Пропедевтика прав человека. Врачебная тайна // Медицинское право и этика, 2000. - № 1. - С. 24-34.

Купов И.Я. Некоторые аспекты проблемы врачебной тайны // Советское здравоохранение. - 1981. - № 6. - С. 48-50.

Лопатин В.Н. Информационная безопасность России: Человек. Общество. Государство. / Санкт-Петербургский университет МВД России. - СПб.: Университет, 2000. - 428 с.

Лопатин В.Н. Правовая охрана и защита права на тайну // Юридический мир. -1999. № 4. - С. 32-36; № 5/6. С. 42-50; № 7. - С. 34-42.

Лопатин В.Н. Правовая охрана и защита служебной тайны // Государство и право. - 2000. - №6. — С. 85-91.

Малеин Н.С. О врачебной тайне // Сов. Государство и право. - 1981. - № 8. - С. 79-86.

Малеина М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятия, осуществление, защита. -М.: МЗПресс, 2000. -С. 212-241.

Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Правовое регулирования профессиональной деятельности работников здравоохранения. Новосибирск: Изд-во НГОНБ, 2000. -С. 111-119.

Петрухин И.Л. Личные тайны (человек и власть). - М.: Институт государства и права РАН, 1998. - 232 с.

Романовский Г.Б. Право на неприкосновенность частной жизни. - М.: МЗ-Пресс, 2001. - С. 212-241.

Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. - Л.: Вища школа, 1982. - 195 с.

Сальников В.П., Стеценко С.Г. Информационная безопасность пациентов - условие правомерности трансплантации // Новые информационные технологии в практике работы правоохранительных

органов. Материалы международной научно- практической конференции. Санкт-Петербург, 20 ноября 1998 р. Часть 1 / Под общ. ред. В.П. Сальникова. - СПб., 1998. - С. 135- 138.

Сенюта І. Медична таємниця: медико-правові аспекти // Львівський правничий часопис "Життя і право". - № 1 (13). - 2005.-С. 43-50.

Сенюта І. Адвокатська і медична таємниця: деякі паралелі // Юридична газета. - 2007. - № 42.

Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 246-267.

Стеценко С.Г. Основы медицинского права в системе базовой и последипломной подготовки врача: Учебное пособие. - М., 2002. -37 с.

Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 32-45.

Хуратова Б.Г. Реализация права пациента на врачебную тайну в современных условиях //Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. -С. 108-109.

Шупик Ю.П., Глушков В.А. О врачебной тайне // Клиническая хирургия. - 1986. - № 11. - С. 40-43.

Юркин Г. Защита информации, составляющей врачебную тайну, в корпоративных системах обязательного медицинского страхования // Врач. - 2002. - № 4. - С. 41-44.

ГЛАВА 9. ПРАВОВІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

§ 1. Управління у сфері охорони здоров'я.

§ 2. Види лікувально-профілактичної допомоги населенню.

§ 3. Основні напрями удосконалення організації охорони здоров'я.

§ 4. Державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я.

§ 1. Управління у сфері охорони здоров'я

Важливість охорони здоров'я у житті кожної держави неможливо переоцінити. В даний час сфера охорони здоров'я виконує покладені на неї функції перш за все за рахунок фінансування і належного державного регулювання. У основі останнього лежить нормативно-правова база, що визначає правове положення органів, установ і посадових осіб у галузі охорони здоров'я. Саме за рахунок управління система організації медичної допомоги набуває ефективності, що сприяє найповнішій реалізації покладених завдань. Слід зазначити, що на початку періоду демократичних перетворень у нашій державі стала помітною тенденція по зниженню ролі і значення державного управління в охороні здоров'я громадян. Поява разом з державними і комунальними також і приватних лікувальних установ, поява добровільного медичного страхування сприяли формуванню точки зору про непотрібність управлінських структур. Вважалося, що аналогічно з іншими сферами життя, ринок у медицині здатний ефективно управляти наданням медичної допомоги і вирішувати виникаючі проблеми. Проте реальні події показали, що таке положення не є оптимальним. Вплив держави, що реалізовується за допомогою органів управління охорони здоров'я, є необхідною умовою функціонування медицини в країні. Для здійснення державного управління у сфері охорони здоров'я громадян використовуються правові, адміністративні, економічні, соціально-психологічні методи.

Охорона здоров'я — це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медикосоціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі (Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року № 2801-XII).

Значну роль у практичній реалізації цих принципів відіграє система управління охорони здоров'я, яка складається з:

- Міністерства охорони здоров'я України;
- місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування;
- центральних органів виконавчої влади, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я;
- Академії медичних наук України.

1. Міністерство охорони здоров'я України - це центральний орган виконавчої влади, який забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Основними завданнями МОЗ України є:

- забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- розроблення, координація та контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості;
- організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню;
- організація надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях, здійснення в межах своєї компетенції заходів, пов'язаних з подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи;
- розроблення заходів щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення;

- організація разом з Національною академією наук, Академією медичних наук наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки (Постанова Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2006 р. № 1542 "Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України").

Важливе місце у процесі управління у сфері охорони здоров'я відіграють урядові органи державного управління у складі Міністерства охорони здоров'я України. Йдеться про:

- а) Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- б) Комітет з контролю за наркотиками.

2. Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування здійснюють регулювання у сфері охорони здоров'я за рахунок наявності у їх структурі обласних та районних (міських у Києві та Севастополі) управлінь (відділів) охорони здоров'я та відповідних структур виконавчих комітетів рад. Слід підкреслити, що органи місцевого самоврядування здійснюють керівництво діяльністю комунальних закладів охорони здоров'я.

Основними завданнями управлінь охорони здоров'я у складі місцевих органів виконавчої влади є:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;

¾ забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій (Постанова Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. № 1845 "Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації").

3. Центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я (Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство транспорту та зв'язку України, Служба безпеки України тощо) разом з МОЗ України беруть участь у здійсненні державної політики в галузі охорони здоров'я, за рахунок надання медичної допомоги категоріям громадян, котрі мають відношення до вказаних органів виконавчої влади, а також іноді і членам їх сімей. Наприклад, у системі Міністерства оборони України існують військові шпиталі, медичні служби військових частин. Керівництво всіма структурними підрозділами медичної служби здійснюють відповідні управлінські структури вказаного міністерства.

4. Академія медичних наук України - це державна наукова організація з проблем медицини та охорони здоров'я, заснована на державній власності, яка діє відповідно до законодавства України на самоврядній основі. Академія об'єднує у своєму складі дійсних членів (академіків), членів-кореспондентів та іноземних членів, що обираються загальними зборами Академії, та всіх наукових співробітників, що працюють у наукових установах Академії, для спільного проведення досліджень у галузі медичних наук та охорони здоров'я з метою поліпшення здоров'я та продовження життя

населення. Самоврядність Академії полягає у самостійному визначенні тематики досліджень, своєї структури, вирішенні науково-організаційних, господарських, кадрових питань, здійсненні міжнародних наукових зв'язків. Чисельність членів Академії медичних наук України - 50 дійсних членів (академіків) і 95 членів-кореспондентів.

Основними завданнями Академії є:

- визначення пріоритетних напрямів розвитку медичної науки;
- комплексний розвиток медичної науки, проведення фундаментальних та прикладних наукових досліджень у галузі медицини і фармації;
- інтеграція і координація академічної, вузівської та галузевої медичної науки з метою розроблення єдиних засад політики у цій сфері;
- підготовка кандидатів і докторів наук;
- розвиток міжнародного і зовнішньоекономічного співробітництва в галузі медичної науки та охорони здоров'я;
- участь у розробленні пропозицій і рекомендацій з питань розвитку медичної науки, охорони здоров'я, вищої медичної і фармацевтичної освіти;
- підтримка талановитих учених, сприяння науковій творчості молоді в галузі медицини (Постанова Кабінету Міністрів

України від 18 жовтня 1999 р. № 1913 Про затвердження Статуту Академії медичних наук України").

Сьогодні Академія медичних наук України — це потужний науково-клінічний комплекс, в який входять 36 науково-дослідних установ, у яких здійснюється як наукова діяльність, так і надання високоякісної медичної допомоги громадянам.

Крім вищезазначених органів, в рамках даного питання необхідно виділити також консультативно-дорадчі суб'єкти регулювання у сфері охорони здоров'я.

1. Національна рада з питань охорони здоров'я населення — це консультативно-дорадчий орган при Президентові України, основним завданням якої є сприяння формуванню та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я населення.

Національна рада для виконання покладеного на неї основного завдання:

- вивчає та аналізує стан розвитку сфери охорони здоров'я в Україні, здійснює у межах своїх повноважень підготовку пропозицій щодо перспектив та напрямів її розвитку, вдосконалення системи управління охорони здоров'я;
- сприяє у запровадженні європейських стандартів забезпечення права громадян на якісну і доступну медичну допомогу;
- розглядає проекти законів, інших нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я, вносить у встановленому порядку пропозиції щодо вдосконалення законодавства з цих питань;
- аналізує проекти програм розвитку сфери охорони здоров'я;

$\frac{3}{4}$ розробляє та вносить Президентові України пропозиції щодо:

- підготовки та ефективної реалізації заходів, спрямованих на боротьбу із соціально небезпечними хворобами, розвиток вітчизняної фармацевтичної промисловості, залучення благодійних і громадських організацій, меценатів, спонсорів до вирішення актуальних проблем у галузі охорони здоров'я;

- забезпечення узгодження дій органів державної влади, громадських організацій, підприємств, установ і організацій з питань розвитку системи охорони здоров'я населення (Указ Президента України від 26 травня 2006 року № 443/2006 "Про Національну раду з питань охорони здоров'я населення").

2. Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу - це консультативно-дорадчий орган, утворений при Кабінеті Міністрів України з метою координації діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, відповідних міжнародних та громадських організацій, включаючи організації людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, для ефективної реалізації єдиної політики, консолідованого використання коштів та удосконалення системи моніторингу у сфері запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Основними завданнями Ради є:

- розроблення і внесення на розгляд Кабінету Міністрів України пропозицій стосовно визначення пріоритетів державної політики, програм та заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- сприяння консолідованому використанню коштів бюджетів різних рівнів і міжнародних та громадських організацій, що призначені для фінансування програм з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, з метою їх раціонального та ефективного використання;

- інформування Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та громадськості про стан справ з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- розроблення і внесення на розгляд Кабінету Міністрів України проектів актів з питань забезпечення виконання програм та заходів щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- проведення моніторингу за виконанням зазначених програм та заходів (Постанова Кабінету Міністрів України від 16 травня 2005р. № 352 "Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу").

3. Міжвідомча комісія по боротьбі з туберкульозом - це консультативно-дорадчий орган при Кабінеті Міністрів України, утворений для координації діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади з питань розроблення і реалізації правових, організаційних та інших заходів, спрямованих на боротьбу з туберкульозом.

Основними завданнями Комісії є:

- розроблення стратегічних заходів щодо боротьби з туберкульозом, виявлення і лікування хворих, профілактики захворювання серед населення, виявлення туберкульозу у тварин та оздоровлення тваринницьких господарств, а також координація діяльності відповідних державних органів у цій сфері;

- підготовка та подання в установленому порядку пропозицій щодо розроблення і вдосконалення законодавчих та інших нормативно-правових актів, спрямованих на боротьбу з туберкульозом;

- розроблення на основі міжнародних договорів пропозицій про участь представників України в міжнародних організаціях, симпозіумах, конференціях та інших заходах, сприяння співробітництву з міжнародними організаціями та відповідними органами іноземних держав з метою активізації спільних зусиль і вивчення досвіду їх роботи у цій сфері;

- оперативний розгляд питань, пов'язаних із здійсненням заходів щодо боротьби із захворюванням на туберкульоз;

- інформування Президента України, Верховної Ради України і Кабінету Міністрів України про ситуацію в Україні із захворюванням на туберкульоз, здійснення протитуберкульозних заходів (Постанова Кабінету Міністрів України від 28 вересня 2000 р. № 1480 "Про утворення Міжвідомчої комісії по боротьбі з туберкульозом").

4. Національна координаційна рада боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України - це консультативно-дорадчий орган, утворений з метою забезпечення спрямування і координації зусиль органів виконавчої влади і громадських організацій для боротьби з наркоманією як соціальним явищем.

Основними завданнями Національної координаційної ради є:

- розроблення заходів щодо забезпечення реалізації державної політики та контролю за вживанням наркотиків в Україні;

- координація діяльності заінтересованих міністерств, інших органів виконавчої влади та громадських організацій з питань протидії зловживанням наркотичними засобами та їх незаконному обігу;

- організація підготовки та виконання програм запобігання незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, вживання яких перебуває під міжнародним та національним контролем;

- вироблення на основі міжурядових та міжвідомчих угод і домовленостей пропозицій про участь представників України в міжнародних організаціях, симпозіумах, конференціях тощо та здійснення заходів щодо міжнародного співробітництва у питаннях контролю за вживанням наркотиків;

- організація підготовки та внесення в установленому порядку пропозицій про вдосконалення законодавчих та інших нормативних актів, спрямованих на протидію зловживанням наркотичними засобами та їх незаконному обігу;

- подання звітів Кабінетові Міністрів України і відповідним міжнародним організаціям про стан, пов'язаний з обігом наркотичних засобів в Україні, та здійснення заходів, спрямованих на припинення зловживань наркотичними засобами та їх незаконного обігу (Постанова Кабінету Міністрів України від 13 травня 1993 р. № 343 "Про Національну координаційну раду боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України").

5. Міжвідомча координаційна рада при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я - це консультативно-дорадчий орган, утворений з метою координації дій міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади щодо раціонального використання закладів охорони здоров'я, які належать до сфери їх управління.

Основними завданнями Ради є:

- координація робіт, спрямованих на раціональне використання закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади;

- вирішення питань функціональної взаємодії закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади;

- узгодження дій центральних і місцевих органів виконавчої влади з питань реформування охорони здоров'я;

- внесення пропозицій до проектів актів законодавства з питань функціональної взаємодії закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади;
- розгляд пропозицій щодо підвищення ефективності діяльності центральних та місцевих органів виконавчої влади з питань оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом;
- аналіз результатів функціональної взаємодії закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади;
- відпрацювання механізмів оптимізації мережі лікувально-профілактичних закладів за територіальним принципом (Постанова Кабінету Міністрів України від 22 березня 2000 р. № 536 "Про утворення Міжвідомчої координаційної ради при Міністерстві охорони здоров'я з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я").

Розглядаючи управління у сфері медичної діяльності в країні, варто згадати про поділ всієї системи охорони здоров'я на три види:

1. державну;
2. комунальну;
3. приватну.

До державної системи охорони здоров'я належать: Міністерство охорони здоров'я України, Академія медичних наук, які в межах своєї компетенції планують і здійснюють заходи з реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки. До державної системи охорони здоров'я також належать лікувально-профілактичні і науково-дослідні установи, освітні установи, фармацевтичні підприємства і організації, аптечні установи, санітарно-профілактичні установи, установи судово-медичної експертизи, служби матеріально-технічного забезпечення, підприємства з виробництва медичних препаратів і медичної техніки та інші підприємства, установи та організації, що знаходяться в державній власності і підлегли органам управління державної системи охорони здоров'я.

До комунальної системи охорони здоров'я належать: місцеві органи управління охорони здоров'я, а також лікувально-профілактичні і науково-дослідні установи, фармацевтичні підприємства і організації, аптечні установи, освітні установи комунальної власності.

Місцеві органи управління охорони здоров'я несуть відповідальність за санітарно-гігієнічне благополуччя населення, забезпечення доступності населенню гарантованого об'єму медико-соціальної допомоги, розвиток системи охорони здоров'я на підвідомчій території, здійснюють контроль за якістю надання медико-соціальної і лікарської допомоги підприємствами, установами і організаціями державної, комунальної, приватної систем охорони здоров'я, а також особами, що займаються приватною медичною практикою.

До приватної системи охорони здоров'я належать: лікувально-профілактичні і аптечні установи, майно яких знаходиться в приватній власності, а також особи, що займаються приватною медичною практикою і приватною фармацевтичною діяльністю. У приватну систему охорони здоров'я входять лікувально-профілактичні, аптечні, науково-дослідні установи, освітні установи, що створюються і фінансуються приватними підприємствами, установами і організаціями, суспільними об'єднаннями, а також фізичними особами.

Важливим чинником, на який необхідно звернути увагу, є принципи відмінності між державними і комунальними лікувальними установами з одного боку, і приватними з іншого. Найбільш важливі з них формулюються у вигляді двох положень:

1. Призначення. Державні і комунальні лікувальні установи призначені для надання медичної допомоги громадянам за рахунок коштів, які дані установи отримують з бюджетів різних рівнів, інших не заборонених законом надходжень. В той же час приватні лікувальні установи призначені для отримання прибутку. Цей прибуток, як правило, отримується за рахунок надання якісної медичної допомоги. Висока якість необхідна для повноцінної конкуренції з безкоштовними державними і комунальними лікувальними установами.

2. Власність. Державні і комунальні лікувальні установи знаходяться у власності держави і місцевих утворень, а приватні - в приватній власності.

Вивчаючи медичне право, як юристи, так і медичні працівники повинні знати, що відповідно до ст. 49 Конституції України держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Це важливо, оскільки незважаючи на приватну власність, в якій знаходяться приватні лікувальні установи, вони також певною мірою беруть участь у реалізації державних завдань в галузі охорони здоров'я громадян. Розвиваючи всі системи охорони здоров'я, держава сприяє здоровій конкуренції, що зрештою забезпечує реалізацію права громадян на вибір лікаря і лікувально-профілактичної установи.

§ 2. Види лікувально-профілактичної допомоги населенню

Вданий час розрізняють такі види лікувально-профілактичної допомоги:

- первинна лікувально-профілактична допомога;
- вторинна лікувально-профілактична допомога;
- третинна лікувально-профілактична допомога.

Первинна лікувально-профілактична допомога є основною

частиною медико-санітарної допомоги населенню і передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги. Первинна лікувально-профілактична допомога надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики.

Вторинна (спеціалізована) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Третинна (високоспеціалізована) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються (ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Згідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002р. № 385 "Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я"> всі заклади охорони здоров'я поділяються на п'ять груп.

1. Лікувально-профілактичні заклади, до яких належать:

- лікарняні заклади: багатoproфільні (зокрема лікарні, лікувально-діагностичні центри, медико-санітарні частини, медичні центри, міські лікарні швидкої медичної допомоги, перинатальні центри, пологові будинки та інші); однопрофільні (дерматовенерологічні, інфекційні, наркологічні, онкологічні, психіатричні, травматологічні, туберкульозні та інші лікарні); спеціалізовані (зокрема дитячий кардіоревматологічний диспансер, трахоматозний диспансер, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, Центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи та інші); особливого типу (зокрема лікарні "Хоспіс", патолого-анатомічне бюро, Український лепрозорій, Центри реабілітації репродуктивної функції людини та інші);

- амбулаторно-поліклінічні заклади: поліклініки, діагностичні центри, жіночі консультації, пункти охорони здоров'я, фельдшерські пункти;

- заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги: центри екстреної медичної допомоги, станції переливання крові, станції швидкої медичної допомоги, центри заготівлі та переробки плазми, центри служби крові;

- санаторно курортні заклади: бальнеологічні лікарні, грязелікарні, санаторії.

2. Санітарно-профілактичні заклади. до яких належать:

- санітарно-епідеміологічні заклади: дезінфекційні станції, санітарно-епідеміологічні станції;

- заклади санітарної просвіти: центри здоров'я.

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади:

- аптеки;

- аптечні бази (склади);

- бази (склади) медичної техніки;

- бази спеціального медичного постачання;

- контрольні-аналітичні лабораторії;

- лабораторії з аналізу якості лікарських засобів;

- магазини (медичної техніки, медичної оптики).

4. Інші заклади:

- бюро судово-медичної експертизи;

- Головне бюро судово-медичної експертизи України;

- інформаційно-аналітичний центр медичної статистики;

- молочна кухня;

- Центр медичної статистики МОЗ України.

5. Заклади медико-соціального захисту:

- будинки дитини;

- обласні центри (бюро) медико-соціальної експертизи.

Розглядаючи питання про види лікувально-профілактичної допомоги, перш за все необхідно звернути увагу на таке. Як вже було сказано, основною частиною медико-санітарної допомоги населенню є первинна медична допомога. Але система організації первинної медико-санітарної допомоги населенню, що склалася, не є достатньо ефективною. Функції лікаря-терапевта дільничного, який повинен надавати основний обсяг первинної медичної допомоги, в даний час не дозволяють забезпечити надання безперервної і якісної допомоги різним категоріям пацієнтів незалежно від статі і віку. Ключовим завданням у вирішенні вказаного питання є розвиток принципів сімейної медицини, підвищення ролі і ефективності використання лікарів загальної практики (сімейних лікарів) при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розподілу і раціонального використання ними коштів. У більшості країн Західної Європи структуру системи охорони здоров'я становлять первинна медико-санітарна допомога та спеціалізована допомога. При цьому заклади первинної медико-санітарної допомоги надають до 90 відсотків загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики - сімейної медицини становить від 30 до 50 відсотків кількості усіх лікарів, що працюють в галузі охорони здоров'я.

Методологія сімейної медицини ґрунтується на визнанні визначальної ролі сім'ї у формуванні здоров'я усіх її членів, що зумовлено як біологічними, так і соціокультурними факторами. Розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним із засобів підвищення ефективності роботи галузі охорони здоров'я.

Первинна лікувально-профілактична допомога вигідніша суспільству, оскільки вона менш витратна, більш оперативна і максимально наближена до громадян. Саме первинна лікувальна допомога, профілактика та диспансеризація дозволяють вчасно визначити захворювання, не допустити його ускладнення і тим самим уникнути тривалого і дорогого лікування.

Спеціалізована і високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога. Цей вид медичної допомоги надається громадянам при захворюваннях, що вимагають спеціальних методів діагностики, лікування і використання складних медичних технологій.

Основним місцем надання таких видів медичної допомоги є однопрофільні та спеціалізовані лікарні (наприклад, інфекційні, наркологічні, онкологічні, офтальмологічні лікарні).

Важливість знання організаційно-правових особливостей надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в ракурсі медичного права пояснюється такими чинниками:

спеціалізована медична допомога надається переважно пацієнтам з важкими захворюваннями;

- спеціалізована медична допомога вимагає значної кількості матеріальних і кадрових витрат;

- найчастіше в лікарнях знаходяться клінічні бази медичних вузів, де здобувають освіту і удосконалюються медичні працівники;

- саме при наданні спеціалізованої медичної допомоги найбільш вірогідне виникнення порушень прав пацієнтів.

§ 3. Основні напрями удосконалення організації охорони здоров'я

Реалії сьогодення свідчать про необхідність суттєвого оновлення системи організації охорони здоров'я громадян. Поряд із

збереженням відношення до медичної діяльності як однієї з соціальних функцій держави за останній час виникли та посилились тенденції відносно охорони здоров'я громадян як фактору забезпечення національної безпеки України. Існує чимало обставин, котрі свідчать про необхідність зміни пріоритетів стосовно основних напрямів організації у сфері охорони здоров'я. Основними із вказаних обставин є:

- урізноманітнення форм власності лікувальних установ, де громадянам може надаватись медична допомога;
- необхідність урахування прав, свобод і законних інтересів пацієнтів у процесі надання медичної допомоги;
- потреби зміни акцентів при визначенні державного фінансування сфери медичної діяльності в Україні тощо.

Керуючись вищезазначеним, основні пріоритети у сфері організації охорони здоров'я доцільно сформулювати наступним чином:



Забезпечення загальнодоступності медичної допомоги.

Цей напрям полягає у створенні рівних можливостей доступу громадян до ресурсів медицини незалежно від соціального, матеріального статусу, але перш за все від місця проживання. Адміністративно-територіальна реформа як складова частина адміністративної реформи в Україні ставить за мету наблизити до громадян так звані адміністративні (управлінські) та соціальні послуги з боку державних органів та органів місцевого самоврядування. Статистичні дані свідчать, що мешканці понад 9 тисяч сіл України позбавлені можливості отримувати медичну допомогу за місцем проживання — в цих селах немає жодного медичного працівника.

В даному контексті доцільно згадати та якісно використати досвід земської медицини, де одним із способів надання медичної допомоги селянам (а земська медицина перш за все була зорієнтована на них) був так званий роз'їздний метод, коли медичний працівник, відповідаючи за певну кількість сіл, щодня об'їжджав певні села, де і надавав необхідну допомогу. В поєднанні з укрупненням адміністративно-територіальних одиниць, котре планується в зв'язку з реформою, такий метод здатний підвищити рівень сільської медицини і насправді спроможний забезпечити загальнодоступність медичної допомоги.

Важливо також здійснити реструктуризацію галузі на основі науково обґрунтованих потреб міського та сільського населення у різних видах медичної допомоги, пріоритетного розвитку такої допомоги на засадах сімейної медицини (загальної практики), а також реструктуризацію стаціонарної та спеціалізованої допомоги, упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів. З метою наближення до жителів сіл медичної допомоги варто розробити нові технології профілактичної діяльності фельдшерсько-акушерських пунктів, розширити форми лікування, які замінюють перебування у стаціонарі, запровадити пересувні види спеціалізованої медичної допомоги на селі, збільшити обсяги планової стаціонарної та спеціалізованої допомоги в районних лікувально-профілактичних закладах.

Пріоритетність первинної медичної допомоги.

Позитивну роль первинної медичної допомоги було підкреслено в Алма-Атинській декларації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 1978 році. За період часу, що минув, багато країн Європейського регіону зміцнили свої служби первинної допомоги, головним чином, за рахунок надання загальній практиці - сімейній медицині статусу головної медичної спеціальності, представники якої відповідають за надання медичної допомоги при першому контакті з пацієнтом та подальше спостереження за хворими, а також за питання зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. Поняття "лікар загальної практики - сімейної медицини" склалось еволюційним шляхом в історичних умовах часу у ряді європейських країн. Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати як таку, що забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму у всі періоди життя людини.

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

Запровадження обов'язкового медичного страхування.

Медичне страхування - це окремий вид соціального страхування, який гарантує з боку держави рівні можливості для громадян України в отриманні медичної допомоги та забезпеченні ліками. Реалії сьогодення свідчать, що цей шлях в організації медичної діяльності вибрали більшість провідних країн світу. Якщо добровільне медичне страхування у певних варіантах в Україні вже існує, то дискусії з приводу введення обов'язкового страхування не вщухають вже декілька років. Слід наголосити, що фахівці визнають, — альтернативи обов'язковому медичному страхуванню нині в Україні немає.

Позитивні риси, які притаманні такому виду страхування: а) запровадження договірних відносин між суб'єктами медичного страхування (пацієнт, лікувальна установа, страхова медична компанія, роботодавець); б) зміни в системі фінансування медичної сфери; в) вдосконалення контролю за якістю надання медичних послуг. В цілому ж цей напрям тісно пов'язаний з реформуванням економічних засад системи охорони здоров'я. Медичне страхування спрямовуватиметься на створення прозорих фінансово-економічних механізмів використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на медичну допомогу.

У результаті запровадження обов'язкового медичного страхування основними джерелами фінансування охорони здоров'я мають бути: а) кошти державного та місцевих бюджетів; б) кошти обов'язкового добровільного медичного страхування; в) інші, не заборонені законодавством

надходження (благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг тощо).

Думається, що шляхом законодавчого впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні держава зможе набагато в більшій мірі забезпечити реалізацію права громадян на отримання медичної допомоги.

Визначення державних гарантій надання громадянам медичної допомоги.

Скоріше недосяжною мрією можна вважати безоплатність всіх видів та об'ємів медичної допомоги для всіх громадян, котрі звертаються за медичною допомогою. Навіть такі високорозвинені (США, Німеччина, Японія) чи природно багаті країни (Саудівська Аравія, ОАЕ) не можуть собі дозволити таку розкіш, як повністю безкоштовну медицину. Згадуючи радянські часи нашої країни, теж необхідно зазначити, що за певні види медичних послуг (наприклад в стоматології, косметології, санаторно-курортній справі) громадяни здійснювали плату особисто. Тому сьогоденний стан розвитку охорони здоров'я в Україні свідчить про необхідність чіткого визначення переліку тих видів (об'ємів) медичної допомоги, які надаються пацієнтам безкоштовно. Основний критерій, який може вважатись ключовим з точки зору державного регулювання - безоплатність такого мінімуму медичних послуг для пацієнта. Доцільно закріпити вказаний перелік видів медичної допомоги на рівні Постанови Кабінету Міністрів України.

§ 4. Державний контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я

Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Різноманітний характер охорони здоров'я, значний перелік напрямів медичної діяльності обумовлюють особливості підходу стосовно здійснення державного контролю та нагляду у зазначеній сфері. Життя та здоров'я людей є найважливішими соціальними цінностями, тому контроль-наглядовій діяльності у сфері охорони здоров'я повинна приділятися належна увага. Доцільно виділити три ключових об'єкти контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я:

санітарно-епідемічне благополуччя населення;

обіг наркотиків;

обіг лікарських засобів.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд — це діяльність органів, установ та закладів державної санітарно-епідеміологічної служби по контролю за дотриманням юридичними та фізичними особами санітарного законодавства з метою попередження, виявлення, зменшення або усунення шкідливого впливу небезпечних факторів на здоров'я людей та по застосуванню заходів правового характеру щодо порушників.

Основними завданнями цієї діяльності є:

- нагляд за організацією і проведенням органами виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями та громадянами санітарних і протиепідемічних заходів;

- нагляд за реалізацією державної політики з питань профілактики захворювань населення, участь у розробці та контроль за виконанням програм, що стосуються запобігання шкідливому впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я населення;

- нагляд за дотриманням санітарного законодавства;

- проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи, гігієнічної регламентації небезпечних факторів і видача дозволів на їх використання.

Державний санітарно-епідеміологічний нагляд здійснюється вибірковими перевітками дотримання санітарного законодавства за планами органів, установ та закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, а також позапланово залежно від санітарної, епідемічної ситуації та за заявами громадян. Результати перевірки оформлюються актом, форма і порядок складання якого визначаються головним державним санітарним лікарем України (Закон України від 24 лютого 1994 року М 4004-XII "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення").

Контроль за обігом наркотиків є важливим напрямом діяльності держави у сфері охорони здоров'я. На боротьбу з наркоманією спрямовують свою діяльність правоохоронні органи, громадські організації, медичні установи. Одним із ключових державних органів у цій системі є Комітет з контролю за наркотиками - урядовий орган державного управління, що діє у складі МОЗ та йому підпорядковується. Комітет є спеціально уповноваженим компетентним органом у сфері контролю за обігом в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Основними завданнями Комітету є:

- участь у формуванні та реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- забезпечення державного регулювання у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- здійснення державного контролю у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- взаємодія в установленому законодавством порядку з Міжнародним комітетом з контролю за наркотиками ООН, Комісією з наркотичних засобів ООН (Постанова Кабінету Міністрів України від 11 вересня 2003р. № 1446 "Про Комітет з контролю за наркотиками").

Статистичні дані свідчать, що в 2005 році співробітниками Комітету було проведено 449 перевірок, включаючи 252 перевірки лікувально-профілактичних закладів, 100 перевірок аптек, 13 перевірок аптечних баз, 84 перевірки суб'єктів господарювання. Серед виявлених під час перевірок порушень найбільшу кількість складають: відсутність ліцензії; неподання звітів; невідповідність приміщень для зберігання наркотичних засобів та психотропних речовин умовам їх зберігання; порушення при оформленні документів на призначення та відпуск наркотичних засобів та психотропних речовин; ведення медичної та облікової документації; перевищення нормативу зберігання лікарських засобів; непроведення або часткове проведення щоквартальних інвентаризацій.

Контроль за обігом лікарських засобів є важливою ланкою державного регулювання у сфері охорони здоров'я, оскільки значна частина лік випускаються з порушенням діючих норм, є підробками, або такими, ефективність яких не відповідає заявленим виробниками показникам. Керуючись тим, що практична більшість пацієнтів для лікування використовують лікарські засоби, контроль за їх обігом має бути поставлений на належному рівні. З цією метою діє Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення - урядовий орган державного управління, що діє у складі МОЗ та йому підпорядковується.

Основними завданнями Державної служби є:

- участь у формуванні та реалізації державної політики у сфері виробництва, контролю за якістю та реалізацією лікарських засобів і виробів медичного призначення;

- забезпечення державного регулювання та контролю виробництва, ввезення в Україну, вивезення з України, реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, в тому числі вирішення питань їх державної реєстрації та державного контролю за якістю;

- здійснення державного контролю за дотриманням законодавства щодо забезпечення населення і закладів охорони здоров'я якісними, високоефективними, безпечними та доступними лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також законодавства щодо їх обігу, зберігання, застосування, утилізації та знищення (Постанова Кабінету Міністрів України від 2 червня 2003 р. № 789 "Про утворення Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення").

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Дайте визначення охорони здоров'я та назвіть основні принципи охорони здоров'я в Україні.
2. Наведіть класифікацію суб'єктів у сфері управління охорони здоров'я.
3. Що є основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України?
4. Проаналізуйте повноваження у сфері управління охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування, центральних органів виконавчої влади, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я. Академія медичних наук України.
5. Назвіть консультативно-дорадчі суб'єкти у сфері управління охорони здоров'я та проаналізуйте їх повноваження.
6. Назвіть, які установи належать до державної, комунальної і приватної систем охорони здоров'я. У чому полягають принципи відмінності між державними і муніципальними лікувальними установами з одного боку, і приватними з іншою?
7. Охарактеризуйте організаційно-правові особливості первинної лікувально-профілактичної допомоги.
8. Обґрунтуйте необхідність розвитку принципів сімейної медицини.
9. Охарактеризуйте організаційно-правові особливості спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.
10. Наведіть класифікацію закладів охорони здоров'я України.
11. Охарактеризуйте забезпечення загальнодоступності медичної допомоги та пріоритетність первинної медичної допомоги як пріоритети удосконалення організації охорони здоров'я.
12. Зробіть аналіз запровадження обов'язкового медичного страхування та визначення державних гарантій надання громадянам медичної допомоги як пріоритети удосконалення організації охорони здоров'я.
13. Дайте визначення державного санітарно-епідеміологічного нагляду та вкажіть його завдання.
14. Проаналізуйте контроль за обігом наркотиків та контроль за обігом лікарських засобів як види державного контролю у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агарков В.І., Грищенко С.В., Ніколаєнко В.В. та ін. Макроорганізаційні принципи формування ринкових відносин у громадській охороні здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2006. - № 4. - С. 71- 75.
2. Актуальніє проблеми правового регулювання медичинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 173-241.
3. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 231-275.
4. Алексеева І.М. Загальний стан організації законодавства з охорони здоров'я населення України // Запорозький медичинський журнал. - 2007. - № 2. - С. 178-182.
5. Блохин А.Б. К проблемам эффективности управления лечебно-профилактическим учреждением // Здравоохранение РФ. - 2003. - № 5. - С. 24-27.
6. Виноградов О.В. Роль сімейної медицини в стратегії державного управління реформуванням системи охорони здоров'я // Главный врач. - 2007. - № 8. - С. 62-67.
7. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. - 312 с.
8. Гладун З.С. Механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я // Адміністративне право і процес: шляхи вдосконалення законодавства і практики: 36. матер. наук.-практ. конф. (м. Київ, 22 грудня 2006 р.) / Ред. кол.: О.М. Джужа, В.М. Дзюба, С.Г. Стеценко та ін. -К.: Київський нац. ун-т внутр. справ, 2006. - С. 25-28.
9. Голяченко О.М. Українська здоровоохорона: як вийти із кризи. Тернопіль: Лілея, 2002. - 98 с.
10. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української здоровоохорони. - Вінниця, 1996. - 100 с.
11. Дешко Л. Поняття державного регулювання господарської діяльності в сфері охорони здоров'я // Право України. - 2005. - № 8. - С. 28-31.
12. Кундієв Ю. З висоти - стрімголов, або чому реформи охорони здоров'я є неефективними? // Дзеркало тижня. - 2008. - № 1. - С. 15
13. Лехан В.М. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи / Міжнародний фонд "Відродження"; Інститут відкритого суспільства. - К.: Сфера, 2002. - 28с.
14. Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении / Под ред. О.П. Щепина. - М.: Медицина, 2003. - 64 с.
15. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЗОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.
16. Медицинское право Украины. Учебное пособие. Волков В.Д., Дешко Л.Н., Заброцкий В.П. и др. - Донецк: ДонНУ, 2005.-268 с.
17. Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів / Упоряд. і наук. ред. Н.Б. Болотіна. - К.: Ін Юре, 2001. - 412 с.
18. Москаленко В.Ф. Основні здобутки у сфері охорони здоров'я за роки незалежності України // Охорона здоров'я України. — 2001.-№3(3).-С. 4-12.

19. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 528 с.
20. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я України / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. - К.: Вид-во Раєвського, 2005. - 168 с.
21. Охорона здоров'я в регіонах: влада і громада. Збірка матеріалів по дослідженню політики стосовно охорони здоров'я в Україні. - Одеса, 2007. - 115 с.
22. Радиш Я.Ф. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (Монографія) / Передмова і загальна редакція - проф. Н.Р. Нижник. - К.: Вид-во УАДУ, 2001.-360 с.
23. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. - К.: Сфера, 2005. - 272 с.
24. Стеценко Г.С., Побережний А.І., Сміянов В.А., Андріївський І.Ю., Гаврилюк О.Ф. Реформа охорони здоров'я в Україні / За ред. проф. Голяченка О.М. - Тернопіль: Лілея, 2006. - 160 с.
25. Стеценко Г.С. У чеканні зрушень // Урядовий кур'єр. - 2007.-№199.
26. Стеценко Г.С. Хто і коли відповідатиме за хвороби і передчасне вимирання українців? // Ваше здоров'я. - 2007. - № 47.
27. Стеценко С.Г. Адміністративне право України: Навчальний посібник. - К.: Атіка, 2007. - С. 446-469.
28. Стеценко С.Г. Державне управління в галузі охорони здоров'я: формулювання принципів // Українське адміністративне право: сучасний стан і перспективи реформування. Матеріали IV Національної науково-теоретичної конференції. - Сімферополь, 2005. - Спец, випуск: у 2 ч. - Ч. 2. С. 176-179.
29. Стеценко С.Г. Организационно-правовые проблемы управления здравоохранением // Научные труды Государственного института усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации. - 2002. - № 1. - С. 11-13.
30. Хальфин Р.А. Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению // Здравоохранение. - 2003.-№10.-С. 19-26.

Глава 10. ЮРИДИЧНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ПРОФЕСІЙНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ

- § 1. Загальні питання юридичної відповідальності медичних працівників.
- § 2. Кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів.
- § 3. Цивільно-правова відповідальність лікувально-профілактичних закладів.
- § 4. Адміністративна і дисциплінарна відповідальність медичних працівників.

§ 1. Загальні питання юридичної відповідальності медичних працівників

Одним із важливих питань, які розглядає теорія права, є юридична відповідальність за вчинення правопорушення. Дотримуючись точки зору, що юридична відповідальність - це застосування заходів державного примусу до особи, яка вчинила правопорушення, важливо зауважити, що цей підхід застосовується і до галузі, яка розглядається, - регламентації охорони здоров'я громадян. Дослідження проблем юридичної відповідальності у галузі медичної діяльності виправдане як у теоретичному, так і в практичному аспектах. Мова йде про те, що питання про юридичну відповідальність виникає тоді, коли юридичний конфлікт у сфері надання медичної допомоги виник і вже вичерпані всі засоби його вирішення. Зважаючи на збільшення кількості позовних заяв громадян

щодо неналежного надання медичної допомоги, проблемам юридичної відповідальності медиків за професійні правопорушення треба приділяти більше уваги.

Реалізація юридичної відповідальності досягається за рахунок використання правових засобів, що дозволяє здійснювати вплив права на суспільні відносини у сфері медичної діяльності. Як відомо, не всі медичні втручання закінчуються вдало, тобто одужанням пацієнта. У тих випадках несприятливих результатів, коли не доводиться говорити про правомірність дій медика, існує необхідність об'єктивної оцінки проведеного лікування і визначення виду й ступеня відповідальності медичного працівника. У зв'язку з цим особливу увагу треба приділити попередньому теоретико-правовому осмисленню проблем відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення.

Загальна мета, яка переслідується при дослідженні питань юридичної відповідальності лікарів, - шляхом комплексного висвітлення створити умови для попередження нових медичних правопорушень. Вона досягається за рахунок державного примусу у відновленні правопорядку й точного застосування норм права при визначенні виду відповідальності. В медицині, яка займається питаннями життя і здоров'я, як у жодній іншій галузі суспільних відносин, аспекти відповідальності повинні бути чітко розроблені й означені, оскільки правопорушення, які здійснюються у сфері охорони здоров'я, мають особливе значення і викликають великий суспільний резонанс. З цієї причини відновлення законності в цій галузі особливо важливе.

Соціально-економічні та законодавчі зміни, які сталися за останній час в Україні, ще більше утвердили становище, відповідно до якого медицина та діяльність медичних працівників регламентуються правом. За своєю суттю відповідальність лікаря означає міру впливу держави на людину, яка з тих чи інших причин скоїла вчинок, що суперечить прийнятим у медицині нормам і правилам. Важливо зазначити, що перш за все мова йде про порушення професійних обов'язків медика. У решті випадків лікарі несуть відповідальність за загальними правилами.

Юридична відповідальність медичного працівника за професійне правопорушення — це 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 або майнового характеру.

Людина, яка потребує медичної допомоги, сподівається, що ця допомога буде надана належним чином, на високому професійному рівні. Лікарі, люди в білих халатах, у всі часи сприймалися як носії добра, до них завжди зверталися з надією на допомогу. Саме тому дуже складно в науці й на практиці вирішувати питання відповідальності медиків за ту чи іншу шкоду, заподіяну здоров'ю пацієнта. Однак з правової точки зору таку роботу необхідно проводити, оскільки і лікарі повинні знати про таку відповідальність, яка настає у разі правопорушень, і пацієнти мають бути впевнені, що охорона їхніх прав і законних інтересів гарантується з боку держави та суспільства, в тому числі й таким чином.

У суспільній свідомості сформувалась і досить довгий час природним способом підтримувалась думка про величезну відповідальність лікарів за життя і здоров'я людей. Водночас реалії останнього десятиріччя в Україні свідчать про те, що актуальність розгляду питань юридичної відповідальності в медицині підтверджується збільшенням кількості позовних заяв громадян у зв'язку з різними порушеннями в процесі лікування. Варто зазначити, що Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992р. у ст. 6 серед прав, що входять до структури права людини на охорону здоров'я, закріплюють право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди. У ст. 8 Основ гарантується державний захист права на охорону здоров'я, а саме передбачено, що у разі порушення законних прав та інтересів громадян у галузі охорони здоров'я відповідні державні, громадські або інші органи, підприємства, установи та організації, їх посадові особи і громадяни зобов'язані вжити заходів щодо поновлення порушених прав, захисту законних інтересів та відшкодування заподіяної шкоди.

Ці положення повинні бути ключовими при розгляді питань підвищення правової освіченості лікарів. На практиці сьогодні відсутність знань з права для лікарів стає небезпечною. Для того, щоб медичні працівники, не озираючись на можливі правові санкції, виконували свої професійні обов'язки, їм необхідні глибокі знання з права загалом і з питань юридичної відповідальності зокрема. Тоді слова відомого американського кардіолога Б. Лоуна вважатимуться винятком, а не правилом: "Коли лікарів питають, що їх хвилює понад усе, вони завжди кажуть - судове переслідування". Запорука цьому — чітко визначені принципи і правила юридичної відповідальності медичних працівників за вчинення професійних правопорушень.

Історія правового регулювання медичної діяльності багата прикладами різного ставлення суспільства до питань відповідальності лікарів. Тут необхідно згадати закони вавилонського царя Хаммурапі (1792 -1750 рр. до н. е.), які визначали відповідальність лікаря за свої професійні порушення. Цікаво, що мірою покарання для лікаря, у якого помер пацієнт або втратив око, було відрубання йому руки. Медик, у разі смерті раба при медичному втручанні, був зобов'язаний віддати господареві іншого раба. Висвітлені вище в цьому підручнику особливості регулювання медичної діяльності в часи Київської Русі свідчать, що лікар ніс відповідальність за шкоду, завдану невдалим лікуванням. Надалі в нашій країні спостерігалась тенденція у бік кримінально-правового регулювання відповідальності медичних працівників. Цією обставиною пояснюється той факт, що у лікарів вищий рівень знань саме в питаннях кримінальної відповідальності за свої вчинки.

Розглядаючи види юридичної відповідальності у сфері медицини, слід звернути увагу на існування різних поглядів щодо цього питання. Наприклад, у сучасному австралійському праві існують дві моделі деліктної відповідальності - об'єктивна і відносна. Згідно з першою, медик відповідальний за заподіяння шкоди потерпілому, якщо з точки зору об'єктивної оцінки середнього спостерігача саме поведінка лікаря вплинула на природній хід подій. Натомість відносна модель відповідальності використовується тоді, коли має місце матеріальна шкода, завдана в результаті лікування. Як критерій такої шкоди розглядаються загальні правила відносно товарів, послуг, цінних паперів, упущеної вигоди і таке ін. У США, порівняно з іншими країнами, суттєво спрощена процедура доведення вини медиків. Можна припустити, що значна кількість лікарських позовів у цій країні, велика кількість юридичних конфліктів у сфері медичної діяльності в поєднанні з найбільшою у світі кількістю "класичних" юристів і юристів, які спеціалізуються у галузі медичного права, а також з підвищеними заходами, спрямованими на дотримання прав пацієнтів, — це прямі наслідки такого підходу.

В Україні досить довгий час мова йшла переважно про кримінально-правові методи впливу на правопорушників у сфері медицини. Прийняття нового Цивільного кодексу України, розвиток законодавства про охорону здоров'я, формування судової практики у справах про притягнення до відповідальності медичних працівників свідчить про наявність чотирьох принципово різних видів відповідальності лікарів за вчинені правопорушення:

- кримінальна;
- цивільна (майнова);
- адміністративна;
- дисциплінарна.

Сьогодні, за даними різних соціологічних досліджень, лікарі більш компетентні у питаннях кримінальної відповідальності, хоча збільшення кількості випадків притягнення медиків до інших видів відповідальності змушує зосередити увагу на їхній освіті. Запорукою якісної правотворчої роботи, скерованої у бік удосконалення законодавства про охорону здоров'я громадян, є якісна теоретико-правова база, яка повинна формуватись у результаті комплексних досліджень із залученням юристів, організаторів охорони здоров'я, лікарів, що практикують, та представників інших зацікавлених сторін.

§ 2. Кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів

Відповідно до законодавства кримінальна відповідальність настає за злочин - вчинення особою суспільно-небезпечного винного діяння, яке містить склад злочину, що передбачений Кримінальним кодексом України. Щодо медичної діяльності, незважаючи на суттєві особливості, які відрізняють цю сферу, принципи кримінальної відповідальності медичних працівників мають загальний характер. Медики відповідальні за вчинення злочинів на загальних засадах, до того ж у Кримінальному кодексі України 2002 р. (далі - ККУ) є ряд складів злочинів, які мають відношення саме до професійної діяльності лікарів.

Значення вивчення питань кримінально-правової відповідальності медичних працівників зумовлена такими основними причинами:

- протиставлення своїх дій самій суті медичної професії особою, яка вчинила професійний злочин;
- найбільше суспільне значення злочинів порівняно з іншими < видами медичних правопорушень;
- труднощі з визначенням та доведенням форми вини конкретного медичного працівника, підозрюваного у вчиненні професійного злочину;
- відсутність у представників судово-слідчих органів чіткого уявлення про специфіку професійних злочинів медичних працівників;
- необхідність для лікарів адекватного сприйняття тих наслідків, які настають за порушення норм кримінального закону.

Медичне право як навчальна дисципліна переслідує мету висвітлення найбільш загальних питань кримінально-правової відповідальності медичних працівників. У цій частині, без сумніву, студенти повинні застосувати ті знання, які вони здобули при вивченні кримінального права (студенти-юристи) і правознавства (студенти-медики). А в рамках медичного права доцільно нагадати основні поняття кримінального права, що стосуються медичної діяльності, та детальніше зупинитися на тих злочинах медичних працівників, які мають яскраво виражений професійний аспект. У рамках аналізу питань кримінальної відповідальності медичних працівників важливо говорити саме про професійні злочини, тобто такі, за які відповідальність покладається на медика в силу: 1) вчинення ним злочину; 2) причетності особи, яка вчинила злочин, до медичної професії.

Необхідно зазначити, що проблеми злочинів та кримінальної відповідальності медиків є однією з найбільш дискусійних тем у медико-правовій літературі. Комплексні дослідження питань правового регулювання медичної діяльності в значній мірі зачіпають кримінально-правові проблеми, аналізуючи ті чи інші аспекти. Ці чи інші зазначені причини обумовлюють необхідність вивчення кримінально-правової відповідальності медичних працівників у рамках медичного права.

Під професійним медичним злочином слід розуміти умисне або необережне діяння, вчинене медичним працівником при виконанні професійних обов'язків, заборонене кримінальним законом під загрозою покарання.

У діяльності медичних працівників умисні злочини зустрічаються рідше, ніж необережні. Серед злочинів першої групи (умисні) найбільш суспільно небезпечним є ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 ККУ). Водночас серед необережних злочинів найбільш актуальними є неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 ККУ), вбивство через необережність (ст. 119 ККУ) і необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 128 ККУ).

Важливість визначення вини (тобто психічного ставлення медика до вчиненого правопорушення) не викликає сумнівів, оскільки від цього залежить і кваліфікація злочину, і санкції, що застосовуються. Поряд з формами вини мають значення також й інші складові суб'єктивної сторони вчинення

злочину. Мова йде про мотиви, мету та емоції суб'єкта злочину при вчиненні суспільно небезпечного діяння. Злочини, які вчиняють лікарі з прямим умислом, завжди більш значущі, і з цієї причини наслідки їх більш негативні, ніж злочини, які вчиняються з непрямим умислом або які вчиняються з необережності. Тому, кажучи про профілактику злочинів, котрі вчиняють лікарі, слід зупинитися саме на тих, які вчинені з прямим умислом.

Обставини, які виключають злочинність діяння. З позицій медичного права вкрай важливо орієнтуватися у питаннях, пов'язаних з обставинами, що виключають злочинність діяння. Серед інших обставин, зазначених у розділі 8 ККУ, для вивчення кримінально-правової відповідальності медичних працівників мають значення два:

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

Щодо крайньої необхідності кримінальний закон визначає, що не є злочином заподіяння шкоди правоохоронюваним інтересам у стані крайньої необхідності, тобто для усунення небезпеки, що безпосередньо загрожує особі чи охоронюваним законом правам цієї людини або інших осіб, а також суспільним інтересам чи інтересам держави, якщо цю небезпеку в цій обстановці не можна було усунути іншими засобами і якщо при цьому не було допущено перевищення меж крайньої необхідності.

Мова йде про те, що професія лікаря, її специфічні особливості, пов'язані з наданням екстреної (ургентної) медичної допомоги (анестезіологія, хірургія, трансплантологія, невідкладна кардіологія та ін.), нерідко пов'язані з поняттям крайньої необхідності, оскільки дії лікарів скеровані на "усунення небезпеки, що безпосередньо загрожує особі". Для того, щоб такі випадки дійсно могли бути розглянуті з позиції крайньої необхідності, що передбачає виключення злочинності діяння лікаря, необхідно вказати критерії правомірності акту крайньої необхідності у сфері медичної діяльності. До них належать:

1. Небезпека повинна бути справжньою (реальною). Патологічний стан, який потребував надання екстреної медичної допомоги, що пов'язана із заподіянням шкоди здоров'ю людини, повинен бути таким насправді.
2. Небезпека повинна становити реальну загрозу. Тут мова йде про те, що захворювання (травма) безпосередньо (а не опосередковано, проявившись через визначений час) загрожує життю і здоров'ю людини.
3. Усунути цю небезпеку за даних обставин не можна іншими засобами, крім тих, які пов'язані із заподіянням шкоди. Іншими словами, без заподіяння шкоди людині за даних обставин не можливо усунути ту причину (захворювання, травму), яка становить небезпеку для життя і здоров'я.

Ще раз підкреслимо, що це стосується тільки тих медичних втручань, які є невідкладними, оскільки мова йде про життя і смерть людини, а зволікання може призвести до смерті. Всі інші варіанти надання медичної допомоги (а таких більшість), які не мають екстреного характеру, при вчиненні медиком злочину не можуть розглядатись як обставина, що виключає злочинність діяння. Як приклад можна згадати сферу трансплантології, де принципово всі види пересадок органів поділяють на дві групи: а) з використанням трупних трансплантатів; б) з використанням трансплантатів, отриманих від живих донорів. Інститут крайньої необхідності виключає злочинність дій медиків при пересадці з використанням трупного органу або тканини, водночас крайньою необхідністю не може бути декриміналізована пересадка з вилученням органу чи тканини живого донора.

Діяння, пов'язане з ризиком - ще одна підстава, що виключає злочинність у діях медичного працівника. Стаття 42 ККУ визначає, що не є злочином діяння, яке заподіяло шкоду правоохоронюваним інтересам, якщо це діяння було вчинене в умовах виправданого ризику для досягнення значної суспільно корисної мети.

Професія лікаря пов'язана з необхідністю експериментування у певних ситуаціях. Це необхідно як для розвитку медичної науки, так і для порятунку життя та здоров'я окремої людини, якій традиційні методи і засоби медицини вже не можуть допомогти. Як і у випадку з крайньою необхідністю, слід звернути увагу на умови правомірності діяння, пов'язаного з ризиком у медичній діяльності. До них належать:

1. Шкода здоров'ю заподіюється для досягнення соціально корисної мети. Експеримент не повинен проводитись заради експерименту - він спрямований на розвиток медичної науки або на порятунок життя і здоров'я людини.
2. Ця мета не може бути досягнута звичними засобами, не пов'язаними з ризиком. Якщо надавати допомогу особі, яка її потребує, можна було звичайним, традиційним, не пов'язаним з ризиком способом, то в такому разі, при заподіянні шкоди здоров'ю людини дії лікаря є злочином.
3. Шкідливі наслідки при ризику медичний працівник усвідомлює лише як побічний і можливий варіант його дій.
4. Медичний працівник володіє відповідними знаннями та вміннями, які дозволяють у певній ситуації попередити настання шкідливих наслідків.
5. Медичний працівник вжив достатніх, на його думку, заходів для відвернення шкоди для життя і здоров'я пацієнта.

За наявності всіх цих умов ризик, на який пішов медик при виконанні своїх професійних обов'язків, буде обґрунтованим, це стане обставиною, яка виключатиме злочинність діяння. Треба зазначити, що сам факт наявності можливості для лікаря використати нові методи лікування без страху кримінального переслідування у результаті - великий плюс у справі кримінально-правової регламентації медичної діяльності і, в результаті, - важливий фактор для розвитку медичного права і самої медицини.

Класифікація і види злочинів, за які медичні працівники можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності. Медичний працівник з позиції кримінального права розглядається з урахуванням двох особливостей. Перша полягає у сприйнятті медика як загального суб'єкта вчинення злочину. Друга зводиться до сприйняття медичного працівника як спеціального суб'єкта вчинення злочину, пов'язаного з фактом здобуття медичної освіти. Керуючись такими особливостями, а також можливістю медика виконувати певні службові обов'язки, всі злочини, за які медичні працівники можуть бути притягнені до кримінальної відповідальності, поділяються на три групи:

Професійні медичні злочини.

Службові медичні злочини.

Злочини, за які медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності на загальних підставах.

До першої групи належать злочини, які пов'язані з професійною діяльністю медичних працівників. До суспільно небезпечних діянь, заборонених ККУ під загрозою покарання і пов'язаних з медичною діяльністю, належать:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131);
- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132);
- незаконне проведення абортів (ст. 134);
- неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137);

- незаконна лікувальна діяльність (ст. 138);
- ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139);
- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140);
- порушення прав пацієнта (ст. 141);
- незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142);
- порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143);
- насильницьке донорство (ст. 144);
- незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145);
- підміна дитини (ст. 148);
- незаконне поміщення в психіатричний заклад (ст. 151);
- незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (ст. 319);
- порушення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 320);
- порушення правил боротьби з епідеміями (ст. 325) тощо.

Другу групу злочинів, за які медичні працівники можуть бути притягнені до кримінальної відповідальності, складають суспільно небезпечні діяння, які пов'язані з виконанням медиком службових обов'язків. У ККУ передбачено склади злочинів у сфері службової діяльності. Деякі з них можуть мати відношення і до медичних працівників, але тільки до тих, які є службовими особами. Мова йде про такі злочини, як:

- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132);
- неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137);
- порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184);
- зловживання владою або службовим становищем (ст. 364);
- перевищення влади або службових повноважень (ст. 365);
- службове підроблення (ст. 366);
- службова недбалість (ст. 367);
- одержання хабара (ст. 368) та інші.

У практичному розумінні дуже важливим є питання про те, хто ж у сфері медичної діяльності є службовими особами. Відповідно до ст. 364 КК України службовими особами визнаються особи, які постійно чи тимчасово здійснюють функції представників влади, а також обіймають постійно чи

тимчасово на підприємствах, в установах чи організаціях незалежно від форми власності посади, пов'язані з виконанням організаційно-розпорядчих чи адміністративно-господарських обов'язків, або виконують такі обов'язки за спеціальним повноваженням. У Постанові Пленуму Верховного Суду України від 26 квітня 2002 року "Про судову практику у справах про хабарництво" деталізовано положення Кодексу в аспекті тлумачення деяких понять. До представників влади згідно Постанови належать, зокрема, працівники державних органів та їх апарату, які наділені правом у межах своєї компетенції ставити вимоги, а також приймати рішення, обов'язкові для виконання юридичними і фізичними особами незалежно від їх відомчої належності чи підлеглості. Відповідно організаційно-розпорядчі обов'язки - це обов'язки по здійсненню керівництва галуззю промисловості, трудовим колективом, ділянкою роботи, виробничою діяльністю окремих працівників на підприємствах, в установах чи організаціях незалежно від форми власності. Під адміністративно-господарськими обов'язками розуміють обов'язки по управлінню або розпорядженню державним, колективним чи приватним майном (установлення порядку його зберігання, переробки, реалізації, забезпечення контролю за цими операціями тощо).

Таким чином, під службовою особою у сфері медичної діяльності слід розуміти особу, яка наділена владними повноваженнями у сфері медичної діяльності, яка здійснює організаційно-розпорядчі та адміністративно-господарські функції в органах управління охорони здоров'я, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та інших закладах державної і комунальної систем охорони здоров'я.

Третю групу з представленої класифікації складають злочини, за які медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності на загальних підставах. До них можуть відноситись ті злочини, за які медичний працівник притягується до кримінальної відповідальності як загальний суб'єкт цього злочину, тобто без урахування відношення до професійної медичної діяльності.

Найбільш показовим з позиції злочинних діянь медичних працівників є ненадання допомоги хворому медичним працівником, воно відноситься у класифікації до злочинів, які пов'язані з професійною діяльністю медичних працівників. Злочинність такого діяння визначена положеннями ст. 139 ККУ. Відмінною особливістю такого злочину є те, що суб'єктом його вчинення може бути тільки медичний працівник (лікар, фельдшер, медична сестра, акушер, працівники служби швидкої медичної допомоги та державної служби медицини катастроф). Ненадання допомоги хворому - найбільш значне серед навмисних злочинів, вчинених медичним працівником. Кримінальна відповідальність настає за наявності наслідків у вигляді смерті, заподіянні тяжкої або середньої тяжкості шкоди здоров'ю людини.

Важливим фактором при вивченні цього виду злочинного діяння у рамках медичного права є обставини, які виключають злочинність діяння. До них можуть бути віднесені:

- хвороба самого медичного працівника;
- непереборна сила;
- відсутність для надання конкретного виду допомоги кваліфікації;
- стан крайньої необхідності;
- відсутність необхідних ліків, інструментів для надання медичної допомоги.

Перелік цих обставин не може бути вичерпним. Судово-слідчі органи визначають такі обставини у кожному конкретному випадку ненадання допомоги хворому. Не є обставинами, які виключають злочинність діяння, виклик у нічний і неробочий час, перебування у відпустці, відсутність згоди хворого або його законного представника на медичне втручання у невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною і таке ін.

Ще одним складом злочину, що найчастіше зустрічається на практиці є неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. Суб'єктом злочину є медичні та фармацевтичні працівники, у тому числі ті, хто займається приватною медичною чи фармацевтичною практикою. Цей злочин характеризується необережністю із суб'єктивної сторони і вважається закінченим з моменту настання тяжких наслідків для хворого (наприклад, смерть пацієнта, його самогубство, заподіяння тяжкої або середньої тяжкості шкоди здоров'ю).

Невиконання професійних обов'язків означає, що медичний або фармацевтичний працівник не вчиняє ті дії, які він в силу виконуваної роботи зобов'язаний був вчинити. Неналежне виконання професійних обов'язків має місце у разі, коли медичний або фармацевтичний працівник виконує свої обов'язки не у повному обсязі, недбало, поверхово, не так, як цього вимагають інтереси його професійної діяльності. Невиконання чи неналежне виконання професійних обов'язків може бути як одноразовим, так і систематичним. Заст. 140 можуть кваліфікуватись, зокрема, такі діяння:

- несвоєчасний або неправильний діагноз захворювання;
- залишення хворого без належного медичного догляду;
- переливання крові іншої групи;
- залишення сторонніх предметів в організмі хворого під час хірургічної операції;
- застосування неправильного лікування;
- недостатній контроль за медичною технікою;
- невиконання медсестрою вказівки лікаря щодо застосування до хворого ліків чи процедур тощо.

Цікавим видається аналіз випадку з юридичної практики. 319 вересня до 23 вересня 2005 року гр. П., 12.05.2004 р.н., знаходився на лікуванні в ЦРЛ. 25 вересня 2005 р. гр. П. помер у реанімаційному відділенні обласної клінічної лікарні. Прокуратурою було порушено кримінальну справу за ч. 2ст. 137 КК України та ч. 2 ст. 140 КК України. За результатами проведеного прокуратурою досудового слідства за скаргою батьків було встановлено, що при лікуванні дитини П. медична допомога не була надана в повному обсязі. Лікуючий лікар гр. М. лікування проводила неправильно, не вжила всіх необхідних заходів для врятування життя пацієнта П. Зокрема, не були проведені необхідні заходи діагностики, що призвело до пізнього встановлення основного захворювання, діагнозу і відповідно до відсутності адекватного лікування. Кримінальну справу з обвинувальним висновком щодо лікаря М. було передано до суду. Провадження по справі про обвинувачення лікаря М. було закрито відповідно до ст.ст 7-1, 282 КПК України. На підставі ч. 1 ст. 47 КК України лікаря було звільнено від кримінальної відповідальності з передачею на поруки колективу ЦРЛ. У процесі розслідування справи адвокатами було використано процедуру посередництва (медіації) з метою примирення лікаря і батьків померлої дитини, визнаних потерпілими по справі. Було укладено договір про примирення і відшкодування потерпілим моральної шкоди у сумі 25 250 грн. Обраний спосіб захисту прав і законних інтересів батьків померлого П. у формі відшкодування моральної шкоди, відображений у Договорі, припинив спірні правовідносини між Сторонами і підтвердив відсутність претензій між ними у майбутньому.

Таким чином, підводячи підсумок кримінально-правової відповідальності медичних працівників, слід зазначити, що зайва криміналізація медичної діяльності, введення у кримінальне законодавство нових норм і складів злочинів, пов'язаних з медициною, не завжди виправдана. Доцільно розглядати питання про кримінальну відповідальність медичних працівників за злочинні порушення у сфері репродукції, трансплантації органів та тканин людини, генетики, інших нових сфер медицини. Це необхідно з метою недопущення зловживань у цих сферах надання медичної допомоги, з метою формування суспільних відносин у потрібному для всього суспільства напрямі. Водночас додаткове поширення кримінально-правових норм на ті відносини, які вже є у КУ, потенційно може створити ситуацію, за якої професія лікаря розглядатиметься з позиції високого ступеня ризику кримінальної відповідальності.

§ 3. Цивільно-правова відповідальність лікувально-профілактичних закладів

На сьогоднішньому етапі розвитку українського суспільства і медико-правової науки на перший план відносно відповідальності лікарів за професійні правопорушення виходить цивільно-правова відповідальність. Відразу зауважимо, що винесене в заголовок параграфа формулювання не випадкове - відповідальність у цивільному праві за свого працівника несе роботодавець, тобто в даному випадку - лікувально-профілактичний заклад, в якому працює медичний працівник. Покладення відповідальності на працівника, який безпосередньо заподіяв шкоду, зробило б менш реальним механізм відшкодування шкоди пацієнтові. Реалії сьогодення свідчать, що практично не відомий раніше вітчизняній медицині цивільно-правовий механізм відповідальності все частіше стає потрібним у випадках юридичних конфліктів. У зв'язку з цим необхідно акцентувати особливу увагу медичних працівників і юристів, які вивчають медичне право, на значенні опанування основ цивільно-правової відповідальності за професійні порушення. Для досягнення вказаної мети необхідно проаналізувати ситуацію, що склалась, в аспекті теоретичних основ і практичної реалізації вказаного виду відповідальності.

Для того, щоб більш детально уявляти поняття і принципи цивільно-правової відповідальності у сфері медичної діяльності, необхідно знати, що загалом цивільне законодавство ґрунтується на визнанні:

- неприпустимості свавільного втручання у сферу особистого життя людини;
- неприпустимості позбавлення права власності, крім випадків встановлених Конституцією України та законами України;
- свободи договору;
- свободи підприємницької діяльності, яка не заборонена законом;
- судового захисту цивільного права та інтересу;
- справедливості, добросовісності та розумності.

При цьому відповідно до ст. 1 Цивільного кодексу України (далі - ЦКУ) цивільним законодавством регулюються особисті немайнові та майнові відносини, засновані на юридичній рівності, вільному волевиявленні, майновій самостійності їх учасників. Це є додатковим свідченням наявності певного масиву медичних правовідносин, урегульованих за допомогою цивільно-правового методу, тобто коли і пацієнт, і медичні заклади рівні у своїх правах при наданні медичної допомоги і між ними не діє принцип "влада - підпорядкування".

Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності - це варіант юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і який полягає переважно в необхідності відшкодування шкоди. До особистих немайнових благ громадян, які безпосередньо пов'язані з медичною діяльністю, належать перш за все життя і здоров'я. З цієї причини можна стверджувати, що цивільно-правова відповідальність - це своєрідний засіб забезпечення захисту особистих немайнових прав (життя і здоров'я) пацієнтів при наданні медичної допомоги.

Розкриваючи поняття і суть цивільно-правової відповідальності у сфері медичної діяльності, важливо зрозуміти основні причини її виникнення. Ця відповідальність настає при порушенні медиками виконання своїх професійних обов'язків, унаслідок чого було заподіяно шкоду здоров'ю пацієнта. Якщо в основі правопорушення лежить лікарський злочин, то притягнення медика до кримінальної відповідальності не перешкоджає можливості вимагання з боку пацієнта або його законних представників цивільно-правового відшкодування шкоди. Цивільно-правова відповідальність медиків є окремим випадком професійної відповідальності загалом. Ключовим фактором цивільно-правової відповідальності є необхідність відшкодування заподіяної шкоди. У зв'язку з цим,

враховуючи багатогранність медичної діяльності, коли вона нерідко стає агресивним фактором, що має несприятливі наслідки, важливо враховувати значну кількість підстав, згідно яких може виникнути цивільно-правова відповідальність.

Основними документами, які складають нормативно-правову базу, що визначає майнову відповідальність медиків за вчинення професійних правопорушень, є:

- Цивільний кодекс України;

- Закон України від 12 травня 1991 року № 1023-ХІІ "Про захист прав споживачів".

Сучасне законодавство визначає такі умови настання цивільно-правової відповідальності у сфері медичної діяльності:

1. Протиправна поведінка (дія чи бездіяльність) медичного персоналу.
2. Заподіяння шкоди пацієнту.
3. Причинний зв'язок між протиправністю та настанням шкідливих наслідків.
4. Вина заподіювана шкоди.

Протиправність — це наявність певного відхилення від правил (норм) надання медичної допомоги, порушення суб'єктивного права пацієнта. Протиправність може виражатись як у дії, так і в бездіяльності. Наприклад, під стандартизацією, яка запроваджується у практику охорони здоров'я, розуміють використання певних стандартів (протоколів) ведення хворих з тими чи іншими захворюваннями. Відхилення від таких стандартів у лікуванні захворювання, при настанні несприятливого результату, є протиправним і може розглядатись як одна з умов настання цивільно-правової відповідальності медичної установи. А порушення суб'єктивного права пацієнта може виражатись у недостатньому інформуванні його з боку медичного працівника про наступне медичне втручання, у результаті чого порушується суб'єктивне право пацієнта на поінформовану добровільну згоду на медичне втручання.

Шкода - це матеріальні збитки, які виражаються у зменшенні майна потерпілого пацієнта і (або) зменшенні його нематеріального блага (життя, здоров'я). Різновидами шкоди як результату протиправного медичного втручання є:

- майнова (реальні втрати, неотримані доходи, витрати на харчування, лікування, догляд тощо);

- моральна (фізичні та моральні переживання пацієнта, який постраждав у результаті медичного втручання).

Фізична шкода здоров'ю визначається відповідно до Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, затверджених наказом МОЗ України від 17 січня 1995 року.

Майнова шкода визначається в результаті підрахунків втраченого заробітку, витрат на лікування, додаткове харчування, придбання ліків, догляд і таке ін. Іншими словами - це все ті витрати, які в пацієнта виникли у зв'язку із заподіянням йому шкоди, а також всі доходи, які потерпілий міг би точно отримати. Ці обставини повинні бути підтверджені документально. Наприклад, витрати на додаткове харчування визначаються на основі довідки медичної установи про раціон додаткового харчування і довідки про ціни на продукти, що склалися у тій місцевості, де потерпілий зазнав витрат. Відповідно витрати на лікарські засоби встановлюються на підставі чеків, товарних накладних, а за їх відсутності - за допомогою витягу з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого, де зазначено, які ліки призначались і потім застосовувались, та довідки з аптечного управління, де буде зазначено вартість ліків на ринку фармпослуг за певний місяць.

Закон України "Про захист прав споживачів" регулює майнову відповідальність медичних закладів за рахунок норм про якість послуги, права споживача на безпечність послуги, компенсації моральної шкоди та ін. Останнє свідчить, що відповідно до законодавства, про що вже мова йшла раніше, пацієнт сьогодні - це споживач медичної послуги, в той час, як медичний заклад в особі його персоналу - виконавець медичних послуг. Майнова відповідальність медичних організацій означає їх більшу відкритість, зниження кількості відомчих і професійних бар'єрів, рівноправність пацієнтів при наданні медичної допомоги та підсилення прояву правового захисту споживачів медичних послуг. Як було сказано, безпосереднє відшкодування здійснює медичний заклад, де було заподіяно шкоду пацієнтові.

А сам медичний заклад має право регресного позову до безпосереднього заподіявана шкоди - медичного працівника, який вчинив правопорушення. Регрес у сфері цивільно-правової відповідальності медичних організацій - це можливість медичної організації, яка відшкодувала шкоду, заподіяну пацієнтові при наданні медичної допомоги, зворотної вимоги стягнення у розмірі виплаченого відшкодування з працівника цієї установи - конкретного заподіявана шкоди.

Моральна шкода, завдана пацієнтові при наданні медичної допомоги, як термін не так давно відомий вітчизняній юридичній та медичній практиці стосовно необхідності їх компенсації. Правовими основами компенсації моральної шкоди, завданої пацієнтові при наданні медичної допомоги, є:

- Цивільний кодекс України;

- Закон України "Про захист прав споживачів";

- Постанова Пленуму Верховного Суду України від 31.03.1995 р. "Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди".

Стаття 23 Цивільного кодексу України ("Відшкодування моральної шкоди") гарантує особі право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав. Моральна шкода полягає:

1. у фізичному болю і стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я;
2. у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо неї самої, членів її сім'ї чи близьких родичів;
3. у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку із знищенням чи пошкодженням її майна;
4. у приниженні честі, гідності, а також ділової репутації фізичної чи юридичної особи.

Моральна шкода відшкодовується грошми, іншим майном або в інший спосіб. Розмір грошового відшкодування моральної шкоди визначається судом залежно від характеру правопорушення, глибини фізичних та душевних страждань, погіршення здібностей потерпілого або позбавлення його можливості їх реалізації, ступеня вини особи, яка завдала моральної шкоди, якщо вина є підставою для відшкодування, а також з урахуванням інших обставин, які мають істотне значення. При визначенні розміру відшкодування враховуються вимоги розумності і справедливості.

Згідно Методичних рекомендацій щодо відшкодування моральної шкоди, затверджених Листом Міністерства юстиції України від 13 травня 2004 року, враховується стан здоров'я потерпілого, тяжкість вимушених змін у його життєвих і виробничих стосунках, ступінь зниження престижу, ділової репутації, час та зусилля, необхідні для відновлення попереднього стану. Моральну шкоду не можна відшкодувати в повному обсязі, оскільки немає (і не може бути) точних критеріїв майнового виразу душевного болю, спокою, честі, гідності особи. Будь-яка компенсація моральної шкоди не може бути

адекватною дійсним стражданням, тому будь-який її розмір може бути суто умовним. У будь-якому випадку розмір відшкодування повинен бути адекватним нанесеній моральній шкоді.

Відповідно до ст. 22 Закону України "Про захист прав споживачів" "Судовий захист прав споживачів" при задоволенні вимог споживача суд одночасно вирішує питання щодо відшкодування моральної (немайнової) шкоди.

Особливої уваги проблема компенсації моральної шкоди при цивільно-правовій відповідальності медичних установ заслуговує у зв'язку з тим, що з кількох причин у медичному середовищі і серед пацієнтів сформувалось не зовсім правильне ставлення до самого поняття моральної шкоди. Більшістю пацієнтів компенсація моральної шкоди у випадку виникнення юридичного конфлікту лікувально-профілактичним закладом сприймається як можливість отримати матеріальну компенсацію на основі самої суті конфлікту (тобто за наявності факту професійних і/чи морально-деонтологічних недоліків у діяльності медичних працівників). Сюжети західних кінофільмів, повідомлення засобів масової інформації про величезні суми, отримані громадянами як компенсація моральної шкоди, сприяють формуванню не зовсім об'єктивного ставлення до цього явища. У зв'язку з цим перш за все необхідно визначити, що під моральною шкодою слід розуміти втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань або інших негативних явищ, заподіяних фізичній чи юридичній особі незаконними діями або бездіяльністю інших осіб (постанова Пленуму Верховного Суду України від 31.03.1995 р. "Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди").

Моральна шкода, зокрема, може полягати в моральних переживаннях у зв'язку з втратою родичів, неможливістю продовжувати активне суспільне життя, втратою роботи, розкриттям лікарської таємниці, поширенням неправдивих свідчень, які порочать честь, гідність або репутацію громадянина, часовим обмеженням або позбавленням якихось прав, фізичним болем, пов'язаним зі спричиненою вадою, іншим пошкодженням здоров'я або в зв'язку з захворюванням, перенесеним у результаті моральних страждань та ін. Наприклад, одним з найбільш показових факторів реальної наявності моральної шкоди (моральних переживань) у людини є неправомірне розголошення лікарської таємниці, в результаті чого, зокрема про факт консультації у психоневролога, стало відомо на роботі, що викликало насмішки та неприємні запитання співробітників. З цієї причини необхідно знати визначення моральної шкоди, вміти диференціювати її наявність і формулювати її прояв.

Важливими з позицій медичного права та цивільно-правової відповідальності є питання компенсації моральної шкоди. Тут необхідно перш за все знати принципи компенсації моральної шкоди у сфері медичної діяльності. До них належать:

Реальна наявність порушення або посягання на особисті немайнові права (блага) пацієнтів.

Наявність вини в діях (бездіяльності) медичного працівника (за винятком заподіяння шкоди життю та здоров'ю джерелом підвищеної небезпеки).

Пацієнт сам повинен представляти докази наявності фізичних і (або) моральних страждань.

Моральна шкода компенсується незалежно від відшкодування майнової шкоди.

Пацієнт не має верхньої або нижньої межі вимог за розміром компенсації моральної шкоди, однак остаточне рішення приймає суд.

Причинний зв'язок між протиправністю діянн та настанням шкідливих наслідків як третя умова настання цивільно-правової відповідальності у сфері медичної діяльності полягає у встановленні реального зв'язку між діями лікаря і настанням негативних наслідків. Враховуючи початковий філософський зміст проблеми причинно-наслідкового зв'язку, дуже важливо правильно інтерпретувати ті чи інші дії (бездіяльність) з боку медичного персоналу.

Складність встановлення причинно-наслідкового зв'язку при юридичному конфлікті у сфері медичної діяльності пояснюється самою природою медичної діяльності, суттю надання медичної допомоги. Сьогодні медицина стає все в більшій мірі вузькоспеціалізованою. З цієї причини за наявності в пацієнта певного захворювання до його лікування причетні як мінімум кілька медичних працівників. Якщо мова йде про терапевтичне захворювання, то, крім лікуючого лікаря, в лікуванні пацієнта беруть участь медична сестра (яка виконує призначені лікарем процедури), працівники лабораторій

(які здійснюють дослідження крові та інших біологічних рідин людини), працівники спеціалізованих кабінетів (фізіотерапевтичного, рентгенографічного, комп'ютерної томографії та ін.). Якщо ж розглядати хірургічного хворого, то до його лікування причетні і хірург, який робив операцію, і анестезіолог, і операційна сестра. Важливість цих обставин полягає у тому, що кожен із вказаних спеціалістів може тією чи іншою мірою вплинути на заподіяння шкоди пацієнтові, що зумовлює труднощі встановлення причинного зв'язку. Нерідко для встановлення причинного зв'язку вдаються до допомоги судово-медичної експертизи; коли мова йде про заподіяння смерті людини, то проведення експертизи обов'язкове.

І, нарешті, остання умова - вина заподіювана шкоди — також характеризується особливостями, притаманними медичній діяльності. Лікувальна установа визнається винною, якщо встановлено вину її працівників у заподіянні шкоди здоров'ю пацієнта. Вина може бути виражена у формі умислу або необережності. Про умисел мова йде у випадках, коли медичний працівник усвідомлював протиправність дій, які здійснював, і бажав настання пов'язаного з цими діями результату. Необережна форма вини полягає у тому, що медичний працівник: а) передбачив настання шкідливих наслідків, але самовпевнено сподівався на їх відвернення; б) не передбачав настання шкідливих наслідків, хоча за необхідної уважності та завбачливості повинен був і міг передбачити ці наслідки.

Згідно з цивільним законодавством діє принцип презумпції вини заподіювана шкоди при наданні медичної допомоги, тому відсутність вини доводиться особою, яка вчинила правопорушення. Особа (фізична чи юридична) звільняється від відповідальності по відшкодуванню моральної шкоди, якщо доведе, що остання заподіяна не з її вини. Відповідальність заподіювана шкоди без вини може мати місце лише у випадках, спеціально передбачених законодавством (постанова Пленуму Верховного Суду України від 31.03.1995р. "Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди").

Цікаво проаналізувати судову практику у цьому контексті. В одному із судів слухалась у 2003 р. справа за позовом гр. Г. та гр. С. до однієї із лікарень про відшкодування шкоди. Громадянки Г. і С. вимагали відшкодування моральної шкоди, що була спричинена смертю їх матері гр. К., внаслідок неналежного надання медичної допомоги, що було встановлено судом за матеріалами справи (запізніла діагностика, що призвела до несвоєчасного оперативного втручання, а як результат - важкі післяопераційні ускладнення і смерть) у розмірі по 100000 гривень на користь кожної позивачки. Крім цього гр. Г. вимагала стягнути на її користь матеріальну шкоду, а саме 1400 гривень, витрачених на безпідставно призначені ліки, оскільки не було правильно поставлено діагноз, а також 1000 гривень понесених витрат на поховання матері, оскільки вбачає вину відповідача у невідверненні її смерті. Суд, розглянувши усі матеріали справи, оцінюючи мотиви позову вирішив позовні вимоги гр. Г. і С. задовольнити частково, а саме: стягнути з львівської лікарні на користь позивачок на відшкодування моральної шкоди 40000 гривень по 20000 на користь кожної з них, а решту вимог залишити без задоволення за безпідставністю. Ще одним прикладом є справа, що розглядалась у 1998 р. за позовом гр. К. про відшкодування шкоди до однієї з лікарень і вищого навчального закладу. Позивач вимагав відшкодувати моральну і матеріальну шкоду, що була спричинена неналежним наданням медичної допомоги лікарем-офтальмологом, внаслідок якої гр. К. втратив око і став інвалідом другої групи. Позивач просив стягнути з відповідачів 500 гривень як відшкодування матеріальної шкоди і 40000 гривень як компенсацію моральної шкоди. Розглянувши усі матеріали справи, вислухавши пояснення сторін, суд вирішив позовні вимоги гр. К. задовольнити частково і стягнути з відповідачів: з учбового закладу - 120 гривень за заподіяну матеріальну шкоду і 10000 гривень на відшкодування моральної шкоди; з лікарні - 66 гривень 60 коп. на відшкодування матеріальної шкоди і 5000 гривень на компенсацію немайнової шкоди.

У квітні 2005 року гр. Ц. звернувся за медичною допомогою до лікаря-кардіолога гр. Т. до центральної районної лікарні з приводу поганого самопочуття. Лікар, подивившись на ЕКГ серця, що було попередньо зроблене, жодних відхилень не виявив. Оглянувши шию пацієнта, лікар зробив висновок, що зважаючи на ріст гр. Ц., у нього може бути защемлення. Після проведеного медичного втручання щодо вправлення диску у шийному відділі хребта, стан пацієнта значно погіршився. З листопада до грудня 2005 року гр. Ц. знаходився на лікуванні у спеціалізованій клінічній лікарні. Було виставлено діагноз - підвих атланта-аксіонального з'єднання і призначено лікування, зокрема

фіксуючий комірець. З листопада 2005 року до вересня 2006 року гр. Ц. знаходився в академічній відпустці. Гр. Ц. звернувся зі скаргою до Головного управління охорони здоров'я на дії лікаря-кардіолога. Після проведеної службової перевірки управлінням охорони здоров'я було встановлено, що лікар гр. Т. сертифікату по масажу і мануальній терапії не має. Службова перевірка, проведена у ЦРЛ, встановила: 1) діагноз лікарем встановлений правильно і проведені процедури відповідають встановленому діагнозу; 2) порушень щодо надання консультативної допомоги пацієнту не виявлено. Пацієнт звернувся у встановленому порядку до прокуратури, яка за результатами перевірки відмовила у порушенні кримінальної справи за відсутністю складу злочину передбаченого ст. 137 КК України і ст. 140 КК України згідно п. 2 ст.6 КПК України. З приводу допущених лікарем-кардіологом порушень встановленого законом порядку проведення прийому хворих і заповнення медичної документації, прокурором порушено дисциплінарне провадження щодо гр. Т. Пацієнт подав позов з вимогою відшкодувати моральну і матеріальну шкоду, заподіяну внаслідок неналежного надання медичної допомоги, до суду¹.

Таким чином, в умовах правових перетворень у галузі регулювання медичної діяльності цивільно-правова відповідальність набуває особливого значення. У даному випадку переважає відновлювальна функція юридичної відповідальності, коли цивільно-правові норми діють на свідомість і поведінку медичних працівників та спрямовані на приведення до нормального стану як правового статусу пацієнта і медичного закладу, так і медичних правовідносин у цілому.

§ 4. Адміністративна і дисциплінарна відповідальність медичних працівників

Розгляд адміністративної та дисциплінарної відповідальності в ракурсі питань юридичної відповідальності медичних працівників виправданий у зв'язку з тим, що адміністративні та дисциплінарні порушення негативні самі по собі й створюють передумови для виникнення майнових та кримінальних правопорушень. Тому розкриття основних особливостей адміністративного і трудового законодавства щодо правопорушень медиків необхідне й актуальне. Розгляд у єдиному блоці адміністративних і дисциплінарних правопорушень пояснюється тим, що часто вони поєднуються в одному медичному правопорушенні. Порушення норм адміністративного права нерідко супроводжується дисциплінарним порушенням, і в цьому випадку відповідальність медика може настати як тільки за одним видом правопорушення, так і одночасно за кількома.

Адміністративна відповідальність медичних працівників. Особливістю функціонування вітчизняної охорони здоров'я протягом досить тривалого часу було управління, яке переважно здійснювалось через командно-адміністративну систему. При цьому правові відносини між лікарями і пацієнтами нерідко обмежувались адміністративною відповідальністю медиків. У зв'язку з цим можна говорити про наявність певних історичних передумов адміністративно-правового регулювання надання медичної допомоги.

Адміністративна відповідальність медичного працівника — це різновид юридичної відповідальності, що полягає в застосуванні до медичних працівників, які вчинили адміністративні проступки, особливих санкцій — адміністративних стягнень.

Сучасна ситуація розвитку охорони здоров'я в Україні, коли створена нормативно-правова база медичної діяльності, формується медичне право, свідчить про значущість адміністративного права та адміністративно-правової відповідальності як дієвого засобу регламентації всієї сфери медичної діяльності.

Слід зазначити, що суспільні відносини, які регулюються адміністративним правом, переважно є владними відносинами. Разом з тим, значною мірою останнім часом починає втілюватись у життя ідеологія "публічносервісної" основи українського адміністративного права¹, сутність якої полягає у служінні держави (та її інститутів) людині. В той же час, ключовою ознакою адміністративно-правових відносин є те, що в них завжди бере участь суб'єкт, який представляє інтереси держави, тобто публічно-правові інтереси. У вказаних відносинах втілюється в життя державна політика, державна ідеологія².

Для розумінні ролі та значення такого виду відповідальності медичних працівників наведемо загальні принципи адміністративної відповідальності. До них належать:

1. Адміністративна відповідальність настає не за будь-яке правопорушення, скоєне у галузі державного управління. Перелік сфер застосування самих правопорушень наведений у Кодексі України про адміністративні правопорушення від 07 грудня 1984 р.(далі - КпАП). Для медичних працівників найбільше значення мають адміністративні правопорушення у галузі охорони здоров'я населення (глава 5).
2. Адміністративна відповідальність поширюється як на фізичних, так і на юридичних осіб, які діють у сфері, що регулюється правилами, незалежно від форми власності, підвідомчості.
3. Заходи адміністративної відповідальності застосовуються спеціальними суб'єктами, уповноваженими розглядати справи про адміністративні правопорушення.
4. Заходи адміністративної відповідальності застосовуються згідно з особливим процесуальним порядком - провадженням у справах про адміністративні правопорушення.
5. Адміністративна відповідальність безпосередньо виражається у застосуванні до осіб, які вчиняють правопорушення, адміністративних стягнень.

Серед адміністративних правопорушень, які перелічені в КпАП і мають найбільше значення в контексті медичної діяльності, необхідно зазначити такі:

1. Ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44-1);
2. Ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45);
3. Порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1);
4. Умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46) та інші.

Діючий КпАП визначає такі види адміністративних стягнень (ст. 23):

1. попередження;
2. штраф;
3. оплатне вилучення предмета, який став знаряддям вчинення або безпосереднім об'єктом адміністративного правопорушення;
4. конфіскація: предмета, який став знаряддям вчинення або безпосереднім об'єктом адміністративного правопорушення; грошей, одержаних внаслідок вчинення адміністративного правопорушення;
5. позбавлення спеціального права, наданого громадянину;
6. виправні роботи;
7. адміністративний арешт;
8. адміністративне видворення за межі України іноземного громадянина або особи без громадянства.

Слід зазначити, що виділення окремої глави, присвяченої адміністративним правопорушенням, які посягають на суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, є позитивним явищем. Можна сподіватись, що це слугуватиме основою для покращання як правового забезпечення медичної діяльності, так і функціонування самої системи охорони здоров'я населення.

Дисциплінарна відповідальність медичних працівників настає при порушенні вимог трудового законодавства. Нормативно-правову базу дисциплінарної відповідальності медичних працівників складають:

- Кодекс законів про працю України від 10 грудня 1971 р.(далі - КЗпП);
- Закон України "Про охорону праці" від 14 жовтня 1992року;
- Колективний і трудовий договір у конкретному закладі охорони здоров'я.

Дисциплінарна відповідальність медичного працівника — це окремий варіант юридичної відповідальності, яка настає у випадку порушення трудових обов'язків. Слід особливо підкреслити, що мова йде саме про порушення трудових обов'язків медичного працівника. Причому, якщо розглядати дані порушення, то дисциплінарна відповідальність - найменш суворий варіант.

Важливо визначити, що ж саме може складати порушення трудового законодавства. Відповідь на це запитання треба розглядати в контексті прав та обов'язків працівника перед роботодавцем.

Працівник зобов'язаний:

- чесно і сумлінно працювати;
- своєчасно і точно виконувати розпорядження власника або уповноваженого ним органу;
- додержуватись трудової і технологічної дисципліни;
- додержуватись вимог нормативних актів про охорону праці;
- дбайливо ставитись до майна власника, з яким укладено трудовий договір (ст. 139 КЗпП).

У зв'язку з цим за недотримання будь-якого з перелічених обов'язків медичний працівник може бути притягнений до дисциплінарної відповідальності. Протиправною є така поведінка (тобто дії або бездіяльність) працівника, яка не відповідає встановленим правилам. Наприклад, запізнення на роботу, прогул, поява на роботі в стані сп'яніння. Рівно ж протиправною є відмова від виконання законного розпорядження керівника закладу охорони здоров'я (роботодавця), недотримання правил роботи на відповідному устаткуванні, правил зберігання сильнодіючих речовин, а також отруйних, наркотичних речовин і таке ін.

Не може розглядатись як підстава для накладення дисциплінарного стягнення невиконання трудових обов'язків за відсутності належного медичного устаткування, нормальних умов праці, належної кваліфікації медичного персоналу. За умови іншого способу розв'язання цього питання фінансові, організаційні та багато інших проблем вітчизняної охорони здоров'я можуть бути в аспекті відповідальності перекладені на окремих медичних працівників. Цікавим є міжнародний досвід дисциплінарно-правового регулювання медичної діяльності. Так, наприклад, у деяких зарубіжних країнах дисциплінарні стягнення на медичних працівників накладаються професійними асоціаціями, в статутах і правилах яких закріплені такі повноваження. Як дисциплінарні стягнення до порушників застосовують догану, штраф, тимчасове відсторонення від заняття медичною практикою, позбавлення права на здійснення медичної діяльності.

Особливістю правового статусу медиків щодо дисциплінарної відповідальності є їх подвійний статус - як працівників конкретного медичного закладу (типові відносини працівника і роботодавця) і як

медиків за кваліфікацією, тобто осіб, зобов'язаних надавати невідкладну медичну допомогу в будь-якому місці. Іншими словами, професійні обов'язки лікарів ширші, ніж їх трудові обов'язки, що виконуються за місцем праці.

Відповідно до ст. 51 КЗпП, п. "з" ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачено скорочений робочий день для медичних працівників. У залежності від посади і (чи) спеціальності тривалість робочого часу медичних працівників визначається у Наказі МОЗ України від 25.05.2006 р. "Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я", де передбачено такі скорочені варіанти тривалості робочого часу у залежності від посади і (чи) спеціальності:

- 38,5 годин на тиждень (для лікарів та фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою (середнього медичного персоналу), медичних реєстраторів, дезінфекторів закладів охорони здоров'я (структурних підрозділів) за винятком тих, хто працює у шкідливих умовах праці);

- 33 години на тиждень (для лікарів, зайнятих виключно амбулаторним прийомом хворих);

- 40 годин на тиждень (наприклад, для керівників закладів та установ охорони здоров'я, їх заступників, головних бухгалтерів та їх заступників, керівників відділів, служб та інших підрозділів (за винятком лікарів та фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою - керівників структурних підрозділів та закладів охорони здоров'я, у тому числі амбулаторно-поліклінічних), головних фахівців (головних медичних сестер, головних фельдшерів, головних інженерів, головних енергетиків, головних технологів тощо), фахівців, технічних службовців та робітників (за винятком тих, хто працює у шкідливих умовах праці));

- 18 годин на тиждень (для вчителів I-XII класів шкіл, вчителів-дефектологів та логопедів закладів охорони здоров'я (крім будинків дитини));

- 20 годин на тиждень (для завідувачів логопедичних пунктів, логопедів будинків дитини);

- 30 годин на тиждень (для вихователів, старших вихователів закладів охорони здоров'я);

- 36 годин на тиждень (для вихователів-методистів закладів охорони здоров'я, вихователів будинків дитини).

Вітчизняний законодавець виділяє два види дисциплінарних стягнень:

1. Догана.

2. Звільнення за відповідними підставами.

Слід привести основні законодавчо визначені (ст. 148-150 КЗпП) принципи накладення дисциплінарного стягнення у сфері медичної діяльності. До них належать:

до застосування дисциплінарного стягнення роботодавець повинен вимагати від працівника пояснення у письмовій формі;

відмова працівника дати пояснення не є перепорою для застосування дисциплінарного стягнення;

дисциплінарне стягнення застосовується не пізніше одного місяця з дня виявлення порушення, не рахуючи часу звільнення працівника від роботи у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю або перебування його у відпустці;

дисциплінарне стягнення не може бути застосоване пізніше, ніж через шість місяців від дня вчинення порушення;

за кожне дисциплінарне порушення може бути застосовано тільки одне дисциплінарне стягнення;

при обранні виду стягнення власник або уповноважений ним орган повинен враховувати ступінь тяжкості вчиненого проступку і заподіяну ним шкоду, обставини, за яких вчинено проступок, і попередню роботу працівника;

наказ (розпорядження) роботодавця про застосування дисциплінарного стягнення оголошується працівникові під розписку;
дисциплінарне стягнення може бути оскаржене працівником в органах розгляду трудових спорів.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Дайте визначення та охарактеризуйте юридичну відповідальність медичного працівника за професійне правопорушення.

Які існують види відповідальності лікарів за вчинені правопорушення?

Якими причинами зумовлене значення вивчення питань кримінально-правової відповідальності медичних працівників? Що слід розуміти під професійним медичним злочином?

Дайте характеристику крайньої необхідності як обставини, що виключає злочинність діяння у сфері медичної діяльності.

Дайте характеристику обґрунтованому ризику як обставині, що виключає злочинність діяння у сфері медичної діяльності.

Наведіть класифікацію та назвіть види злочинів, за які медичні працівники можуть бути притягнені до кримінальної відповідальності.

Дайте визначення та розкрийте суть цивільно-правової відповідальності у сфері медичної діяльності.

Що входить до умов настання цивільно-правової відповідальності у сфері медичної діяльності?

Коротко охарактеризуйте їх.

Які існують різновиди шкоди як результату протиправного медичного втручання? Дайте їх характеристику.

Що таке моральна шкода? Назвіть принципи компенсації моральної шкоди у сфері медичної діяльності.

Дайте визначення та охарактеризуйте адміністративну відповідальність медичних працівників. Назвіть адміністративні правопорушення, які найбільш важливі в контексті медичної діяльності.

Дайте визначення та охарактеризуйте дисциплінарну відповідальність медичних працівників. У чому полягають основні принципи накладення дисциплінарного стягнення у сфері медичної діяльності?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. - М.: Книга-сервис, 2002. - С. 136-200.

Бердичевский Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала а за нарушения профессиональных обязанностей. - М.: Юрид. литер., 1970. - 128 с.

Бобров О.Е. Медицинские преступления: правда и ложь. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. - 200 с.

Бирлидис Г.В., Ремизов И.В., Калиниченко Е.П. Правовое обеспечение профессиональной деятельности медицинских работников. - Ростов н/Д: Феникс, 2006.

Галюкова М.И. Развитие отечественного законодательства об уголовной ответственности за причинение вреда здоровью // Социальное и пенсионное право. - 2006. - № 2. - С. 33-37.

Голубев К.И., Нарижний С.В. Компенсация морального вреда как способ защиты неимущественных благ личности. 2-е изд., доп. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2001. - 302 с.

Жамкова О.Е. Правовое регулирование оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Московский унив-т МВД России, 2007. - 20 с.

Козьминых Е. Обязательства вследствие причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг // Рос. юстиция. - 2001. - № 2. - С. 32-34.

Коротких Р.В., Мельникова Л.С., Касимовский К.К. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников в системе частного здравоохранения: постановка проблемы // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С. Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 68-70.

Косарева В.Ю. Актуальные проблемы расследования преступлений в сфере хирургии // Хирургия поврежденных мирного и военного времени. Материалы международного российско-германского научно-практического симпозиума 6-7 апреля 2001 года. - М., 2001. - С. 72-73.

Косарева В.Ю. Некоторые вопросы взаимодействия следователя и судебно-медицинского эксперта в процессе расследования преступлений // Российский следователь. - 2002. - № 7. - С. 2-4.

Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие. - М.: БЕК, 1995. С. - 130-171.

- Медичне право України: проблеми становлення і розвитку: [Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції Львів, 19-20 квітня 2007 р.] / Упоряд. к.ю.н. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. - Львів: Медицина і право, 2007. - С. 272-279.
- Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. - Новосибирск: Наука. Сибирское предприятие РАН, 1998. - С. 41-91.
- Ответственность за правонарушения в медицине: Учебн. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [О.Ю. Алесандрова и др.]. - М.: Академия, 2006.
- Панов А.В. О компенсации морального вреда // Здравоохранение. - 2003. - № 9. - С. 69-74.
- Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. - М.: Медицинская книга, 2006. - 196 с.
- Попов В.П., Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности: Справочно-информационное пособие. — СПб.: Деан, 1999.-С. 27-55.
- Правовая ответственность медицинских работников: Учебн. пособие / П.Н. Сидоров, А.Г. Соловьев, Г.Б. Дерягин. - М.: МЕДпресс-информ, 2004.
- Рабец А.М. Обязательства по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью. - М., 1998. - 296 с.
- Радченко М.В. Проблемы гражданской и уголовно-правовой ответственности за оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности // Рос. юридический журнал. - 2001. - №2.-С. 93-99.
- Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. - Львов: Вища школа, 1982. - 196 с.
- Сенюта І. Медичне право: право людини на охорону здоров'я. Монографія. - Львів: Астролябія, 2007. - 224 с.
- Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет (в Москве), 2002. — С. 168-186.
- Стеценко С.Г. Адміністративне право України: Навчальний посібник. - К.: Атіка, 2007. - С. 222-256.
- Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 306-339.
- Стеценко С.Г. Проблемы юридического обеспечения медицинской деятельности // Вестник Российского нового университета. Серия: "Юриспруденция". - 2003. - Вып. 1.-С* 82-86.
- Урумбаева Л.Н. Ответственность медицинских работников за преступления, совершаемые в сфере здравоохранения: Автореф. дис.... канд. юрид. наук. - Ташкент, 1999. - 24 с.
- Филатов В.В., Решетников А.В. и др. Ответственность медицинских работников, связанная с их профессиональной деятельностью в контексте нового уголовного законодательства // Здравоохранение. - 1999. - № 1. - С. 7-14.
- Хохлов В.В., Хозяинов Ю.А. Ответственность: медицинские правонарушения. - Смоленск, 2000. - С. 11-41.

ОСОБЛИВА ЧАСТИНА

Глава 11. ОДЕРЖАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОНТЕКСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

§ 1. Право на життя і медична діяльність: питання співвідношення.

§ 2. Виникнення права на життя людини.

§ 3. Правові проблеми аборту.

§ 4. Евтаназія.

§ 1. Право на життя і медична діяльність: питання співвідношення

Права та свободи людини і громадянина, їх генезис і здійснення є одними з одвічних проблем розвитку людства. Ці питання були ключовими протягом багатьох тисячоліть і залишаються в авангарді проблем, що хвилюють дослідників нашого часу. В умовах демократичної України концепція прав людини набула особливого значення. На відміну від недавнього минулого, в основі цієї концепції знаходиться питання реалізації і захисту прав окремої особи.

Найважливішим і найціннішим з-поміж особистих прав і свобод людини є право на життя. Життя є основним благом й однією з найвищих соціальних цінностей людини, позбавлення якого є незворотнім та означає припинення існування особи. Право на життя є природним і невід'ємним. Без

дотримання цього права всі інші права не мають цінності та значення. Саме тому право на життя знаходиться під максимальним правовим захистом, що базується на Конституції. Право на життя включає у себе всю сукупність прав людини у цілому, але не співпадає повністю з жодним з них зокрема. Право на життя означає не лише відмову від війни, заборону вбивств та смертної кари, але й умови гідного існування, що необхідні для всебічного розвитку людини. На відміну від інших прав, право на життя є визначальною передумовою, основою людської гідності, що гарантує недоторканність фізичного існування людини, оскільки життя розглядається як єдине і неподільне благо, яке не підлягає обмеженню.

Право на життя забезпечено низкою конституційних гарантій. Серед них однією з основних гарантій права на життя є система охорони здоров'я, її постійний розвиток, прогрес медичної науки, покращання медикаментозного забезпечення, удосконалення системи забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя. Коли йдеться про медичну допомогу, то потрібно розглядати право на охорону не просто життя як підтримання фізіологічного існування людини, а мова повинна йти про якість життя, про те, який внутрішній (психологічний) і зовнішній (матеріальний) стан людини; наскільки повноцінно людина відчувається у суспільстві, в якій мірі вона соціально активна; наскільки суспільство адаптовано до сприйняття людей, наприклад, з фізичними чи психічними вадами. Державні органи влади та органи місцевого самоврядування зобов'язані вживати всебічних заходів, спрямованих на поліпшення якості життя людей. Важливо пам'ятати, що навіть людина, залежна від апаратури, яка підтримує її фізіологічне існування, має право на життя і надання медико-соціальної допомоги на найвищому рівні, якого досягло суспільство. Життя людини - це фізіологічне і психологічне функціонування її організму як єдиного цілого. Людина має право на життя і при стійкому порушенні вказаних функцій (параліч, розлад психіки), причому, у цих випадках її життя у правовому відношенні не можна вважати менш цінним, ніж життя будь-якої іншої людини.

У той же час одним з ключових аспектів правового статусу особи можна вважати право людини на медичну допомогу. В межах медичного права обґрунтовано вивчення співвідношення права на життя і надання медичної допомоги.

На початку ХХІ ст. забезпечення дотримання основних прав і свобод людини стало невід'ємною складовою розвитку цивілізованого суспільства. Будь-яка держава тільки тоді може справді вважатись правовою, коли у ній поважаються і дотримуються пріоритети прав і свобод людини і громадянина. Україна, обравши шлях демократичних перетворень й інтеграції у світове співтовариство, взяла на себе зобов'язання щодо виконання положень, ратифікованих нормативно-правових актів.

У минулому наша держава характеризувалась чітко вираженою перевагою інтересів суспільства, держави над правами, свободами і законними інтересами кожної особи. Проявом цього в сфері медицини були показники загальної захворюваності, ліжкового фонду лікарень, формулювання поняття суспільного здоров'я й ін. Показники і зміст індивідуального здоров'я щодо окремо взятої людини, швидше, були цікавими вузькому колу дослідників, ніж відображали реальний стан справ щодо турботи держави про своїх громадян. Реалії правової держави свідчать про те, що особлива увага повинна приділятися станові, забезпеченню і захистові прав пацієнтів. Сьогодні стає очевидним, що одержання медичної допомоги - це один із аспектів реалізації права людини на життя. У зв'язку з цим видається за доцільне на медико-правовому рівні комплексно проаналізувати питання виникнення, здійснення права на життя, а також досліджувати питання медичної допомоги як засобу забезпечення права на життя. Це необхідно з тією метою, щоб надалі мати можливість на галузевому рівні пропонувати конкретні шляхи удосконалення законодавчої бази у сфері охорони здоров'я у контексті захисту прав пацієнтів.

Об'єм прав людини залежить від того, яка система цінностей і пріоритетів панує у суспільстві. Однак право на життя є універсальною цінністю. Завдання полягає у необхідності комплексного аналізу права на життя людини з позицій його виникнення і здійснення, а також дослідження взаємозв'язку між наданням медичної допомоги і реалізацією права на життя дітей. Як справедливо зазначав М. Ковальов, що саме завдяки праву на життя у правовій державі, в якій у повному обсязі діють закони громадянського суспільства, права і законні інтереси громадян є пріоритетними перед усіма іншими.

Загальність цього права і його природний характер закріплюються у міжнародно-правових документах, які визнані всіма цивілізованими країнами світу (наприклад, у ст. 3 Загальної декларації прав людини, ст. 6 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, ст. 2-1 Конвенції про захист прав людини та основних свобод тощо). Уперше юридично право на життя було закріплено в Декларації незалежності США 1776 р., коли було проголошено "рівність усіх людей, право на життя, свободу, особисте щастя". Надалі, з огляду на різні національні особливості, це право набуло статусу норми права практично в усіх провідних державах світу. Вимоги міжнародно-правових актів повною мірою відображені в Основному Законі України, зокрема у Преамбулі Конституції України проголошується, що держава дбає про забезпечення прав і свобод людини та гідних умов її життя, а у ст. 3 Конституції закріплено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Характер суспільного ладу в нашій країні передбачав, що в широкому розумінні право на життя наприкінці 70-х рр. ХХ ст. визначалося як передбачена і гарантована правовими нормами можливість звернення до держави з питань забезпечення громадянина необхідними матеріальними і культурними благами. Зараз, коли зміни в суспільстві торкнулися багатьох аспектів життя, коли права людини пріоритетні, а ст. 27 Основного Закону України проголошує, що кожна людина має невід'ємне право на життя, цей феномен має потребу в новому осмисленні з позицій медичної діяльності, з позицій медичного права.

Під правом на життя А. Соловйов розуміє закріплену нормами міжнародно-правових актів і внутрішнього законодавства можливість певної поведінки людини, спрямованої на забезпечення недоторканності свого життя з боку інших осіб та свободи розпорядження ним. На думку Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, всі інші конституційні права людини слід розглядати як такі, що конкретизують право на життя у всій його різноманітності, а без реалізації цього права будь-які інші права і свободи втрачають сенс. На думку авторів, право людини на життя — це першочергова з природних можливостей фізичної особи, яка гарантована міжнародними і національними нормативно-правовими актами, що полягає у праві на недоторканність життя і вільному розпорядженні ним.

Надання медичної допомоги найчастіше входить у суперечність із правом на життя людини. Мова йде про практику трансплантації органів і тканин людини (коли в донора - живої людини - вилучають один з парних органів для наступної пересадки, найчастіше піддаючи його життя значній небезпеці), про проведення операції онкологічно хворим (коли в результаті операції хворий помирає, хоча без її проведення він міг би ще певний час жити) і низки інших медичних заходів.

Право на життя необхідно розглядати як сукупність таких елементів (можливостей):

1. право на збереження життя;
2. право на особисту недоторканність;
3. право вимагати від держави здійснення заходів, спрямованих на підтримку життя;
4. право розпоряджатися своїм життям;
5. право на охорону здоров'я і медичну допомогу.

Необхідність вивчення співвідношення права на життя і медичної діяльності продиктовано такими обставинами:

- проблеми збереження життя людей багато в чому пов'язані з медичною діяльністю, оскільки вони нерідко потребують медичної допомоги;
- стрімкий розвиток нових медичних технологій (трансплантологія, генетика, клонування, реаніматологія й ін.) часто входять у суперечність із забезпеченням права на життя людини;

- операції штучного переривання вагітності (аборт) ставлять питання пріоритету життя і здоров'я матері з життям ненародженої людини;

- складні соціально-економічні потрясіння останніх десятиліть, що торкнулися і сфери охорони здоров'я, обумовили різну доступність медичної допомоги, відповідно різний ступінь захисту права на життя;

- евтаназія як прояв "непрофільного" впливу медичного середовища на життя людини. Правомірність терміна "право на смерть";

- самогубство, що є одним з варіантів самостійного розпорядження життям, тощо.

Доцільно з погляду особливостей юридичної регламентації медичної допомоги та її взаємозв'язків із правом на життя окремо розглядати:

1. право людини на охорону здоров'я;

2. право на медичну допомогу.

Право на охорону здоров'я важливо сприймати як окремий випадок відповідальності держави перед людиною, як прояв соціальної функції держави. Тут враховується як власне медичний компонент - наявність і функціонування лікувально-профілактичних закладів, так і державний - створення у межах держави умов, за яких здоров'я людини, її право на охорону здоров'я будуть забезпечені найбільшою мірою. У той же час право на медичну допомогу носить комплексний характер щодо самої людини, її стану здоров'я і полягає у можливості реалізації людиною свого права на одержання такої допомоги у разі захворювання або патологічного стану. Особливо важливо зазначити, що людина не може цілком реалізувати своє право на життя, коли вона позбавлена або обмежена у праві на медичну допомогу.

Право на охорону здоров'я реалізується через безліч інших, конституційно закріплених прав людини. Це пов'язано з тим, що охорона здоров'я є системою заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя (ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Сам факт закріплення в основному нормативно-правовому акті системи охорони здоров'я, заходів правового характеру як напряду забезпечення охорони здоров'я вказує на важливість і значення досліджуваної проблеми.

Право на охорону здоров'я, починаючи з прийняття Загальної декларації прав людини (1948), у тій чи іншій мірі відображено в усіх важливих міжнародно-правових документах, присвячених медицині та соціальному забезпеченню громадян. Положення Декларації про те, що "кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, що необхідний для підтримання здоров'я і добробуту...", стало правилом і зразком для складання національних правових норм.

З погляду медичного права під правом на охорону здоров'я необхідно розуміти конституційно закріплену можливість кожної людини на створення з боку держави таких умов, за яких у максимальному обсязі можлива реалізація соціальних та екологічних прав, юридичних гарантій у сфері охорони здоров'я, права на безоплатну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також інших чинників, що сприяють зміцненню й охороні здоров'я людини.

Враховуючи мету і завдання співвідношення права на життя і медичної діяльності в сучасних умовах, виділяються такі структурні елементи права на охорону здоров'я:

- група соціально-правових прав (право на доступ до ресурсів охорони здоров'я, право на житло, освіту, соціальне забезпечення й ін.);

- група конституційно закріплених особистих немайнових прав (право на фізичну і психічну недоторканність, на недоторканність особистого життя);
- група прав, пов'язаних із забезпеченням сприятливого навколишнього середовища;
- група економічних прав (право на приватну власність, право на працю й ін.).

На жаль, період соціально-економічних перетворень, що відбуваються в Україні протягом останніх десятиліть, у цілому негативно позначився на дотриманні принципу рівних можливостей доступу до ресурсів охорони здоров'я, забезпеченні права на житло й ін. Поява осіб без визначеного місця проживання, з антисоціальними умовами життя і поведінки вплинула на формування великої кількості проблем як для самих людей, так і для суспільства. Реалізація права на охорону здоров'я як окремої особи (суб'єктивне право), так і на загальнодержавному рівні (об'єктивне право), незважаючи на рівні потенційні можливості, безумовно, далека від оптимальної. Причому, такий стан погіршують ще і труднощі з приводу проведення диспансеризації (заходи, спрямовані на виявлення захворювань), яка вже протягом кількох років не є загальнопоширеною. Тут ми маємо справу з тенденцією поширення інфекційних і паразитарних захворювань, які заподіюють шкоду як самому хворому, так і оточуючим (знижуючи тим самим ступінь виразності охорони здоров'я).

Таким чином, право на охорону здоров'я як приватний фактор взаємозв'язку і взаємозабезпеченості права на життя і медичної допомоги - комплексне утворення, що свідчить про необхідність створення у масштабах держави низки умов для його повноцінної реалізації. Здається, що реформування охорони здоров'я буде більш успішним, якщо воно ґрунтуватиметься на досягненнях медико-правової науки, теоретико-правових, а потім і галузевих досліджень.

Виділення самостійного напрямку забезпечення права людини на життя - права на медичну допомогу зумовлено багатьма чинниками, основними з яких є:

- відмінності правової природи права на охорону здоров'я і права на медичну допомогу;
- множинність проявів права на медичну допомогу;
- функціонування у нашій країні різних систем охорони здоров'я й ін.

Право на медичну допомогу як фактор реалізації права на життя — це можливість у разі необхідності (хвороба, патологічний стан і т.д.) скористатися ресурсами системи охорони здоров'я, тобто одержати допомогу від медичних працівників. При цьому сам факт одержання медичної допомоги буде доказом забезпечення суб'єктивного права людини, яка потребує медичної допомоги.

Відмінність понять "право на охорону здоров'я" і "правона медичну допомогу (право на одержання медичної допомоги)" полягає у тому, що:

1. право на охорону здоров'я - більш широка юридична категорія, що включає сукупність заходів соціального, економічного, екологічного характеру, спрямованих, у цілому, на недопущення виникнення хвороб у людини;
2. право на охорону здоров'я - невід'ємне право кожної людини, незалежно від стану її здоров'я, у той час як право на медичну допомогу найчастіше пов'язане з наявністю захворювання або патологічного стану;
3. забезпечення реалізації права на охорону здоров'я - завдання багатьох структур апарата влади, у той час як втілення у життя права на медичну допомогу залежить від тих державних і муніципальних органів, що забезпечують сферу охорони здоров'я.

Враховуючи множинність проявів права на одержання медичної допомоги, важливо зазначити, що законодавча база медичної діяльності визначає досить велику кількість прав пацієнтів. Права пацієнта та їхнє правове забезпечення розглянуті у відповідній главі цього підручника.

Однією з важливих гарантій забезпечення права людини на одержання медичної допомоги є медичного страхування, питання впровадження його в Україні дебатуються вже не один рік. Основна мета його запровадження — зміна системи фінансування закладів охорони здоров'я. Відповідно до концепції страхування у сфері медицини фінансування здійснюється з декількох джерел: коштів бюджетів, коштів медичного страхування й інших, не заборонених законом, надходжень. По суті, якщо вести мову про призначення медичного страхування, необхідно зазначити той факт, що охорона здоров'я, яка фінансувалась у 80-ті рр. ХХ за залишковим принципом, зазнала кризи. Це стало підґрунтям для появи цілого напрямку в охороні здоров'я - раціонування, коли необхідно було забезпечити максимальний ефект від мінімальних коштів, що виділялись на медицину. Усе ж варто зазначити, що такі заходи зменшують можливості реалізації права на медичну допомогу.

Таким чином, право на медичну допомогу - приватний фактор забезпечення права на життя. При цьому юридичні гарантії забезпечення права на життя пацієнта висвітлені у положеннях міжнародно-правових актів, Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, інших законах. Гарантії забезпечення досліджуваного права пацієнта полягають також і в наявності відповідних обов'язків медичних працівників, посадових осіб сфери охорони здоров'я. Реанімація як наука, що займається питаннями станів людини, які межують між життям і смертю, генна інженерія, клонування - це далеко не повний перелік напрямів медицини, за яких можна говорити про забезпечення права пацієнта на життя. Завдання правового регулювання на сучасному етапі розвитку медицини і юриспруденції - прагнення максимально повного і реалістичного забезпечення права людини на життя шляхом створення всіх умов, спрямованих на охорону здоров'я і належне надання медичної допомоги.

§ 2. Виникнення права на життя людини

Проблема визначення початку життя людини, тобто моменту, після якого вона набуває права на життя і його охорону, досить важлива з багатьох причин, у тому числі й пов'язаних з медичною діяльністю. Виникнення права на життя людини має не тільки теоретичне значення, від розв'язання цієї проблеми залежать питання правоздатності, визначення правової природи абортів і ряд інших. Комплексний аналіз юридичної і медичної літератури дозволяє виділити три підходи до визначення початку життя людини, відповідно до яких право на життя у людини виникає:

З народження.

З моменту зачаття.

У різний термін внутрішньоутробного розвитку.

Кожна з представлених позицій має своїх прихильників й опонентів. З метою об'єктивізації сприйняття цього питання у контексті медичного права висвітливо позиції, що висувуються на захист того або іншого підходу до визначення початку життя людини.

Обґрунтування на користь першого положення (право людини на життя виникає з моменту народження) полягає у тому, що:

1. Стаття 269 Цивільного кодексу України визначає, що особисті немайнові права належать кожній фізичній особі від народження або за законом.
2. До народження, у різні стадії свого внутрішньоутробного розвитку, людина є частиною матері, в утробі якої вона знаходиться.
3. Суб'єктом права на життя, так само як й інших прав, може бути тільки народжена людина, оскільки реалізація прав і обов'язків можлива тільки реально існуючою, народженою людиною.

Відомий російський фахівець у галузі особистих немайнових прав громадян М. Малєїна вважає, що "незважаючи на те, що зачата дитина в майбутньому може стати суб'єктом права, навряд чи варто розглядати її як носія правоздатності й суб'єктивних прав ще до народження. Суб'єктивні права можуть виникнути лише в реально існуючого суб'єкта"¹.

Наступна точка зору - момент зачаття як еквівалент початку життя людини і, відповідно, початку права на життя. Серед основних доводів на захист цього положення зазначимо такі:

Релігійна культура, яка свідчить про повагу до людського життя з моменту зачаття, що обумовлює осуд абортів незалежно від термінів вагітності.

Нормативно-правові акти, що містять положення, які опосередковано свідчать про наявність певних прав у зачатій істоти - майбутньої людини.

Важливо зазначити, що з погляду православної культури право на життя у людини виникає з моменту зачаття, тобто з моменту запліднення сперматозоїдом яйцеклітини. З багатьох церковних визначень, що мають як історичне, так і релігійне значення, можна виокремити такі: "Той, хто буде людиною, вже людина*" (Тертуліан, II-III ст.ст.), або: "У нас немає розмежування плоду, який утворився і ще не утвореного" (св. Василій Великий, IV ст.). Мабуть саме з цієї причини християнська релігія виступає проти правомірності абортів, сприймаючи їх як убивство. І.В. Силуянова, зокрема, зазначає, що протягом всього внутрішньоутробного розвитку новий людський організм не може вважатися частиною тіла матері, що є непрямим свідченням поваги до життя і права на життя майбутньої людини з моменту її зачаття. В.П. Сальніков, Е.В. Кузнєцов Ю.Е. Старо- войтова вважають, що момент початку людського життя відноситься не до моменту народження, а до моменту її зачаття (тобто саме початку).

Цивільний кодекс України у ст. 1261 передбачає, щодо першої черги спадкоємців за законом належать, крім інших, зачаті за життя спадкодавця та народжені після його смерті діти. Це до деякої міри може бути розглянуте як закріплення за зачатими, але ще не народженими фізичними особами певних прав, реалізувати які вони зможуть після народження.

Цікавим є положення щодо проблеми визначення початку права на життя у Франції. У реферативному огляді, присвяченому актуальним проблемам французького медичного права, зазначається, що Конституційна рада Франції "не висловила прямо про право на життя ембріона, хоча підкреслила значення законодавчих гарантій зачаття, імплантації, збереження ембріонів, особливих умов, коли можливе переривання вагітності".

Розглядаючи різні терміни внутрішньоутробного розвитку як початку життя і виникнення у зв'язку з цим права на життя, можна виділити такі чинники, що обґрунтовують дану точку зору:

1. Медичні критерії, відповідно до яких життєздатними вважаються навіть особи, що народилися раніше середньостатистичних термінів вагітності з масою тіла набагато нижчою за норму.
2. Нормативно-правові акти, що містять положення, які опосередковано свідчать про наявність певних прав у плода в різний термін внутрішньоутробного розвитку.

Сучасні медичні технології дозволяють диференціювати певні фізіологічні прояви в плода. При цьому є можливим визначити ті або інші захворювання, а також прояв діяльності органів і тканин майбутньої людини. Велике значення таких відкриттів у сфері охорони здоров'я, на жаль, не супроводжується посиленням їхнього значення через правову регламентацію, оскільки в законодавстві немає чіткого визначення початку життя людини і, відповідно, однозначно вираженого виникнення права на життя.

У преамбулі Декларації прав дитини 1959 р. зазначено, що "дитина, через її фізичну і розумову незрілість, має потребу в спеціальній охороні і турботі, включаючи належний правовий захист, як до, так і після народження...". Існує точка зору, що ембріон є живою істотою і знаходиться під захистом моральних норм і закону, починаючи з появи в нього так званої первинної смужки (зародку нервової системи), приблизно з 14 дня після зачаття. Інші дослідники, що займаються вивченням питань, пов'язаних з правом на життя, підтримують положення про виникнення такого права в людини у

внутрішньоутробному стані та називають інші терміни початку життя у плода. Тут йдеться про перше серцебиття (4 тижні), про реєстрацію електрофізіологічної активності мозку (6 тижнів), про реакції на больові подразники, про формування органів і систем, про медичні критерії доношеності, живонародження тощо.

Наказ МОЗ України "Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвнонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвнонароджених" від 29.03.2006 р. № 179 визначає, що живонародження - це вигнання або вилучення з організму матері плода, який після вигнання/вилучення (незалежно від тривалості вагітності, від того, чи перерізана пуповина і чи відшарувалась плацента) дихає або має будь-які інші ознаки життя, такі як серцебиття, пульсація пуповини, певні рухи скелетних м'язів. Плодом вважається внутрішньоутробний продукт зачаття, починаючи з повного 12-го тижня вагітності (з 84 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до вигнання/вилучення з організму матері (п. 1.4).

Згідно п. 2.5 Інструкції під новонародженим розуміють живонароджену дитину, яка народилася або вилучена з організму матері після повного 22-го тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу). Відповідно до Критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвнонародженості (п. 2) таким, що народився живим, є новонароджений, у якого наявна хоча б одна з таких ознак:

- дихання;
- серцебиття;
- пульсація судин пуповини;
- рухи скелетних м'язів.

Двоїста природа статусу ембріона, пов'язана з тим, що ембріон - тільки початок життя, але він не має правоздатності, позначається і на його правовому статусі. Використання ембріональних (фетальних) тканин у косметології і фармації, що супроводжується сприйняттям жінок як постачальників унікальної біологічної сировини, повинно, без сумніву, бути засуджено. Тут доречним є комплексний підхід, відповідно до якого необхідно здійснювати пропаганду гігієнічних знань щодо фізіології жіночого організму, наслідків штучного переривання вагітності, актуальності турботи про здоров'я жінок та ін.

З погляду сучасного розвитку медичного права, враховуючи формально-юридичну ознаку, найбільш виправданою виглядає позиція, за якої, відповідно до існуючих положень законодавства, виникнення права на життя людини (поряд з іншими основними правами і свободами) буде пов'язано з моментом народження, оскільки дане право, як і будь-які інші права, можуть виникати лише в реально існуючій людині. Знання ж особами, що вивчають медичне право, доводів на користь інших точок зору (виникнення права на життя з моменту зачаття, у різний термін внутрішньоутробного розвитку) необхідно як для формування цілісної картини, так і для адекватного сприйняття всіх явищ, які тією чи іншою мірою стосуються зазначеної проблеми (аборт, евтаназія й ін.). Запобігання ж незаконному обороту фетальних тканин, а також неприпустимість використання жіночого організму як конвеєра для виробництва зародків, повинно досягатися шляхом створення системи юридичних гарантій, а не законодавчою зміною і закріпленням моменту початку права людини на життя. Важливо зазначити, що ці завдання знаходяться у площині соціальної діяльності держави, що включає також і матеріальне, медичне забезпечення молодих сімей, з метою підвищення мотивації для зачаття і народження дітей.

§ 3. Правові проблеми аборту

Розкриваючи взаємини права і медицини в широкому контексті, варто зазначити, що проблема правомірності штучного переривання вагітності (аборт), поряд із трансплантацією, психіатрією,

генетикою, клонуванням, є свого роду барометром рівня правового забезпечення медичної діяльності. Важливо зазначити, що проблеми абортів є комплексними, що підтверджується на міжнародному рівні фактом роботи над цими питаннями Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав (Тобес Брижит, 2001). Це положення не випадкове. Проблема абортів одночасно торкається інтересів і долі як мінімум двох людей - жінки, що вирішила перервати вагітність, й ембріона (плоду), що знаходиться в її утробі.

Статистичні дані, що показують значну кількість зроблених абортів в Україні, переконливо свідчать про необхідність комплексного, у тому числі теоретико-правового аналізу ситуації, що склалась. Важливим є положення, що розкриває суть проблем, які виникають при здійсненні абортів, які містяться у Декларації Осло про медичні аборти, прийнятої Всесвітньою Медичною Асамблеєю (1970): "Визначення ставлення до цього питання (абортів — Авт.) і правил його розв'язання у даній державі або громаді лежить поза компетенцією медицини; лікарі повинні лише забезпечити захист своїм пацієнтам і відстояти власні права в суспільстві". Справді, першочерговим завданням юристів є вироблення єдиних правових принципів і на їхній основі прийняття законодавчих актів, які б врегульовували усі сторони такої важливої проблеми як аборт. Без сумніву, подібні рішення повинні прийматися лише на основі попереднього теоретико-правового дослідження, всебічного обговорення із залученням лікарів, філософів, представників релігійних і громадських організацій, інших зацікавлених сторін.

Насамперед необхідно визначитися з термінологією. Під абортів розуміють будь-яке штучне переривання вагітності. З метою висвітлення співвідношення права на життя і медичної допомоги цікавим є саме штучне переривання вагітності, тобто виконане за бажанням жінки. Світова практика свідчить про відсутність у даний час переважаючої моделі правового регулювання абортів. Так, наприклад, у США, що славляться своїми демократичними принципами, питання регламентації штучного переривання вагітності характеризуються певними особливостями. Питання про право жінки на аборт, за формою медичний, набув тут яскраво вираженого соціально-політичного забарвлення. Верховний суд США, розглядаючи справу про правомірність абортів, прийшов до висновку, що "право на автономію особи досить широке і включає у себе право жінки прийняти рішення про переривання небажаної (за тих чи інших причин) вагітності". Однак у контексті абортів право на особисту автономію не абсолютне: жінка не може "переривати свою вагітність, на якій би стадії вона не захотіла, яким би способом вона не захотіла і з будь-якої причини вона одна того не захотіла" Суд установив, що в межах трьох місяців вагітності жінка вправі вільно вирішувати питання про аборт, а з моменту появи життєздатності плоду — проведення штучного переривання вагітності забороняється, за винятком виникнення загрози для здоров'я чи життя жінки.

Нідерланди, країна з яскраво вираженим ліберальним законодавством щодо багатьох аспектів суспільних відносин, пов'язаних зі здоров'ям, має своє законодавство про аборти. Інтерес до нідерландського досвіду вбачається у тому, що, незважаючи на доступність абортів, у цій країні відзначається надзвичайно низький відсоток їхнього здійснення. Відповідно до Акта про аборти, прийнятого протягом 1981-1984 рр., проведення операції штучного переривання вагітності правомірно за наявності таких умов:

- є показання до абортів (так звана "надзвичайна ситуація");
- лікар дає поради, але остаточне рішення приймає сама жінка;
- після подання заяви повинен минути п'ятиденний термін, даний "на обмірковування";
- аборт дозволяється до настання життєздатності плода (верхня межа - 22-ий тиждень вагітності).

Зупиняючись на загальносвітових тенденціях законодавчого забезпечення абортів, слід зазначити зростаючу ліберальність правових баз у цьому контексті.

У національному законодавстві питання абортів регламентоване у ч. 6 ст. 281 Цивільного кодексу України й у ст. 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я, де передбачено, що штучне

переривання вагітності може бути проведене за бажанням жінки при вагітності строком не більше 12 тижнів. У випадках, визначених законодавством, аборт може бути проведено при вагітності від 12 до 22 тижнів. За незаконне проведення абортів настає кримінальна відповідальність відповідно до ст. 134 Кримінального кодексу України. Окреслена проблематика детально врегульована і на рівні підзаконних нормативно-правових актів. Зокрема, Наказом МОЗ України від 20.07.2006 № 508, яким затверджено Інструкцію про порядок проведення операції штучного переривання вагітності, у якій визначено методики проведення абортів, Наказом МОЗ України від 29.12.2005 № 782, що затвердив Клінічні протоколи з акушерської і гінекологічної допомоги, які закріплюють у тому числі питання медичного абортів.

Операція штучного переривання вагітності повинна бути безпечною для вагітної. Небезпечний аборт - це процедура переривання небажаної вагітності спеціалістом, який не володіє необхідними навичками, або в умовах, які не відповідають медичним стандартам (п. 1.5 зазначеної Інструкції).

Деталізуючи законодавчі норми щодо штучного переривання вагітності Інструкція закріплює, що у термін вагітності до 12 тижнів аборт здійснюється за поінформованим бажанням жінки. Для пацієнток, яким проводиться така операція, здійснюється передабортне та післяабортне консультування щодо особливостей певного методу переривання вагітності, можливі його наслідки для здоров'я за Методикою передабортного та післяабортного консультування вагітної щодо особливостей певного методу штучного переривання вагітності та видається Пам'ятка пацієнтці щодо штучного переривання вагітності.

Проведення штучного переривання вагітності у пацієнтки віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників, а в пацієнтки, яка досягла 14 років, здійснюється за її згодою (ст. 284 Цивільного кодексу України, ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

За відсутності протипоказань до проведення операції штучного переривання вагітності вагітній видається "Консультативний висновок спеціаліста", затверджений наказом МОЗ України 29.12.2000 № 369 зі штампом амбулаторно-поліклінічного лікувального закладу, де вказується найменування стаціонару, куди направляється пацієнтка для переривання вагітності, термін вагітності, а також, за наявності, результати додаткового обстеження.

Важливо зазначити, що перед проведенням операції штучного переривання вагітності пацієнтка заповнює бланк Інформованої добровільної згоди на застосування визначеного методу переривання вагітності.

Повага до жінки не дозволяє ставитись до неї як до засобу відтворення нового покоління. У цьому сенсі не виправдано відмовитись від операцій штучного переривання вагітності. Доцільно формувати законодавче регулювання абортів на таких принципах:

1. повага до права жінки самостійно розпоряджатися ситуацією щодо наявності вагітності;
2. створення умов щодо попередження проведення кримінальних штучних переривань вагітності;
3. декларування і впровадження у життя державної політики, спрямованої на зменшення кількості абортів як засобу регулювання народжуваності.

Ці міркування необхідно законодавчо закріпити з тією метою, щоб запобігти виникненню конфліктних ситуацій у сфері проведення абортів. При такому підході існує велика ймовірність створення якісної нормативно-правової бази, яка ґрунтуватиметься на компромісі між правами і законними інтересами матері та прагненням держави і суспільства забезпечити право на життя ще не народженої людини і тим самим сприяти поліпшенню демографічних показників країни.

На даний час особливу увагу юристів, медиків, філософів, представників інших спеціальностей привертає проблема евтаназії (від грец. "ei" — "легка, блаженна", і "thanatos" — "смерть"). Евтаназією є умисні дії чи бездіяльність медичних працівників, які здійснюються ними за наявності письмово оформленого клопотання пацієнта, який перебуває у стані, коли усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, з дотриманням законодавчо встановлених умов, з метою припинення його фізичних, психологічних і моральних страждань, у результаті яких реалізується право на гідну смерть.

Необхідність вивчення правових проблем евтаназії у ракурсі медичного права обґрунтовується складною природою самої евтаназії, де тісно переплелися питання медицини і права. Цей термін запропонований ще в XVI ст. англійським філософом Ф. Беконом, якому належать слова: "Обов'язок лікаря полягає не тільки у тому, щоб відновлювати здоров'я, але й у тім, щоб полегшити страждання і муки, що спричинені хворобою...". Варто згадати науковий напрям, що розвивається на сьогодні - правову танатологію. О. Старовойтова пропонує визначити "правову танатологію" як галузь правового знання, що вивчає питання визначення смерті, права на смерть, евтаназії, правового регулювання трансплантації органів і тканин людини й інших проблем, безпосередньо пов'язаних із соматичними правами людини. Підвищений інтерес до евтаназії пояснюється як прогресом медицини, що дозволяє тривалий час боротись за життя людини, так і пріоритетним правом людини на життя, під яким розуміють свободу вибору, у тому числі й щодо продовження життя.

Питання евтаназії виходять на перший план у багатьох напрямках медичної діяльності, зокрема при здійсненні трансплантації органів і тканин. Пояснюється це, з одного боку, постійним дефіцитом донорських органів, а з іншого боку - пріоритетним правом людини на життя.

В українському законодавстві, зокрема в Основах законодавства про охорону здоров'я (ч. 3 ст. 52) під евтаназією розуміють навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого з метою припинення його страждань. У Цивільному кодексі України закріплено заборону задовольняти прохання фізичної особи про припинення її життя (ч. 4 ст. 281). Основи законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян у ст. 45 ("Заборона евтаназії") передбачено, що медичному персоналу забороняється здійснювати евтаназію, тобто задоволення прохання хворого про прискорення його смерті будь-якими діями чи засобами, у тому числі припиненням штучних заходів з підтримання життя. Відповідно до Декларації щодо евтаназії від 1987 року евтаназія є актом умисного переривання життя пацієнта, навіть зроблена на прохання самого пацієнта чи на прохання його близьких родичів, є неетичною. Це не звільняє лікаря від врахування бажання пацієнта, щоб процеси вмирання відбувались природним шляхом у заключній стадії лікування. Лісабонська декларація щодо прав пацієнта від 1981 р. проголошує право пацієнта померти з гідністю (п. "д").

У науковій літературі зустрічається різноманітна видова класифікація евтаназії. Зокрема, її поділяють на:

1. "евтаназію", "добровільну евтаназію" та "примусову евтаназію";
2. "активну" і "пасивну";
3. "позитивну" і "негативну";
4. "метод відкладеного шприцу" і "метод наповненого шприцу";
5. "медикотаназію", "фтоназію" ("пасивну евтаназію") і "активну евтаназію";
6. "активну", "пасивну" та "автоевтаназія" тощо.

Зокрема, активна евтаназія - це проведення будь-яких дій, введення лікарських засобів, які прискорюють смертельний результат. Суспільної популярності набув американський патологоанатом Д. Кеворкян, що протягом досить тривалого часу здійснював публічні активні евтаназії важкохворим людям, які звертались з таким проханням. Пасивна евтаназія - це незастосування засобів і невиконання лікарських маніпуляцій, які б підтримували певний час життя важкохворого пацієнта.

Щодо пасивної евтаназії існує точка зору, що вона дозволена навіть в українському законодавстві. Мова йде про ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка проголошує право пацієнта на відмову від медичного втручання. З цією точкою зору важко погодитися, оскільки право на відмову від медичного втручання - суб'єктивне законне право пацієнта, що може бути реалізоване шляхом відсутності згоди на медичне втручання. У той же час евтаназія - це поєднання індивідуальної свободи однієї людини й обов'язку іншої. Тим самим для здійснення евтаназії потрібні визначені дії з боку медичного працівника, що визначає наявність соціального компонента.

Окрім цього, евтаназію можна класифікувати таким чином: за критерієм способу здійснення евтаназія поділяється на активну (позитивну чи "метод наповненого шприцу"), тобто застосування до невиліковно хворого спеціальних засобів чи інших дій, що тягнуть за собою швидке і безболісне настання смерті та пасивну (негативну чи "метод відкладеного шприцу"), яка означає відмову від заходів, що сприяють підтриманню життя, тобто полягає у припиненні надання спрямованої на продовження життя медичної допомоги, яка прискорює настання природної смерті. За іншим критерієм — за суб'єктом волевиявлення — евтаназію поділяємо на добровільну, тобто застосування до невиліковно хворого лікарських чи інших засобів, що призводить до легкої і спокійної смерті на вимогу хворого, який усвідомлює свої дії і може ними керувати та примусову, яка означає спричинення легкої смерті за допомогою відповідних засобів і дій у невиліковно хворого, але за рішенням членів сім'ї, законних представників чи громадських інститутів.

У даний час підхід до проблеми евтаназії характеризується полярністю думок. Якщо прихильники ототожнюють її з полегшенням хворому його страждань, з "приємною, легкою смертю", то опоненти прямо пов'язують це з убивством. Підвищений інтерес до евтаназії пов'язаний у тому числі й з істотним постарінням населення, що викликає безліч питань соціального, економічного, медичного і правового характеру. Загалом противники легалізації евтаназії наводять такі аргументи:

— можливість помилкового діагнозу, коли первинно невиліковне захворювання, виявляється, надалі піддається лікуванню;

— гуманність професії лікаря, що зобов'язує останнього продовжувати життя, а не прискорювати прихід смерті;

— дозвіл евтаназії здатний призвести до зловживань з боку медичних працівників;

— право людини на евтаназію, виходячи з визначення, повинно передбачати обов'язок медика сприяти прискоренню смерті.

У той же час аргументи прихильників легалізації евтаназії зводяться до такого:

— це прояв реалізації права людини на життя;

— законодавство дозволяє хворому відмовитись від лікування;

— краще спокійна гідна смерть, ніж важкі, принижуючі страждання, породжені нестерпним болем;

— обмеження прав невиліковно хворих людей у порівнянні з іншими людьми, оскільки останні для зведення "рахунків з життям" можуть зробити самогубство, у той час як невиліковно хворі за станом здоров'я часто позбавлені такої можливості.

З огляду на потенційну можливість легалізації, її прихильники пропонують такі умови проведення евтаназії:

1. Неможливість існуючими на сьогодні способами і прийомами медицини вилікувати хворого, полегшити його страждання.

2. Усвідомлене, наполегливе, неодноразове прохання хворого про проведення евтаназії.

3. Достатнє інформування такого хворого з боку лікуючого лікаря щодо стану здоров'я і наслідків евтаназії.
4. Проведення консилиуму фахівців-медиків, за умови одноголосного підтвердження думки про неможливість врятувати або полегшити страждання хворого.
5. Інформування родичів хворого.
6. Інформування органів прокуратури.
7. Рішення суду про можливість застосування евтаназії.

По суті, розглядаючи право людини на евтаназію, можна говорити про право людини на смерть. У правовій літературі зустрічаються думки щодо нормативного закріплення евтаназії. Найбільш аргументованою може вважатися позиція М. Малєйнової, яка зазначає: "Видається, що в законі повинна бути дозволена й активна, і пасивна евтаназія. Вищою цінністю є реальне благополуччя людини"¹.

Слід зазначити, що в ряді країн нормативно-правова база містить норми, які дозволяють здійснення пасивної евтаназії. Серед них можна виділити Нідерланди, Північну територію Австралії, штат Орегон у США. Щодо Нідерландів, то слід зазначити, що ця країна вважається піонером упровадження багатьох ліберальних моделей, у тому числі й у галузі медицини. Однак не зовсім правильним є, орієнтуючись на деякі пропозиції, рекомендувати їх і для застосування в Україні. Не зовсім правильно також порівнювати країни, які відрізняються за багатьма економічними, культурними, правовими характеристиками і національними особливостями. До того ж, у цьому разі зовсім ігноруються відомості про те, що після закріплення можливості пасивної евтаназії у Нідерландах з'явилося безліч випадків загадкових, але добре документованих смертей, вчинених за допомогою лікарів. Як бачимо, це результат одностороннього підходу до проблеми, що не може бути визнаний оптимальним.

З погляду сучасного розвитку українського суспільства впровадження евтаназії, як форми впливу нехай навіть і на безнадійних хворих, не має під собою достатнього підґрунтя. Пов'язано це з неможливістю належним чином визначити правомірність здійснення евтаназії та імовірністю зловживань з боку медичного персоналу. До того ж необхідно враховувати і неадекватну оцінку того, що відбувається, хворими, які знаходяться у вкрай важкому стані. Медичні технології дозволяють зараз активно боротись з патологічними станами, лікування яких ще десять-п'ятнадцять років тому було досить проблематичним. Щодо питання про право людини на смерть як підстави для евтаназії, важливо вказати, що наступна реалізація цього права як наполягання хворого на виконанні свого бажання призведе до фактичного визнання правомірності-убивства. Якщо право на життя — природне право кожної людини, то право на смерть - далеко не безперечна категорія.

Уданий час, враховуючи зміни менталітету людей, інтеграцію у світове співтовариство і вступ України до багатьох міжнародних організацій, не можна виключати підвищення актуальності і значення питання про законодавче закріплення евтаназії. З цієї причини вважаємо за необхідне на сучасному рівні розвитку медико-правової науки, використовуючи теоретико-правові механізми, визначити ставлення до евтаназії. Існуюча заборона евтаназії, задекларована в Основах законодавства України про охорону здоров'я, не повністю відповідає таким вимогам.

Таким чином, з огляду на все вищевикладене, у поєднанні з особливостями соціально-економічного і правового статусу людини і громадянина в Україні, легалізація евтаназії не є достатньо обґрунтованою. Необхідно в тому числі орієнтуватися на положення клятви Гіппократа, що містить такі рядки: "Я не дам нікому смертельного засобу, якого у мене просять і не вкажу шляхи для подібного задуму". Велика кількість помилкових діагнозів, труднощі визначення дійсно безнадійного стану хворого, істинне призначення лікаря як хранителя життя і здоров'я - ці й низка інших причин виправдовують неможливість законодавчого закріплення евтаназії. Народження людини, а також її відхід з життя - природні біологічні процеси. Наділяти кого-небудь правом прискорювати смерть

іншої людини неприпустимо. За іншого підходу мова йшла б про медичну допомогу як засіб забезпечення права на смерть, що неприпустимо як через відсутність такого легального права, так і через державну позицію, відповідно до якої медицина повинна сприяти збереженню і зміцненню життя і здоров'я людини.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Дайте визначення права на життя. Як воно співвідноситься з медичною діяльністю?

Якими обставинами зумовлена необхідність вивчення співвідношення права на життя і медичної діяльності?

Дайте визначення й охарактеризуйте право на охорону здоров'я.

Дайте визначення й охарактеризуйте право на медичну допомогу. В чому полягає відмінність від права на охорону здоров'я?

Проаналізуйте основні підходи до визначення початку життя людини.

Дайте комплексну характеристику правових проблем абортів.

Дайте визначення й охарактеризуйте правові проблеми евтаназії.

Які аргументи висувують прихильники й опоненти легалізації евтаназії?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Безаров О.Т. Евтаназія в контексті медичної практики (за результатами соціологічного опитування, проведеного в м. Чернівці) // Буковинський медичний вісник. - 2005. - № 1. - С. 149-154.

Булеца С.Б. Право Фізичної особи на життя та здоров'я (порівняльно-правовий аспект). Монографія. - Ужгород: Ліра, 2006.-172 с.

Бялик М.А. Хоспис: етичний вибор // Медицинское право и этика. - 2002. - № 3. - С. 48-55.

Грандо А.А. Грандо С.А. Врачебная этика: Пособие. - К.: Триумф, 1994.

Грищук В.К. Евтаназія: PRO ET CONTRA // Гармонізація законодавства України з правом Європейського Союзу. - Львів: Львівський національний університет імені Івана Франка; Університет Ганновер, 2003. - С. 113-121.

Громов А.П. Эвтаназия // Судебно-медицинская экспертиза. 1992. -№ 4.- С. 3-6.

Гусак П. Моральні підстави засудження церквою абортів, евтаназії та допоміжних репродуктивних технологій // Вісник Інституту родини і подружнього життя Львівської богословської академії. - Львів: Вид-во Українського католицького університету, 2002. - № 3. - С. 113-127.

Дмитриев Ю.А., Шленева Е.В. Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Государство и право. - 2000. - № 11. - С. 52-59.

ЗгреччаЕ., Спаньоло А.Дж., П'єтро М.Л.ді та ін. Біоетика / Переклад з італійської В.Й. Шовкун: Підручник. - Львів: Медицина і право, 2007. - 672 с.

Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Моно- графия. - М.: Камерон, 2006. - 480 с.

Кассихина Н. Проблемы эвтаназии // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности" (Москва, 26 марта 2004 г.) / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко.- М.: Юрист, 2004. -С. 182-183.

Ковалев М.И. Право на жизнь и право на смерть // Государство и право. - 1992. - № 7. - С. 68-75.

Малеина М.Н. О праве на жизнь // Сов. государство и право. - 1992. - № 2. С. 50-59.

Матузов Н.И. Право на жизнь в свете российских и международных стандартов //Правоведение. - 1998. № 1. — С. 198- 212.

Пищита А.Н., Стеценко С.Г. Медицинское право. Особенная часть. Право на жизнь и получение медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи. Учебно-методическое пособие. - М.: РМАПО, 2005. - С. 5-13.

Романова М.А. Социально-правовые аспекты эвтаназии // Социальное и пенсионное право. - 2006. - № 1. - С. 2-4.

Рудик Б. Евтаназія: Етичний бік проблеми // Медична Академія. - 2002. - Вересень.

Сальников В.П., Кузнецов З.В., Старовойтова О.З. Правовая танатология. Научное издание. — СПб.: Университет, 2002.-176 с.

Сальников В., Кузнецов З., Старовойтова О. Право на смерть в системе соматических прав человека // Современное медицинское право в России и зарубежом: Сб. науч. тр. - М.: ИНИОН, 2003. - С. 350-372.

- Сенюта Л. До питання про еутаназію // Міжнародна науково-практична конференція "Динаміка наукових досліджень", (Дніпропетровськ - Дніпродзержинськ - Харків, 28 жовтня - 4 листопада 2002 р.). - Дніпропетровськ: Наука і світ, 2002. - С. 56-57.
- Сенюта І. Право людини на охорону здоров'я як гарантія здійснення права на життя // Вісник Львівського університету. - Серія юридична. - Львів, 2005. - Вип. 41. - С. 23-33.
- Силуянова І.В. Етика врачевания. Современная медицина и православие. - М.: Изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2001.
- Силуянова І.В. Современная медицина и Православие. - М.: Изд-во Моск. Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998. - 201с.
- Скомороха В. Конституційне правосуддя і права людини на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування та їх забезпечення державою // Вісник Конституційного Суду України. - 2002. - № 5. - С. 62-68.
- Соловійов А. Право на життя: цивільно-правові аспекти: Автореферат дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Львівський націон. унів-т ім. І. Франка, 2004. - 21 с.
- Старовойтова О.9. Эвтаназия и закон / Материалы I Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности" (Москва, 16 мая 2003 г.) / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. -С. 149-150.
- Старовойтова О.3. Основы правовой соматологии: Моно-графия / Под общ. ред. и вступ. ст. В.П. Сальникова. - СПб: Университет, 2006.
- Стефанчук Р.О. Особисті немайнові права фізичних осіб у цивільному праві (поняття, зміст, система, особливості здійснення та захисту): Монографія / Відп. ред. Я.М. Шевченко. - Хмельницький: Вид-во ХУУП, 2007. -С. 265-323.
- Стеценко С.Г. Искусственное прерывание беременности в контексте защиты прав человека // Юрист. - 2002. - № 5. - С. 35-36.
- Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 339-366.
- Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 60-74.
- Тищенко П.Д. Эвтаназия: российская ситуация в свете американского и голландского опыта // Медицинское право и этика. - 2000. - № 2. - С. 30-38.

Глава 12. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ

- § 1. Експертиза тимчасової непрацездатності.
- § 2. Медико-соціальна експертиза.
- § 3. Військово-лікарська експертиза.
- § 4. Судово-медична і судово-психіатрична експертиза.

§ 1. Експертиза тимчасової непрацездатності

Зміни в стані здоров'я людини нерідко обумовлюють часткову або повну неможливість повноцінно працювати. Таким чином, особливе значення з позицій правового регулювання медичної діяльності набуває експертиза тимчасової непрацездатності. Експертиза тимчасової непрацездатності громадян здійснюється з метою:

встановлення факту необхідності надання відпустки у зв'язку з хворобою, каліцтвом, вагітністю та пологами, для догляду за хворим членом сім'ї, у період карантину, для протезування, санаторно-курортного лікування;

визначення необхідності і строків тимчасового переведення працівника у зв'язку з хворобою на іншу роботу у встановленому порядку;

прийняття рішення про направлення на медико-соціальну експертну комісію для визначення наявності та ступеня тривалої або стійкої втрати працездатності.

Таким чином, експертиза тимчасової непрацездатності - це вид медичної експертизи, основною метою якої є оцінка стану здоров'я людини, якості та ефективності обстеження і лікування, що проводяться, можливості здійснювати професійну діяльність, а також визначення ступеня і термінів тимчасової втрати працездатності.

Згідно Основ законодавства України про охорону здоров'я (ст. 69), експертиза тимчасової непрацездатності громадян здійснюється у закладах охорони здоров'я лікарем або комісією лікарів.

Підсумковим документом по закінченню проведення експертизи є листок непрацездатності, який і засвідчує тимчасову непрацездатність працівників. Листок непрацездатності - це багатофункціональний документ, який є підставою для:

- звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю;
- призначення допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, вагітністю та пологами.

Видача інших документів про тимчасову непрацездатність забороняється (за винятком окремих випадків).

Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, визначається наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 листопада 2001 р. № 455 "Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян".

Право видачі листків непрацездатності мають:

- лікуючі лікарі державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- лікуючі лікарі стаціонарів протезно-ортопедичних установ системи Міністерства праці та соціальної політики України;
- лікуючі лікарі туберкульозних санаторіїв;
- фельдшери у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах (список цих фельдшерів затверджується щороку органами охорони здоров'я).

Виходячи з цього списку, можна зробити висновок, що проводити експертизу тимчасової непрацездатності, висновки якої давали б право на звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю, а також призначення допомоги, можуть тільки вищезазначені особи.

Разом з тим, необхідно зазначити, що є перелік лікарів, які позбавлені права видавати листки тимчасової непрацездатності. Так, не мають права на видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, лікарі станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, станцій переливання крові, закладів судово-медичної експертизи, бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік, будинків відпочинку, туристичних баз, зубопротезних поліклінік (відділень), санітарно-профілактичних закладів, а також лікуючі лікарі лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності при косметологічних втручаннях без медичних показань.

Окремо хотілося б зупинитися на такому положенні, як заборона на видачу листків непрацездатності для лікарів приватних закладів охорони здоров'я, а також приватним лікарям (фізичним особам-суб'єктам підприємницької діяльності). На наш погляд, ця норма не відповідає вимогам теперішнього часу і є рудиментом, котрий дістався нам у спадок від Інструкції ВЦСПС і Наркомздраву СРСР від 28 червня 1937 р. "Про порядок видачі застрахованим лікарняних листів", Згідно з якою, не мали права видавати листки непрацездатності лікарі платних поліклінік і лікарень.

Видача та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, здійснюються тільки після особистого огляду хворого лікуючим лікарем (фельдшером), про що робиться відповідний запис у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого з обґрунтуванням тимчасової непрацездатності.

Листок непрацездатності у разі захворювання чи травми видається на весь період тимчасової непрацездатності, до її відновлення або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією. За загальним правилом лікуючий лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видавати листок непрацездатності особисто терміном до 5 календарних днів з наступним продовженням його, залежно від тяжкості захворювання, до 10 календарних днів. Якщо непрацездатність триває понад 10 календарних днів, продовження листка непрацездатності до 30 днів проводиться лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення, а надалі - ЛКК, яка призначається керівником лікувально-профілактичного закладу після комісійного огляду хворого, з періодичністю не рідше 1 разу на 10 днів, але не більше терміну, встановленого для направлення до МСЕК.

У разі лікування в стаціонарі листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення за весь період стаціонарного лікування. У разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах листок непрацездатності може бути продовжено на термін до 3 календарних днів з обов'язковим обґрунтуванням у медичній карті стаціонарного хворого та витягу з неї.

Листок непрацездатності по догляду за хворим членом сім'ї, хворою дитиною, дитиною віком до трьох років та дитиною-інвалідом до 16 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною, видається лікуючим лікарем одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, що фактично здійснює догляд. Листок непрацездатності видається для догляду:

— за дорослим членом сім'ї та хворою дитиною, старшою 14 років, при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах на термін до 3 днів. Як виняток, залежно від тяжкості перебігу захворювання та побутових умов, цей термін може бути продовжений за рішенням ЛКК, а в разі її відсутності - головного лікаря, але не більше 7 календарних днів;

— за хворою дитиною віком до 14 років на період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше 14 календарних днів, а для догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС, на весь період її хвороби, включаючи санаторно-курортне лікування;

— за хворою дитиною віком до 6 років, а також за дитиною, інфікованою вірусом імунодефіциту людини (СНІД) та постраждалою від наслідків аварії на ЧАЕС одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, на весь період перебування в стаціонарі разом з дитиною;

— за дитиною віком до трьох років, дитиною-інвалідом віком до 16 років, у випадку хвороби матері (опікуна, іншого члена сім'ї, який перебуває у відпустці для догляду за дитиною віком до 3 років, виховує дитину-інваліда віком до 16 років) на період, коли вона за висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною.

По вагітності і пологам листок непрацездатності видається за місцем спостереження за вагітною з 30 тижнів вагітності на 126 календарних днів (70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 - після). У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді, на підставі запису в історії пологів та обмінній карті вагітної, засвідченого підписом головного лікаря та печаткою лікувально-профілактичного закладу, де відбувались пологи, за місцем спостереження за вагітною додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів. Жінкам, які належать до I-IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, видається листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової відпустки і 90 - на період післяпологової відпустки).

У разі передчасних пологів до 30 тижнів вагітності якщо жінка виписується з живою дитиною, листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається лікувально-профілактичним закладом,

де відбулися пологи, на 140 календарних днів, а у випадку смерті дитини при таких пологах - на 70 календарних днів.

Важливою в правовому відношенні обставиною є збереження лікарської таємниці при видачі листків непрацездатності. Відповідно до п. 3.2 Інструкції "Про порядок заповнення листка непрацездатності", затвердженої наказом МОЗ України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03 листопада 2004 р. № 532/274/136-ос/1406 у листку непрацездатності діагноз первинний, діагноз заключний та шифр МКХ-10 (шифр діагнозу відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду, прийнятої 43 Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я 1 січня 1993 року) зазначаються виключно за письмовою згодою хворого. В іншому випадку первинний та заключний діагнози та шифр МКХ-10 не вказуються.

Але, у тій же Інструкції, в п. 3.1. позначено, що в листку непрацездатності обов'язково необхідно чітко вказувати назву і місцезнаходження закладу охорони здоров'я (повністю), а також підтверджувати це штампом та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності". Таким чином, складним видається забезпечення збереження конфіденційності такої інформації.

Найбільш показовими в цьому відношенні є такі сфери як психіатрія, венерологія, наркологія. Річ у тім, що розповсюдження відомостей про наявність подібних діагнозів або про сам факт звільнення від трудових обов'язків, зафіксований в листі тимчасової непрацездатності (виданому в психіатричній, венерологічній, наркологічній установі), нерідко негативно позначається на людині, викликаючи насмішки або інші негативні прояви. Таким чином, доводиться констатувати той факт, що повноцінного опрацювання дане питання не отримало¹.

Враховуючи, що листок тимчасової непрацездатності є юридично значущим документом, з наслідками, зокрема, фінансового характеру, має сенс зупинитися на питаннях контролю за станом експертизи тимчасової непрацездатності. На жаль, на сьогоднішній день дана сфера не має достатнього правового регулювання. Перш за все, це виявляється у відсутності єдиного нормативного акту, який би регламентував порядок здійснення контролю за організацією та станом експертизи тимчасової непрацездатності. Як наслідок цього, немає і єдиного переліку установ, які мають право перевіряти законність та підстави видачі працівнику листка непрацездатності.

Аналіз чинного законодавства показує, що контроль за видачею документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, здійснюють у межах своєї компетенції Міністерство охорони здоров'я України, Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, профспілки та їх об'єднання.

Відповідно до статті 28 Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими

На нашу думку, запобігання такої ситуації може бути досягнуто, наприклад, за рахунок того, що за узгодженням з пацієнтами або їх законними представниками при оформленні документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, та інших медичних документів буде використовуватися спеціальна печатка або штамп установи, організації без позначення її профілю народженням та похованням" від 18 січня 2001 року № 2240-111 Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності як страховик здійснює перевірку обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності в закладах охорони здоров'я. Такі перевірки здійснюються головними спеціалістами-лікарями відділів соціальних виплат виконавчих дирекцій відділень Фонду в плановому порядку не рідше, ніж один раз на три роки.

При проведенні планових перевірок оцінюються:

- виконання нормативних вимог в частині зберігання та обліку медичних карт амбулаторних (стаціонарних) хворих в лікувально-профілактичних закладах;
- виконання нормативних вимог в частині дотримання порядку видачі та продовження документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян;
- обґрунтування тимчасової непрацездатності в медичній карті амбулаторного (стаціонарного) хворого;
- повнота обстеження хворих при різних захворюваннях тощо.

Відповідальність за стан організації та якості експертизи тимчасової непрацездатності, зберігання та облік документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, несе керівник закладу охорони здоров'я.

§ 2. Медико-соціальна експертиза

Наступним видом експертиз є експертиза тривалої, або стійкої, втрати працездатності - медико-соціальна експертиза. Важливість цієї експертизи, перш за все, полягає в тому, що вона виявляє компенсаторно-адаптаційні можливості особи, реалізація яких сприятиме функціональній, психологічній, соціальній, професійній реабілітації та адаптації інваліда, особи, яка найбільше потребує захисту і турботи з боку держави.

Медико-соціальна експертиза (МСЕ) — це визначення в установленому порядку потреб особи в заходах соціального захисту, включаючи реабілітацію, на основі оцінки обмежень життєдіяльності, що викликані стійким розладом функцій організму.

Згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я та "Положенням про медико-соціальну експертизу" затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. № 83, ця експертиза визначає:

- ступінь обмеження життєдіяльності людини;
- причину, час настання, групу інвалідності;
- роботи і професії, доступні інвалідам за станом здоров'я.

Слід зазначити, що вказана експертиза сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, пристосування їх до суспільного життя.

Відповідно до "Порядку організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності", затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 4 квітня 1994 р. JV5 221, медико-соціальної експертизі підлягають особи, які частково чи повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та уроджених дефектів, що обмежують їх життєдіяльність, а також особи, які за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу, з метою виявлення компенсаторно-адаптаційних можливостей особи для реалізації заходів реабілітації та адаптації інвалідів.

Медико-соціальна експертиза здійснюється виходячи з комплексної оцінки стану організму на основі аналізу клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудоових, психологічних даних оглянутої особи з використанням класифікацій і критеріїв, що розробляються і затверджуються в порядку, визначеному чинним законодавством.

Органом, який здійснює МСЕ, є медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), що організуються в самостійні центри, бюро при управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської

міських державних адміністрацій. Ці експертні комісії перебувають у віданні Міністерства охорони здоров'я України і проводять свою роботу за таким територіальним принципом:

республіканська;

Кримська, обласні, центральні міські (в містах Києві і Севастополі);

міські, міжрайонні, районні.

Висновки медико-соціальних експертних комісій про умови й характер праці інвалідів є обов'язковими для підприємств, установ і організацій, незалежно від форм власності і видів їх діяльності.

У разі незгоди оглянутого з рішенням районної, міжрайонної міської медико-соціальної експертної комісії він має право подати про це письмову заяву до вищестоящої медико-соціальної експертної комісії. У свою чергу, рішення республіканської, кримської, обласної, центральної міської медико-соціальної експертної комісії може бути оскаржене до Міністерства охорони здоров'я України.

Крім того, рішення медико-соціальної експертної комісії може бути оскаржене до суду в установленому порядку.

Організація і склад медико-соціальних експертних комісій.

Медико-соціальні експертні комісії утворюються, реорганізуються і ліквідуються Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями .

Формування медико-соціальних експертних комісій провадиться з урахуванням чисельності обслуговуваного населення, кількості оглянутих зазначеними комісіями хворих протягом року, у тому числі інвалідів (наприклад, міські, районні комісії утворюються, як правило, з розрахунку одна комісія на 100 тис. чоловік віком 16 років і старше; обласна, центральна міська комісія утворюється з розрахунку на п'ять міських, міжрайонних, районних комісій тощо).

Залежно від рівня, структури захворюваності та інвалідності утворюються такі медико-соціальні експертні комісії:

— загального профілю;

— спеціалізованого профілю (для огляду хворих на туберкульоз, осіб з психічними розладами, захворюваннями органів зору, органів кровообігу тощо).

— Міські, міжрайонні, районні медико-соціальні експертні комісії утворюються в складі:

— трьох лікарів-експертів (терапевта, хірурга, невропатолога);

— фахівця з медико-соціальної реабілітації (лікаря-реабіліто-лога);

— психолога;

— представника Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань;

— представника військово-медичних управлінь СБУ, Служби зовнішньої розвідки (у разі розгляду медичних справ пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ, Служби зовнішньої розвідки).

До складу комісій спеціалізованого профілю входять:

— два лікарі, спеціальність яких відповідає профілю комісії;

— терапевт чи невропатолог;

— лікар військово-медичних управлінь СБУ, Служби зовнішньої розвідки (у разі розгляду медичних справ пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ, Служби зовнішньої розвідки).

— Кримська республіканська, обласна, центральна міська медико-соціальна експертна комісія утворюється в складі:

— чотирьох лікарів-експертів;

— лікаря-реабітолога;

— юриста;

— економіста;

— представника Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань;

— представника військово-медичних управлінь СБУ, Служби зовнішньої розвідки (у разі розгляду медичних справ пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ, Служби зовнішньої розвідки).

Головою медико-соціальної експертної комісії призначається один із лікарів, що входить до неї. Він організує її роботу, забезпечує якісне проведення медико-соціальної експертизи і несе персональну відповідальність за діяльність комісії.

Права та обов'язки медико-соціальних експертних комісій.

Міські, міжрайонні, районні медико-соціальні експертні комісії:

а) визначають ступінь обмеження життєдіяльності людини, у тому числі стан працездатності, групу, причину і час настання інвалідності, а також ступінь втрати професійної працездатності (у процентах) працівників, які одержали каліцтво чи інше ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням своїх трудових обов'язків;

б) встановлюють потребу інвалідів у соціальній допомозі, що була б спрямована на полегшення наслідків погіршення здоров'я (протезування, засоби пересування, робочі пристосування, постійний догляд тощо);

в) надають трудові рекомендації інвалідам працездатного віку та розробляють заходи медико-соціальної реабілітації під час складання індивідуальних програм реабілітації та адаптації інвалідів, здійснюють контроль за їх реалізацією;

г) вивчають структуру і динаміку інвалідності за групами, причинами, окремими захворюваннями, територіальними ознаками, в розрізі окремих підприємств тощо;

ґ) разом з лікувально-профілактичними закладами вивчають результати диспансеризації, переважно осіб, які часто й тривалий час хворіють, та інвалідів;

д) разом з лікувально-профілактичними закладами, підприємствами, установами, організаціями, профспілками аналізують умови праці з метою виявлення факторів, що небезпечно впливають на здоров'я й працездатність працівників, а також визначення умов та видів праці, робіт і професій для хворих та інвалідів;

е) оцінюють стан здоров'я населення, прогнозують динаміку первинної інвалідності;

є) інше.

Кримська республіканська, обласні, центральні міські медико-соціальні експертні комісії:

а) здійснюють організаційно-методичне керівництво та контроль за діяльністю відповідно Кримської республіканської, обласних, центральних міських, районних, міжрайонних, міських медико-соціальних експертних комісій, перевіряють прийняті ними рішення і в разі визнання їх безпідставними змінюють їх;

б) переглядають осіб, які оскаржили рішення міських, міжрайонних чи районних медико-соціальних експертних комісій, та перевіряють якість розробки індивідуальних реабілітаційних програм;

в) проводять у складних випадках огляд хворих та інвалідів за направленнями відповідно Кримської республіканської, обласних, центральних міських, районних, міжрайонних, міських медико-соціальних експертних комісій;

г) надають консультативну допомогу лікарям медико-соціальних експертних комісій з питань медико-соціальної експертизи;

ґ) розробляють комплексні заходи щодо профілактики та зниження рівня інвалідності, а також медико-соціальної реабілітації інвалідів;

д) здійснюють у межах своїх повноважень контроль за поліпшенням соціального стану інвалідів та надання їм пільг;

е) аналізують рівень та динаміку інвалідності, стан медико-соціальної реабілітації інвалідів в Україні.

Медико-соціальні експертні комісії мають право:

— одержувати від органів і закладів охорони здоров'я, підприємств, установ, організацій, незалежно від форм власності і видів їх діяльності, відомості, необхідні для роботи комісій;

— направляти осіб, які проходять огляд, до лікувально-профілактичних закладів для уточнення діагнозу і відповідного лікування;

— відвідувати у встановленому порядку підприємства, установи, організації, незалежно від форм власності і видів їх діяльності, обстежувати місця виконання робіт, виробничі та службові приміщення, знайомитися зі звітами, статистичними й іншими матеріалами з питань, що належать до діяльності комісій;

— подавати державним органам матеріали для вжиття відповідних заходів стосовно посадових осіб підприємств, установ, організацій, які ущемляють права інвалідів.

Основним суб'єктом, що знаходиться під захистом держави після проведення МСЕ і дачі відповідного висновку, є інвалід. Законом України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" від 21 березня 1991 р. М 875XII визначається, що інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм, або з уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті.

Причинами інвалідності можуть бути:

— загальне захворювання;

— трудове каліцтво;

— професійне захворювання;

— інвалідність з дитинства.

Для військовослужбовців - поранення, контузія, каліцтво, одержані при захисті Батьківщини або при виконанні інших обов'язків військової служби, чи захворювання, пов'язане з перебуванням на фронті, або каліцтво, одержане внаслідок нещасного випадку, не пов'язаного з виконанням обов'язків військової служби, чи захворювання, не пов'язане з перебуванням на фронті, та інші.

Підставою для визнання особи інвалідом є наявність сукупності таких ознак:

— порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами;

— обмеження життєдіяльності (повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися або займатися трудовою діяльністю);

— необхідність здійснення заходів соціального захисту громадянина.

Загальні організаційно-правові принципи визнання особи інвалідом:

1. Залежно від ступеня втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності встановлюється I, II, III група інвалідності.

2. Огляд громадян у медико-соціальних експертних комісіях проводиться за місцем проживання або лікування за направленням відповідного лікувально-профілактичного закладу при пред'явленні паспорту чи іншого документа, що засвідчує особу.

3. Медико-соціальна експертиза повинна здійснюватися після повного та всебічного медичного обстеження, проведення необхідних досліджень, визначення клініко-функціонального діагнозу, соціально-психологічного діагнозу, професійно-трудового прогнозу, одержання результатів відновного лікування, соціально- трудової реабілітації та інших даних, що підтверджують стійкий або необоротний характер захворювання.

4. Медико-соціальні експертні комісії проводять засідання тільки у повному складі і колегіально приймають рішення.

5. Перегляд інвалідів з нестійкими, оборотними морфологічними змінами та порушеннями функцій органів і систем організму з метою визначення ефективності відновного лікування та реабілітаційних заходів, стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації проводиться через 1-3 роки.

6. Група інвалідності без зазначення строку перегляду встановлюється громадянам при анатомічних дефектах, стійких необоротних морфологічних змінах та порушеннях функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, чоловікам старше шістдесяти років і жінкам старше п'ятдесяти п'яти років та в інших, передбачених законом, випадках.

7. Особам, визнаним інвалідами, видаються довідки МСЕК та індивідуальні реабілітаційні програми.

Відповідно до Інструкції "Про встановлення груп інвалідності", затвердженої Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 7 квітня 2004р. № 183, існують такі підстави і критерії встановлення груп інвалідності.

Підставою для встановлення першої групи інвалідності є стійкі, значно виражені тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, неспроможності до

самообслуговування і викликають потребу в постійному, що не регулюється, сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у значному ступені. А саме:

- нездатність до самообслуговування та повна залежність від інших осіб;
- нездатність самостійно пересуватися та повна залежність від інших осіб;
- нездатність до навчання;
- нездатність до трудової діяльності;
- нездатність до орієнтації (дезорієнтація);
- нездатність до спілкування;
- нездатність контролювати свою поведінку.

Підставою для встановлення другої групи інвалідності є стійкі, вираженої тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, при збереженій здатності до самообслуговування, та не викликають потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Критеріями встановлення другої групи інвалідності є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у вираженому ступені. А саме:

- здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою інших осіб;
- здатність самостійно пересуватися з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;
- здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах;
- здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;
- здатність до орієнтації, що потребує допомоги інших осіб;
- здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою інших осіб;
- здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві або більше хвороби, що призводять до інвалідності, наслідки травми або уроджені дефекти та їх комбінації, що в сукупності функціональних порушень призводять до значного обмеження життєдіяльності людини та її працездатності.

Підставою для встановлення третьої групи інвалідності є стійкі, помірної тяжкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або уродженими дефектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, в тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями встановлення III групи інвалідності є обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності в помірно вираженому ступені, а саме:

- здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;
- здатність самостійно пересуватися з тривалішою витратою часу, пересування з зупинками і скорочення відстані;
- здатність до навчання в учбових закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму учбового процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, який навчає);
- здатність до виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією;
- здатність до орієнтації за умови використання допоміжних засобів;
- здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передання інформації;
- часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку.

Помірно виражене обмеження життєдіяльності визначається частковою втратою можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне зниження кваліфікації або зменшення обсягу трудової діяльності; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні): значне зменшення (більше ніж на 25% обсягу трудової діяльності; втрата професії чи значне зниження кваліфікації; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні осіб, що раніше ніколи не працювали та не мають професії).

Важливим моментом є те, що остаточним результатом проведення МСЕ є не тільки встановлення інвалідності особи, але визначення комплексу заходів, спрямованих на відновлення здоров'я і здібностей інваліда та створення йому необхідних умов і рівних можливостей у всіх сферах життєдіяльності. Згідно з Положенням про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. М 83, документом, що визначає види, форми й обсяг реабілітаційних заходів, оптимальні строки їх здійснення та конкретних виконавців, є індивідуальна програма реабілітації інваліда, що розробляється медико-соціальними експертними комісіями з урахуванням місцевих можливостей, соціально-економічних, географічних і національних особливостей.

Ця програма обов'язкова для виконання власниками підприємств, об'єднань, установ, організацій або уповноваженими ними органами, незалежно від форм власності і видів їх діяльності.

Основними видами реабілітаційної допомоги є:

- медична реабілітація (відновна терапія і реконструктивна хірургія з поступовим протезуванням);
- професійна реабілітація (професійна орієнтація, професійне навчання або перекваліфікація, раціональне працевлаштування);
- соціально-побутова реабілітація (соціально-побутове влаштування та обслуговування).

Контроль за реалізацією індивідуальних програм реабілітації інвалідів здійснюють медико-соціальні експертні комісії разом з органами місцевого самоврядування, профспілковими організаціями, відділеннями Фонду України соціального захисту інвалідів за участю представників громадських організацій інвалідів.

§ 3. Військово-лікарська експертиза

Військово-лікарська експертиза є основною формою визначення придатності за станом здоров'я до військової та інших видів служб, а також встановлення причинного зв'язку захворювань, поранень і травм з відповідною службою.

Військово-лікарська експертиза (ВЛІЕ) — це вид медичної експертизи, призначений для визначення придатності громадян за станом здоров'я до військової служби, служби в органах безпеки, внутрішніх справ та інших воєнізованих формувань, а також встановлення причинного зв'язку захворювань, поранень і травм пов'язаних зі службою, та визначення необхідності та умов застосування заходів медико-соціальної реабілітації та допомоги відповідним категоріям осіб.

Військово-лікарська експертиза здійснюється військово-лікарськими комісіями, які створюються при військових комісаріатах і закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України, Служби безпеки України та інших військових формувань (Основи законодавства України про охорону здоров'я громадян від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII).

Згідно "Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України", затвердженим

Наказом Міністра оборони України від 4 січня 1994 року 2f основними завданнями військово-лікарської експертизи є:

— добір громадян, придатних за станом здоров'я до служби у воєнізованих формуваннях, утворених відповідно до законодавства України;

— медичний огляд призовників, військовослужбовців, військовозобов'язаних з метою визначення придатності до військової служби, служби за військовим фахом, а також аналіз результатів медичного огляду та розробки заходів щодо виконання цієї роботи;

— медичний огляд громадян, які бажають вступити до військово-навчальних закладів, а також аналіз результатів і розроблення пропозицій по удосконаленню цієї роботи;

— контроль за організацією і станом лікувально-оздоровчої роботи серед призовників, а також контроль за організацією, проведенням і результатами лікувально-діагностичної роботи у військових лікувально-профілактичних закладах та військових частинах;

— визначення причинного зв'язку захворювань, поранень, контузій, травм та каліцтва (надалі - захворювання, поранення) у військовослужбовців, військовозобов'язаних, які призвані на збори, і колишніх військовослужбовців, а також причинного зв'язку захворювань, поранень, які заподіяли військовослужбовцям смерть;

— розроблення спільно з головними медичними спеціалістами Міністерства охорони здоров'я і Міністерства оборони України вимог щодо стану здоров'я призовників, кандидатів, які вступають до військових навчальних закладів, військовослужбовців, а також показань для найдоцільнішого використання їх на військовій службі за станом здоров'я.

Військово-лікарська експертиза у Збройних Силах України і воєнізованих формуваннях, утворених відповідно до законодавства України (надалі військово-лікарська експертиза у Збройних Силах України), здійснюється штатними та позаштатними (постійно і тимчасово діючими) військово-лікарськими комісіями (надалі - ВЛК) та лікарсько-льотними комісіями (надалі - ЛЛК).

Штатні ВЛК є військово-медичними установами спеціального призначення і комплектуються лікарями з клінічною підготовкою за однією з лікарських спеціальностей (терапія, хірургія, неврологія, психіатрія, оториноларингологія, офтальмологія та іншими), досвідом роботи у військах і лікувально-профілактичних закладах.

Позаштатні (постійно та тимчасово діючі) ВЛК (ЛЛК) призначаються у складі голови, заступника голови (одного з членів комісії), членів комісії (у гарнізонних, госпітальних ВЛК не менше трьох лікарів, в останніх ВЛК і ЛЛК - терапевта, хірурга, невропатолога, окуліста, стоматолога, оториноларинголога, психіатра) і секретаря. За необхідності до складу ВЛК (ЛЛК) можуть призначатися лікарі інших спеціальностей.

До складу ВЛК (ЛЛК), що створюється у військовому комісаріаті, лікарі і секретар комісії залучаються з місцевих лікувально-профілактичних закладів рішенням Голови місцевої державної адміністрації (голови виконкому місцевої Ради народних депутатів).

За необхідності до участі у роботі штатних та позаштатних ВЛК на правах членів комісії можуть залучатися головні (провідні) медичні фахівці та інші лікарі-спеціалісти лікувально-профілактичних закладів, лікарі військових частин, представники командування (керівництва) та військові спеціалісти.

Постанови ВЛК приймаються колегіально, більшістю голосів. У разі незгоди голови або членів комісії з думкою інших членів, їх окрема думка заноситься до протоколу засідання ВЛК.

До штатних ВЛК належать:

- Центральна військово-лікарська комісія (надалі — ЦВЛК) Міністерства оборони України;
- Лікарсько-льотна комісія ЦВЛК МО України (надалі - ЦЛЛК);
- Базова ВЛК командування оперативного напрямку (надалі — ВЛК військового округу);
- ВЛК Військово-Морських сил;
- ВЛК евакуаційного пункту фронту, місцевого евакуаційного пункту, ВЛК управління госпітальної бази (передбачаються на воєнний час).

Завданнями штатних ВЛК є:

- а) організація військово-лікарської експертизи, керівництво підлеглими ВЛК, контроль за їхньою роботою та надання їм методичної і практичної допомоги;
- б) контроль за організацією та проведенням огляду поповнення, що прибуває для комплектування Збройних Сил України, з метою правильного розподілу його за родами військ, військовими частинами (кораблями), підрозділами та військовими спеціальностями, а також кандидатів для навчання за військовими спеціальностями з урахуванням стану здоров'я та фізичного розвитку;
- в) контроль за законністю надання ВЛК довідок про одержання військовослужбовцями і призваними на збори військовозобов'язаними поранень і захворювань;
- г) розгляд заяв, пропозицій, скарг та прийом відвідувачів з питань військово-лікарської експертизи;
- д) аналіз та узагальнення результатів і досвіду роботи підлеглих ВЛК;
- е) організація та керівництво науковою роботою з питань військово-лікарської експертизи у підпорядкованих ВЛК та інші.

Для виконання вищеперерахованих завдань ВЛК надаються такі права:

- перевіряти роботу підпорядкованих ВЛК та давати їм вказівки з питань військово-лікарської експертизи;
- переглядати або скасовувати постанови підпорядкованих ВЛК;

— оглядати призовників, військовослужбовців, військовозобов'язаних, громадян, які бажають вступити до військово-навчальних закладів Збройних Сил України, учнів військових ліцеїв; колишніх військовослужбовців з проходженням військової служби та інших;

— перевіряти організацію та стан огляду військовослужбовців та іншого контингенту у військових (цивільних) лікувальних закладах, військових частинах;

— викликати, направляти у військові лікувально-профілактичні заклади Збройних Сил України на контрольний огляд та переогляд військовослужбовців та членів їх сімей, військовозобов'язаних, працівників, а також військовослужбовців у випадку незгоди того, кого оглядають, або інших осіб з постановою ВЛК та в інших необхідних випадках;

— приймати постанови, а за необхідності переглядати постанови ВЛК про причинний зв'язок захворювань, поранень у колишніх військовослужбовців.

До позаштатних постійно діючих ВЛК (ЛЛКК) належать:

— госпітальні ВЛК;

— гарнізонні ВЛК;

— лікарсько-льотні комісії;

— ВЛК з'єднання аеромобільних військ;

— ВЛК для медичного огляду особового складу підводних човнів з атомним енергетичним устаткуванням;

— ВЛК військових комісаріатів.

Перелік військових лікувально-профілактичних закладів та військових частин, у яких організуються позаштатні постійно діючі ВЛК, затверджує відповідний начальник медичної служби за поданням начальника штатної ВЛК.

Головою позаштатної постійно діючої ВЛК призначається лікар, найбільш підготовлений з питань військово-лікарської експертизи, який має досвід роботи у військових (цивільних) лікувально-профілактичних закладах та пройшов підготовку (удосконалення) з військово-лікарської експертизи.

До складу ВЛК, створеної у цивільному лікувально-профілактичному закладі, за рішенням начальника медичної служби військового округу, може бути введений військовий лікар - представник медичної служби найближчого гарнізону.

До позаштатних тимчасово діючих ВЛК (ЛЛК) належать:

ВЛК військово-навчальних закладів МО України;

Військово-лікарська підкомісія приймально-технічної комісії Військово-Морських Сил;

ВЛК для медичного огляду особового складу дизель-електричних підводних човнів;

ВЛК для медичного огляду водолазів;

ВЛК для медичного огляду військовослужбовців, які залучаються до підводного керування танками та іншими машинами;

ВЛК військової частини аеромобільних військ;

ВЛК для медичного огляду поповнення Збройних Сил України.

Перелік військових частин виду Збройних Сил України та роду військ, ВНЗів, у яких створюються позаштатні тимчасово діючі ВЛК, затверджує відповідний начальник медичної служби.

Головою позаштатної тимчасово діючої ВЛК призначається лікар, найбільш підготовлений з питань військово-лікарської експертизи.

Військовослужбовці, визнані позаштатною тимчасово діючою ВЛК непридатними до служби за військовою спеціальністю, для вирішення питання про придатність до військової служби при необхідності направляються на амбулаторне або стаціонарне обстеження із подальшим оглядом гарнізонною або госпітальною ВЛК.

Одним з основних завдань ВЛК є медичний огляд, під яким розуміють вивчення і оцінку стану здоров'я і фізичного розвитку особи на момент огляду в цілях визначення її придатності до відповідної служби, навчання (служби) по окремих військово-облікових спеціальностях, вирішення інших питань з винесенням письмового висновку. При цьому під придатністю до військової служби розуміють такий стан здоров'я і фізичного розвитку громадян, який без шкоди для здоров'я дозволяє їм виконувати передбачені статутами Збройних Сил України, інструкціями, керівництвом службові обов'язки з конкретної військової спеціальності у певному виді Збройних Сил України, роді військ у мирний та воєнний час.

Медичний огляд проводиться з метою виявлення:

а) придатності до військової служби призовників, військовозобов'язаних та показників для правильного розподілу їх за видами Збройних Сил України, родами військ і за військовою спеціальністю згідно із станом здоров'я та фізичним розвитком;

б) придатності до військової служби за військовою спеціальністю військовослужбовців;

в) придатності осіб, які бажають вступити до військово-навчальних закладів;

г) можливості проходження військової служби офіцерами, прапорщиками, мічманами, військовослужбовцями-жінками і проживання членів їх сімей за кордоном, а також необхідності у тривалому спеціалізованому лікуванні і медичному обстеженні членів їх сімей, транспортабельності їх за станом здоров'я та інші.

Медичний огляд призовників.

Медичний огляд призовників проводиться на призовних ділянках районних (міських) військових комісаріатів і збірних пунктах Кримського республіканського, обласних, Київського та Севастопольського міських військових комісаріатів. Організація медичного огляду допризовників і призовників для визначення їх придатності або непридатності для використання на військовій службі покладається на районні (міські) комісії по приписці і районні (міські) призовні комісії. В склад відповідних комісії входять лікарі, які виділяються з місцевих лікувально-профілактичних закладів. Безпосередньо керує роботою медичного персоналу для медичного огляду призовників лікар - член призовної комісії.

При огляді призовників лікарі визначають стан їх здоров'я та ступінь придатності до військової служби. При цьому враховується характер захворювання або фізичної вади, ступінь їх розвитку, функціональних порушень, а також освіта, спеціальність, фактична працездатність оглянутого та вимоги, які ставить військова служба до стану здоров'я у тому чи іншому виді Збройних Сил України, роді військ. Після закінчення огляду кожний лікар записує в облікову картку призовника встановлений діагноз (за відсутності захворювань робиться запис "здоровий"), висновок про

придатність (тимчасову непридатність або повну непридатність) до строкової військової служби, ступінь обмеження, дату огляду та підписує висновок, зазначаючи прізвище та ініціали.

Залежно від стану здоров'я оглянутого лікар виносить одну з таких постанов про придатність або непридатність до військової служби:

- придатний до військової служби;
- тимчасово непридатний до військової служби. Потребує
- лікування (динамічного спостереження) на термін до
- (зазначається дата);
- непридатний до військової служби в мирний час, обмежено здатний у воєнний час;
- непридатний до військової служби зі зняттям з військового обліку.

Призовникам, які мають хвороби, що тимчасово перешкоджають призову на строкову військову службу, але за характером хвороби вони можуть бути вилікувані, призовна комісія надає відстрочку від призову за станом здоров'я на строк до одного року.

Призовникам, які визнані військово-лікарською комісією тимчасово непридатними до військової служби через захворювання, які важко діагностуються, призовна комісія надає відстрочку від призову на один рік для поглибленого обстеження та лікування у спеціалізованих медичних установах. Після закінчення року, якщо захворювання не вилікуване, такі призовники мають визнаватися непридатними до військової служби.

Крім того, непридатними до військової служби визначаються допризовники під час приписки до призовних дільниць та призовники під час призову на строкову військову службу, у яких виявлені захворювання або фізичні недоліки (вади) необоротного характеру (невиліковні).

Медичний огляд військовозобов'язаних.

Медичний огляд військовозобов'язаних проводиться за розпорядженням військового комісара. Військовозобов'язані, залежно від категорії запасу, військово-облікової спеціальності та призначення, підлягають повторному огляду ВЛК військових комісаріатів. Крім того, офіцери запасу підлягають повторному огляду зазначеними ВЛК при черговому атестуванні, а рядовий і сержантський склад запасу ВЛК військових комісаріатів - при зміні призначення.

Повторний медичний огляд військовозобов'язаних, які перебувають у запасі 1 і 2 розрядів, раніше визнаних придатними до військової служби або непридатними до військової служби в мирний час за станом здоров'я, які можуть бути вилікувані, а також військовозобов'язаних плавскладу ВМС проводиться один раз в 5 років військово-лікарськими комісіями військових комісаріатів, а льотний склад - лікарсько-льотними комісіями військових комісаріатів.

Особи, які визнані непридатними до військової служби зі зняттям з військового обліку, можуть бути повторно оглянуті ВЛК військових комісаріатів за місцем проживання у випадках, коли в результаті обстеження у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах раніше встановлений діагноз переглянутий або вони визнані здоровими.

ВЛК щодо офіцерів запасу, яких призивають на військову службу або приймають на військову службу у добровільному порядку, виносить одну із таких постанов:

- "Непридатний до військової служби у мирний час, обмежено здатний у воєнний час";

— "Обмежено придатний до військової служби".

У разі якщо лікарям ВЛК військового комісаріату важко остаточно визначити стан здоров'я військовозобов'язаного, він направляється на амбулаторне або стаціонарне обстеження у лікувально-профілактичний заклад з наступним оглядом ВЛК військового комісаріату. Якщо обстеження проводилось у військовому лікувально-профілактичному закладі, то огляд проводиться гарнізонною або госпітальною ВЛК.

Медичний огляд громадян, які бажають вступити до військово-навчальних закладів.

Громадяни, які виявили бажання вступити до військово-навчальних закладів (надалі - кандидати у ВНЗ), проходять первинний, повторний і остаточний медичний огляд. У процесі остаточного медичного огляду можуть проводитися необхідні дослідження аж до стаціонарного обстеження кандидата в лікувальному закладі.

Постанова ВЛК про непридатність кандидата до вступу до ВНЗ має бути об'єктивною і обґрунтованою. Проведення конкурсу за станом здоров'я не допускається.

У разі виявлення у офіцерів, які вступають до ВНЗ, захворювань, що передбачають індивідуальну оцінку придатності до військової служби або обмежену придатність до військової служби, приймається постанова про непридатність до вступу до ВНЗ. Офіцери, котрі мають захворювання, за якими придатність або обмежена придатність до військової служби визначається індивідуально, визнаються придатними до вступу лише на факультети (відділення) заочного навчання і заочну ад'юнктуру.

Перед початком огляду лікарі вивчають документи, що містять дані про стан здоров'я кандидата:

— з числа осіб цивільної молоді - особову справу призовника, медичну картку амбулаторного хворого, вкладний лист на підлітка до неї, медичну довідку про проходження обов'язкових попереднього та періодичного психіатричних оглядів, сертифікат про проходження профілактичного наркологічного огляду, а на кандидатів, які вступають у військовий лицей, крім того, характеристику із загальноосвітнього закладу;

— із числа осіб військовослужбовців - медичну книжку з даними чергових обстежень (на офіцерів не менш як за останні три роки), звернень за медичною допомогою.

Первинний огляд кандидатів у воєнні лицей і ВНЗ по підготовці льотного складу включає в себе два етапи. На першому етапі (первинний огляд) кандидати із осіб цивільної молоді оглядаються у ВЛК районних (міських) військових комісаріатів, а з осіб військовослужбовців - гарнізонними (госпітальними) ВЛК.

На другому етапі (повторний огляд) кандидати з осіб цивільної молоді направляються у ЛЛК обласного військкомату (Республіки Крим, міст Києва та Севастополя), а кандидати з осіб військовослужбовців - у одну з ЛЛК за вказівкою ВЛК військового округу, Військово-Морських Сил України для огляду відповідно до порядку медичного огляду льотного складу авіації Збройних Сил України.

Перед направленням у ВНЗ всі кандидати з осіб цивільної молоді проходять повторний огляд на обласному (міському, республіканському) збірному пункті за участю лікарів тих самих спеціальностей, що і при первинному огляді; кандидатам із осіб військовослужбовців повторний огляд проводиться перед відправкою документів у ВНЗ тими самими комісіями, що і при первинному огляді. Заключний огляд проводиться у ВЛК, яка створена у ВНЗ.

Медичний огляд військовослужбовців та членів їх сімей.

При медичному огляді офіцерів, прапорщиків, мічманів і військовослужбовців-жінок застосовується метод індивідуальної оцінки придатності їх до військової служби. ВЛК враховує їх військовий фах, підготовку, досвід, освіту, вік, фактичну працездатність, придатність до військової служби, думку командування і лікаря військової частини і можливість використання їх на посаді, яка найбільше відповідає стану здоров'я.

Постанова ВЛК про надання військовослужбовцям відпустки за станом здоров'я приймається після закінчення стаціонарного лікування у випадках, коли для повного відновлення функції і працездатності необхідний термін не менше одного місяця. В інших випадках приймається постанова про потребу у звільненні від службових обов'язків (занять), а у випадках, якщо є наявні незаперечні дані, що здатність до несення військової служби не відновиться, постанова ВЛК про потребу військовослужбовців у відпустці за станом здоров'я не приймається, а вирішується питання про придатність їх до військової служби.

Відпустка за станом здоров'я військовослужбовцям строкової служби в мирний час надається строком від 1 до 2 місяців. Тривалість відпустки ВЛК встановлюється індивідуально, залежно від медичних показань. В окремих випадках за наявності медичних показань відпустка за станом здоров'я продовжується додатково на строк не більше 2 місяців.

Загальна тривалість перебування військовослужбовця строкової служби у відпустці за станом здоров'я у мирний час не може перевищувати 4-х місяців, а під час війни - 3-х місяців.

Відпустка за станом здоров'я офіцерам, прапорщикам, мічманам і військовослужбовцям-жінкам у мирний час надається на місяць, в окремих випадках при пораненнях, залежно від характеру, ВЛК може приймати постанову про потребу у відпустці за станом здоров'я на 1.5 - 2 місяці. У разі наявності медичних показань відпустка за станом здоров'я ВЛК може бути продовжена, але кожного разу не більше, ніж на місяць. Загалом час безперервного перебування на лікуванні у військових (цивільних) лікувально-профілактичних закладах, включаючи і відпустку за станом здоров'я, у мирний час не повинен перевищувати 4 місяців, а для хворих на туберкульоз - 12 місяців. У разі необхідності час перебування на лікуванні може бути продовжений визначеним порядком. Після закінчення визначеного строку перебування на лікуванні або у відпустці за станом здоров'я офіцери, прапорщики, мічмани і військовослужбовці-жінки проходять медичний огляд для визначення придатності до військової служби. У випадку визнання їх ВЛК непридатними до військової служби вони можуть бути представлені до звільнення в запас або до відставки з випискою з військового (цивільного) лікувально-профілактичного закладу.

Направлення на медичний огляд проводиться:

— військовослужбовців строкової служби: командирами військових частин, начальниками гарнізонів, штатних ВЛК, військових лікувально-профілактичних закладів, військовими комендантами гарнізонів, військовими комісарами, органами військової прокуратури або військовими судами, а осіб, які перебувають на обстеженні та лікуванні у цивільному лікувально-профілактичному закладі, крім того, - головними лікарями цих закладів;

— офіцерів, прапорщиків, мічманів та військовослужбовців-жінок: прямими начальниками від командира окремої частини, йому рівних та вище, органами військової прокуратури або військовими судами, начальниками гарнізонів, штатних ВЛК, військових лікувально-профілактичних закладів, військовими комендантами гарнізонів та військовими комісарами;

— учнів військових ліцеїв: начальниками ліцеїв, а тих, що знаходяться на лікуванні у військових лікувально-профілактичних закладах, - начальниками цих закладів.

Військовослужбовці строкової служби оглядаються ВЛК, як правило, за місцем проходження військової служби. У разі необхідності вони можуть бути оглянуті ВЛК за місцем проведення відпустки, перебування у відрядженні, на навчанні і т.д.

Огляд військовослужбовців проводиться хірургом, терапевтом, невропатологом, окулістом, оториноларингологом, а за необхідності - лікарями інших спеціальностей.

Встановлення причинного зв'язку захворювань (поранень) у військовослужбовців у військовозобов'язаних, які призвані на збори, і колишніх військовослужбовців з проходженням військової служби.

Причинний зв'язок захворювань, поранень, травм у колишніх військовослужбовців Збройних Сил України визначають штатні ВЛК Міністерства оборони України, а у колишніх військовослужбовців органів і військ інших воєнізованих формувань (Служби безпеки України, внутрішніх військ Міністерства внутрішніх справ України, осіб рядового і начальницького складу органів Міністерства внутрішніх справ тощо) - відповідно ВЛК цих формувань.

Постанова ВЛК про причинний зв'язок поранення (травми, контузії, каліцтва) приймається відповідно до висновку, зазначеного в довідці командира військової частини, в якій військовослужбовець (військовозобов'язаний) проходить військову службу (збори) в момент одержання поранення. При цьому ВЛК приймає до уваги довідки, складені не пізніше 1 місяця після одержання військовослужбовцем (військовозобов'язаним, призваним на збори) поранення, травми.

Показання свідків можуть бути взяті до уваги тільки за явних тілесних ушкоджень у колишніх військовослужбовців, якщо вони дані двома свідками з осіб військовослужбовців за спільною службою. Підпис свідків і факт проходження спільної служби завіряється військовим комісаром на підставі військовооблікових документів. Показання свідків не є підставою для встановлення у військовослужбовців (колишніх військовослужбовців) факту перенесеного захворювання або контузії.

Постанова ВЛК про причинний зв'язок захворювання, поранення, травми направляється в органи соціального захисту й у військовий комісаріат за місцем проживання колишнього військовослужбовця.

Якщо у свідоцтві про хворобу колишнього військовослужбовця зазначені хвороби (поранення), одержані (що виникли) за різних обставин, ВЛК приймає постанови про їх причинний зв'язок окремо. У випадках, коли свідоцтво про хворобу не збереглося, підставою для прийняття постанови про причинний зв'язок захворювання (поранення) є записи у документах (історія хвороби, довідка архіву, медична довідка, медична, червоноармійська або службова книжки, прохідне свідоцтво, особова справа, свідоцтво про звільнення від військового обов'язку, військовий квиток, витяг із документів військової частини, матеріалів адміністративного, службового розслідування, дізнання або судового розгляду).

Штатні ВЛК у разі необхідності можуть проводити розшук додаткових документів, давати консультації військовим комісаріатам і органам соціального захисту з питань визначення причинного зв'язку захворювань (поранень) у колишніх військовослужбовців.

Військові комісаріати при зверненні у ВЛК з питання причинного зв'язку захворювань (поранень) у колишніх військовослужбовців видають довідку про проходження ними військової служби, вказують повну назву військових частин та їх підпорядкованість, термін служби у них і перебування у діючій армії, час і причину звільнення зі Збройних Сил.

Крім того, залежно від конкретного випадку, військові комісаріати представляють у ВЛК:

а) військово-медичні або військові облікові документи, які підтверджують факт медичного огляду у ВЛК колишнього військовослужбовця у період проходження військової служби, оригінал свідоцтва про хворобу, довідки архівів про перебування у військових (цивільних) лікувально-профілактичних закладах, про медичний огляд ВЛК, книжку червоноармійця, прохідне свідоцтво, витяг із наказу по частині про звільнення, свідоцтво про звільнення від військового обов'язку, військовий квиток І Т.Д.;

б) інші документи, які є у наявності у військовому комісаріаті або у колишнього військовослужбовця, котрі прямо чи посередньо підтверджують службу у Збройних Силах, перебування на лікуванні, медичному огляді у ВЛК;

в) військові документи, які посередньо підтверджують факт поранення, каліцтва (витяги із наказів по частині, бойові, службові характеристики, атестації, нагородні листи);

г) документи військових (цивільних) лікувально-профілактичних закладів, які підтверджують звертання;

д) акти медичного огляду у МСЕК (даного часу і архівні), пенсійні справи, особові (пенсійні) справи офіцера запасу або у відставці;

е) дані про захворювання (поранення) за матеріалами спец-перевірки після звільнення із полону.

Розшук архівних документів про перебування колишніх військовослужбовців на лікуванні у військових (цивільних) лікувально-профілактичних закладах, у полоні, проходження військової служби, про участь у бойових діях проводять військові комісаріати.

§ 4. Судово-медична і судово-психіатрична експертиза

Провідну роль серед всіх форм застосування спеціальних знань відіграє судова експертиза. Вона є одним з унікальних способів отримання цінної доказової інформації, сприяючої встановленню істини у справі. А необхідність в її застосуванні виникає тоді, коли інші форми залучення досвідчених осіб виявляються недостатніми.

Згідно із Законом України "Про судову експертизу" від 25 лютого 1994 р. № 4038-XII судова експертиза - це дослідження експертом на основі спеціальних знань матеріальних об'єктів, явищ і процесів, які містять інформацію про обставини справи, що перебуває у провадженні органів дізнання, досудового та судового слідства.

В рамках медичного права розглянемо організаційно-правові характеристики таких важливих видів експертиз як судово-медична і судово-психіатрична експертиза.

Проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи призначається особою, яка проводить дізнання, слідчим, прокурором або судом у порядку, встановленому законодавством, для вирішення питань, що потребують спеціальних знань у галузі судової медицини або судової психіатрії.

Здійснюватися такі види експертиз можуть виключно державними спеціалізованими установами - науково-дослідними установами судових експертиз, судово-медичними та судово-психіатричними установами Міністерства охорони здоров'я України. Організаційне керівництво судово-медичною і судово-психіатричною службами здійснює Міністерство охорони здоров'я України.

Судово-медична експертиза — це науково-практичне дослідження, яке здійснюється за постановою уповноважених органів або за ухвалою суду судово-медичним експертом і включає вирішення медичних і деяких біологічних питань, виникаючих у процесі слідства, з метою сприяння у встановленні обставин, що підлягають доказуванню по певній справі.

Метою проведення такого виду експертиз є дослідження на підставі спеціальних знань матеріальних об'єктів, що містять інформацію про обставини справи, яка перебуває в провадженні органів дізнання, слідчого, прокурора чи суду.

Система судово-медичної служби України складається з:

— Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України;

— Республіканського бюро судово-медичної експертизи (Автономна Республіка Крим);

— Бюро судово-медичної експертизи управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів.

До компетенції судово-медичної експертизи належать:

1. експертиза трупів у випадках насильницької смерті;
2. експертиза трупів при підозрі застосування насилля або з інших обставин, що обумовлюють необхідність такої експертизи;
3. експертиза потерпілих, обвинувачених та інших осіб (експертиза живих осіб);
4. експертиза речових доказів.

Проведення такої експертизи здійснюється судово-медичними експертами, які повинні мати вищу медичну (фармацевтичну) освіту, пройти спеціальну підготовку з проведення судово-медичних експертиз та отримати сертифікат судово-медичного експерта.

Судово-психіатрична експертиза — це науково-практичне дослідження, що здійснюється за постановою уповноважених органів або за ухвалою суду судово-психіатричним експертом з метою відповіді на питання, що виникають під час провадження адміністративних, кримінальних та цивільних справ з приводу психічного стану особи.

Відповідно до "Порядку проведення судово-психіатричної експертизи", затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 № 397, судово-психіатрична експертиза проводиться в:

— Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;

— центрах судово-психіатричних експертиз;

— відділеннях (амбулаторних, стаціонарних експертиз), які є структурними підрозділами психоневрологічних (психіатричних) лікарень, психоневрологічних диспансерів.

Експертизу проводить лікар - судово-психіатричний експерт амбулаторно (у тому числі посмертно), стаціонарно або у судовому засіданні.

Предметом судово-психіатричної експертизи є визначення психічного стану осіб, яким призначено експертизу, у конкретні проміжки часу і відносно певних обставин, що становлять інтерес для органів слідства та суду.

Об'єктами судово-психіатричної експертизи є:

— підозрювані, стосовно яких в органів дізнання та слідства виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності, а також обвинувачені та підсудні, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх осудності або можливості за психічним станом брати участь у слідчих діях чи судовому засіданні;

— свідки і потерпілі, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності, а також потерпілі, стосовно яких вирішується питання про взаємозв'язок змін у їхньому психічному стані зі скоєними щодо них протиправними діями (безпорадний стан та заподіяння шкоди здоров'ю);

— позивачі, відповідачі та інші особи, стосовно яких вирішується питання про їхню дієздатність;

— позивачі, стосовно яких вирішується питання про їх психічний стан у певні проміжки часу, про обґрунтованість встановленого раніше психіатричного діагнозу та прийнятих щодо них медичних заходів.

Завдання судово-психіатричної експертизи:

1. Визначення неосудності за вчинене діяння в кримінальному процесі.
2. Встановлення недієздатності за вчинені конкретні дії або під час загострення психічного захворювання в цивільному судочинстві.
3. Уточнення процесуальної дієздатності в кримінальному (судово-слідчому) і цивільному процесі.
4. Рекомендації за свідченнями примусових заходів медичного характеру.
5. Обґрунтування прогностичних можливостей перебігу психічного захворювання.
6. Розгляд психічних протипоказань для відбування покарання в установах кримінально-виконавчої системи.

Правовий статус судового експерта.

Судовий експерт - це особа, що володіє спеціальними знаннями і призначена для здійснення судової експертизи і дачі висновку з досліджуваних питань. При проведенні судової експертизи експерт незалежний, він не може знаходитися ні в якій залежності від органу або особи, що призначили судову експертизу, сторін та інших осіб, зацікавлених у результаті справи. Експерт дає висновок, спираючись на результати проведених досліджень відповідно до своїх спеціальних знань. Не допускається вплив на експерта з боку судів, суддів, органів дізнання, осіб, що проводять дізнання, слідчих і прокурорів, а також інших державних органів, організацій, об'єднань і окремих осіб з метою отримання висновку на користь кого-небудь з учасників процесу або на користь інших осіб.

Державним судовим експертом є атестований працівник державної судово-експертної установи, що проводить судову експертизу в порядку виконання своїх посадових обов'язків. Судовими експертами державних спеціалізованих установ можуть бути фахівці, які мають відповідну вищу освіту, освітньо-кваліфікаційний рівень не нижче спеціаліста, пройшли відповідну підготовку та отримали кваліфікацію судового експерта з певної спеціальності.

Отримання кваліфікації судового експерта здійснюється шляхом проведення атестації. Метою атестації працівників державної спеціалізованої установи, які залучаються до проведення судових експертиз та/або беруть участь у розробленні теоретичної та науково-методичної бази судової експертизи, є оцінка рівня їх спеціальних знань та відповідність займаній посаді. Залежно від спеціалізації і рівня підготовки працівникам державної спеціалізованої установи присвоюються кваліфікація судового експерта і кваліфікаційний клас. Визначення рівня професійної підготовки експертів здійснюються експертно-кваліфікаційними комісіями в порядку, що встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

Атестовані судові експерти включаються до державного Реєстру атестованих судових експертів, ведення якого покладається на Міністерство юстиції України.

Незалежно від виду судочинства судовий експерт зобов'язаний:

з'явитися за викликом органу (суду), який призначає експертизу;

провести особисто повне дослідження і дати обґрунтований та об'єктивний письмовий висновок;

на вимогу органу дізнання, слідчого, прокурора, судді, суду дати роз'яснення щодо даного ним висновку;

заявляти самовідвід за наявності передбачених законодавством підстав, які виключають його участь у справі.

Крім того, згідно з чинним процесуальним законодавством судовий експерт зобов'язаний:

- під час проведення дослідження забезпечити збереження об'єкта експертизи;
- повідомити про неможливість проведення ним експертизи через відсутність у нього необхідних знань або без залучення інших експертів;
- у разі виникнення сумніву щодо змісту та обсягу доручення заявляти клопотання щодо його уточнення або повідомляти про неможливість проведення ним експертизи за заданими питаннями;
- відмовитися від відповідей на питання, що поставлені ним, якщо вони виходять за межі або не входять до його компетенції.

Незалежно від виду судочинства судовий експерт має право:

1. ознайомлюватися з матеріалами справи, що стосуються предмета судової експертизи, і подавати клопотання про надання додаткових матеріалів;
2. вказувати у висновку експерта на виявлені в ході проведення судової експертизи факти, які мають значення для справи і з приводу яких йому не були поставлені питання;
3. з дозволу особи або органу, які призначили судову експертизу, бути присутнім під час проведення слідчих чи судових дій і заявляти клопотання, що стосуються предмета судової експертизи;
4. подавати скарги на дії особи, у провадженні якої перебуває справа, якщо ці дії порушують права судового експерта;
5. у разі незгоди з іншими членами експертної комісії - скласти окремий висновок експертизи.

А також згідно з КПК і ЦПК України експерт має право:

- порушувати клопотання про представлення нових матеріалів, необхідних для дачі висновку;
- за наявності відповідних підстав - на забезпечення безпеки;
- на оплату виконаної роботи та на компенсацію витрат, пов'язаних з проведенням експертизи і викликом до суду;
- відмовитися від надання висновку, якщо подані йому матеріали недостатні для виконання покладених на нього обов'язків.

Крім того, відповідно до "Інструкції про проведення судово-медичної експертизи", затвердженої Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.95 р. № 6, судово-медичний експерт має право:

- а) надіслати всі необхідні матеріали на судово-медичні лабораторні дослідження, коли при відповіді на питання, поставлені перед експертизою, виникає необхідність у проведенні цих досліджень;
- б) на вилучення частин трупа, органів та тканин, крові, сечі тощо для проведення судово-медичної експертизи без дозволу близьких родичів потерпілого або інших законних представників.

Експерт не має права:

без відома слідчого і суду вести переговори з учасниками кримінального судочинства по питаннях, пов'язаних з виробництвом судової експертизи;
самостійно збирати матеріали для експертного дослідження;
проводити без дозволу органу дізнання, слідчого, суду дослідження, що можуть спричинити повне або часткове знищення об'єктів або зміну їх зовнішнього вигляду або основних властивостей;
давати завідомо неправдивий висновок;
розголошувати дані попереднього розслідування, що стали відомими йому у зв'язку з участю в кримінальній справі як експерта, якщо він був про це заздалегідь попереджений;
ухилитися від явки за викликом органу дізнання, слідчого, прокурора або до суду;
передоручати проведення експертизи іншій особі;
розголошувати відомості, що стали йому відомі у зв'язку з проведенням експертизи, або повідомляти будь-кому, крім уповноважених осіб, про результати експертизи.

За завідомо неправдивий висновок або за відмову без поважних причин від виконання покладених на нього обов'язків експерт несе кримінальну відповідальність, а за невиконання інших обов'язків — відповідальність, встановлену законом.

Основні положення про організацію проведення судової експертизи. Судова експертиза проводиться згідно з постановою особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора, судді, а також за ухвалою суду, в яких зазначаються:

підстави призначення судової експертизи;
прізвище, ім'я і по батькові експерта або найменування експертної установи, в якій повинна бути проведена судова експертиза;
питання, поставлені перед експертом;
матеріали, що надаються в розпорядження експерта.

Експертиза призначається обов'язково (ст.76 КПК України):

для встановлення причин смерті;
для встановлення тяжкості і характеру тілесних ушкоджень;
для визначення психічного стану підозрюваного або обвинуваченого при наявності в справі даних, які викликають сумнів щодо його осудності;
для встановлення статевої зрілості потерпілої в справах про злочини, передбачені статтею 155 Кримінального кодексу України;
для встановлення віку підозрюваного або обвинуваченого, якщо це має значення для вирішення питання про його кримінальну відповідальність і якщо про це немає відповідних документів і неможливо їх одержати.

При проведенні судової експертизи в експертній установі постанова (ухвала) про призначення судової експертизи і матеріали, необхідні для її проведення, направляються керівнику відповідної експертної установи. Одержавши постанову (ухвалу) про призначення експертизи, керівник експертної установи доручає проведення експертизи одному або декільком експертам. Ці експерти дають висновок від свого імені і несуть за нього особисту відповідальність.

Якщо отримані матеріали оформлені з порушеннями, які унеможливають організацію проведення експертизи (не надійшло рішення про призначення експертизи, не надійшли об'єкти досліджень, поставлені запитання виходять за межі спеціальних знань експерта і т. ін.), то керівник експертної установи (підрозділу) негайно повідомляє про це особу або орган, які призначили експертизу.

Якщо особа або орган, які призначили експертизу, не вживають належних заходів для усунення цих перешкод, то керівник експертної установи (підрозділу) після закінчення одного місяця з дня надання зазначеного повідомлення повертає їм матеріали.

Різновиди експертиз. Особою, що проводить дізнання, слідчим, прокурором, суддею чи судом можуть бути призначені первинна, додаткова та повторна судова експертиза.

Первинна експертиза призначається у справі з певних питань уперше. Вона може бути проведена як одним, так і кількома експертами. Необхідність участі кількох експертів визначається особою, що призначила таку експертизу, або керівником експертної установи.

Якщо первинна експертиза буде визнана неповною або не досить ясною, може бути призначена додаткова експертиза, яка доручається тому самому або іншому експертові. При цьому під неясністю слід розуміти нечіткість, розпливчатість відповідей експерта, внаслідок чого стає не зрозумілий ясний сенс ним сказаного, або хід думок експерта. А недостатньо повним є висновок, заснований на дослідженні не всіх наданих експертові об'єктів або що не містить вичерпних відповідей експерта на всі поставлені питання. Призначення додаткової експертизи залежить від розсуду слідчого, прокурора, суду. Згідно ст. 201КПК України, ознайомившись з висновком експерта, слідчий має право допитати експерта з метою одержання роз'яснення або доповнення висновку. Таким чином, в цілях економії часу і засобів, у разі недостатньої ясності висновку додаткова експертиза повинна призначатися лише у тому випадку, коли у слідчого (суду) виникли питання, котрі не можуть бути усунені шляхом допиту експерта, і необхідні додаткові експертні дослідження вже досліджених об'єктів.

Повторна експертиза признається коли висновок експерта буде визнано необґрунтованим чи таким, що суперечить іншим матеріалам справи або інакше викликає сумніви в його правильності. Призначення повторної експертизи повинно бути мотивоване, а її проведення доручається іншому експертові або іншим експертам.

У разі необхідності в справі може бути призначено декількох експертів - комісійна експертиза. Дана експертиза проводиться не менше ніж двома експертами однієї спеціальності. Комісійний характер експертизи визначається органом (особою), що призначив експертизу або керівником експертної установи, якій доручено проведення судової експертизи. Якщо за наслідками проведених досліджень думки експертів по поставлених питаннях співпадають, то ними складається єдиний висновок. У разі виникнення розбіжностей кожен з експертів, що брали участь у проведенні судової експертизи, дає окремий висновок по питаннях, що викликали розбіжність.

Відповідно до Інструкції про проведення судово-медичної експертизи, затвердженої Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.95 р. М 6, участь кількох експертів є обов'язковою при проведенні:

- експертиз у справах про притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення;
- повторних експертиз за матеріалами кримінальних та цивільних справ;
- експертиз з визначення втрати загальної та професійної працездатності.

Проведення цих експертиз здійснюється у відділах комісійних експертиз бюро судово-медичних експертиз управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів, у відділі комісійних експертиз республіканського бюро (Автономної Республіки Крим), а також у судово-медичному відділі Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України.

У разі необхідності вирішення питань, що потребують спеціальних знань з різних галузей спеціальних знань, призначається комплексна експертиза, яка виконується судово-медичним експертом та фахівцями інших спеціальностей. Проведення комплексних експертиз стало можливим у зв'язку з розширенням можливостей науково-технічних досліджень. При комплексній експертизі застосовуються медичні, криміналістичні, хімічні, фізичні, технічні та інші методи дослідження. У висновку експертів, що беруть участь у проведенні комплексної судової експертизи, указується, які дослідження і в якому об'ємі провів кожен експерт, які факти він встановив і до яких висновків прийшов.

Чинне законодавство не містить чіткої відповіді на питання про те, хто формулює загальний висновок і як розподіляється відповідальність між експертами при виробництві комплексних експертиз. Проте, на наш погляд, було б найбільш правильним, щоб за наслідками проведених досліджень експерти формулювали загальний висновок, який підписувався би всіма експертами. У разі виникнення розбіжностей експерт (експерти), котрий не погоджується з висновками інших експертів, підписував би тільки ту частину висновку, яка містить опис досліджень, що проводяться ним, і несе за неї відповідальність.

Персональний склад експертів, що проводять експертизу, визначається особою, яка призначила експертизу, або керівником експертної установи у разі відсутності в документі про призначення експертизи персонального складу експертів.

Крім того, експертиза може проводитись амбулаторно (у тому числі посмертно), стаціонарно, у судовому засіданні.

Відповідно до Порядку проведення судово-психіатричної експертизи, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2001 № 397, амбулаторна експертиза може проводитись у кабінеті слідчого, суді, слідчому ізоляторі, експертній установі (підрозділі).

Термін проведення амбулаторної експертизи становить до 30 днів з моменту отримання всіх відповідних матеріалів. Залежно від ступеня складності експертизи і обсягу її об'єктів, поданих на дослідження, цей термін може бути продовжений за узгодженням з органом, що призначив експертизу.

Експерти, які проводять амбулаторну експертизу, у разі неможливості відповісти на всі питання, поставлені перед ними, обґрунтовують висновок про необхідність проведення стаціонарної експертизи.

Стаціонарна судово-медична або судово-психіатрична експертиза призначається, якщо виникає необхідність тривалого спостереження або дослідження особи. Стаціонарна експертиза обвинуваченого проводиться в експертній установі (підрозділі) за наявності рішення суду про призначення відповідної експертизи. Стаціонарна експертиза потерпілого, свідка, позивача та відповідача у кримінальних і цивільних справах призначається судом тільки за їх згодою.

Стаціонарна експертиза проводиться у експертній установі (підрозділі) з окремим утриманням осіб, які перебувають і не перебувають під вартою. При проведенні стаціонарної експертизи за наявності медичних показань до осіб застосовуються відповідні їх стану методи лікування і дослідження, дозволені Міністерством охорони здоров'я України.

Термін проведення стаціонарної експертизи становить до 30 днів. Залежно від обсягу та складності експертизи термін її проведення може бути подовжений за узгодженням з органом, що призначив експертизу.

При проведенні експертизи в суді експерт оголошує акт експертизи в судовому засіданні і дає роз'яснення з питань, які виникли в учасників процесу.

Результуючим моментом проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи є висновок. Висновок експерта є письмове відображення змісту дослідження і висновки по питаннях, поставлених перед експертом. Висновок експертизи містить: вступну, досліджувальну, мотивувальну і результуючу частини.

У вступній частині висновку експерта повинно бути зазначено:

— час і місце проведення експертизи;

— умови проведення експертизи, що мають значення для експертного дослідження (освітлення, температура повітря тощо);

— номер експертизи, чи є вона додатковою, повторною, комісійною або комплексною, форму проведення експертизи (амбулаторна, стаціонарна тощо);

— назва документа, на підставі якого проводиться експертиза;

— прізвище, ім'я та по батькові експерта, його посада, місце роботи, фах і стаж роботи за фахом, кваліфікаційна категорія, науковий ступінь, вчене звання;

— прізвище, ім'я та по батькові, вік померлого (при експертизі трупа), прізвище, ім'я та по батькові, вік, місце проживання, документ, що посвідчує особу (при експертизі потерпілих, обвинувачених та інших осіб), назва і номер кримінальної та цивільної справи, кількість томів та листів справи, перелік об'єктів та зразків, що надійшли на експертизу (при експертизі за матеріалами справи та експертизі речових доказів);

— особи, які були присутні при виконанні експертизи;

— підпис експерта про роз'яснення йому процесуальних прав та обов'язків і про його відповідальність;

— перелік питань, поставлених на вирішення експертизи;

— перелік об'єктів, поданих на експертизу.

Далі в обставинах справи викладаються відомості, які необхідні експерту при виконанні експертизи та складанні підсумків: слідчі дані, зміст медичних документів, опитування та скарги особи, яку оглядають тощо.

У разі проведення додаткової або повторної експертизи експерт повинен зазначити в обставинах справи привід для призначення такої експертизи.

Дослідна частина повинна містити докладний опис процесу дослідження і всіх виявлених при цьому фактичних даних з вказівкою методів та методик, що застосовувались, в тому числі і тих, що реєстрували ушкодження.

Структура дослідної частини визначається видом експертизи, що виконується. Обсяг необхідних відомостей, які повинні міститися в дослідній частині кожного виду експертизи, регламентуються правилами проведення окремих видів експертиз.

Мотивувальна частина містить обґрунтоване пояснення даних та фактів, які встановлені при дослідженні об'єктів експертизи.

Результуюча частина включає підсумки експерта, котрі є науково обґрунтованою думкою експерта, сформульованою на підставі результатів виконаної експертизи. Підсумки експертизи складаються на підставі фактичних даних, отриманих у процесі проведення експертизи та експертного аналізу обставин справи.

Матеріали, що ілюструють висновок експерта (фотографії, схеми, графіки і т.п.), додаються до висновку і є його складовою частиною.

Висновок експерта для особи, яка провадить дізнання, слідчого, прокурора і суду не є обов'язковим, але незгода з ним повинна бути мотивована у відповідних постанові, ухвалі, вирокі.

В експертизі відсутня інстанційність. У разі розходження думок між експертами однієї комісії, у разі розходження висновків первинної та повторної експертизи жоден із висновків не має заздалегідь установлені сили.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Дайте визначення і назвіть мету експертизи тимчасової непрацездатності.

Проаналізуйте організаційно-правові характеристики видачі листка тимчасової непрацездатності.

Дайте визначення і назвіть завдання медико-соціальної експертизи.

Проаналізуйте види, штатну структуру і заходи, що виконуються установами медико-соціальної експертизи.

Перерахуйте підстави і загальні організаційно-правові принципи для визнання громадянина інвалідом.

Назвіть основні критерії для визначення груп інвалідності.

Дайте визначення військово-лікарської експертизи.

Назвіть установи, які здійснюють військово-лікарську експертизу.

9.0 характеризуйте завдання, що стоять перед військово-лікарськими комісіями.

Що розуміють під медичним оглядом? Дайте характеристику різним видам медичного огляду, вживаним у військово-лікарській експертизі.

Дайте визначення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи.

Назвіть об'єкти та завдання судово-психіатричної експертизи.

Охарактеризуйте правовий статус експерта.

У чому полягає порядок призначення судової експертизи і порядок направлення матеріалів кримінальної справи для виробництва судової експертизи?

Які існують різновиди експертиз? Що повинен містити висновок експерта?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аверьянова Т.В. Интеграция и дифференциация научных знаний как источники и основы новых методов судебной экспертизы. - М.: Академия МВД РФ, 1994. - 123 с.
2. Алиев И.А., Аверьянова Т.В. Концептуальные основы общей теории судебной экспертизы. - Баку: Гянджлик, 1992. - 192 с.
3. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно- практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 242-276.
4. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно- практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 276-305.
5. Буромский И.В. Правовая основа медико-социальной деятельности. Учебное пособие. — М.: Светотон ЛТД, 2003. - 320 с.
6. Георгадзе З.О., Царгасова З.Б. Судебная психиатрия: Учебное пособие для вузов / Под ред. З.О. Георгадзе. - М.: ЮНИТИ- ДАНА, Закон и право, 2003. - 239 с.
7. Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия. Практикум: Учеб. пособие для вузов. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2002.-415 с.
8. Дмитриева Т.Б., Харитоновна Н.К., Иммерман К.Л., Королева Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. - 251 с.
9. Калиниченко В.И. Экспертиза лечебно-диагностического процесса в оценке качества медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. - 1999. - №6. - С. 30-31.

10. Козьминых Е.В. Судебная экспертиза по "врачебному делу" // Российская юстиция. - 2002. - № 3. - С. 31-32.
11. Колкутин В.В., Зосимов С.М., Пустовалов Л.В. и др. Судебные экспертизы. - М.: Юрлитинформ, 2001. - 288 с.
12. Косарева В.Ю. Некоторые вопросы взаимодействия следователя и судебно-медицинского эксперта в процессе расследования преступлений // Российский следователь. - 2002. - №7. - С. 2-4.
13. Медицинская экспертиза: трудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная. - М.: Джангар, 2001. - 848 с.
14. Мохов А.А. Теория и практика использования медицинских знаний в гражданском судопроизводстве России. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2003. - 528 с.
15. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. М.В. Коробова и В.Г. Помникова. - СПб.: Гиппократ, 2003. - 800 с.
16. Стеценко В.Ю. Судово-медична експертиза у кримінальному процесі: теоретичний аспект // Проблеми державотворення і захисту прав людини в Україні: Матеріали XIII регіональної науково-практичної конференції. 8-9 лютого 2007 р. - Львів: Юридичний факультет Львівського національного університету імені Івана Франка, 2007. - С. 578-579.
17. Стеценко В.Ю. Производство судебно-медицинской экспертизы в уголовном процессе // Проблемы борьбы с преступностью и подготовки кадров для органов внутренних дел: Тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. Дню бел. науки (Минск, 24 янв. 2007 г.) / М-во внутренних дел Респ. Беларусь, Акад. МВД. - Минск: Акад. МВД Респ. Беларусь, 2007. - С. 150-151.
18. Стеценко С.Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы // Российский следователь. - 2002. - № 5. - С. 7-11.
19. Стеценко С.Г. О правовом обеспечении военно-медицинской деятельности // Военно-медицинский журнал. - 2004. - № 5. — С. 45-48.
20. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 136-186.
21. Стеценко С.Г., Радиш Я.Ф. Правове регулювання діяльності військово-медичної служби (досвід Російської Федерації) // Військова медицина України. - 2007. - № 1-2. - С. 72-77.

Глава 13. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ

§ 1. Загальні принципи правового регулювання трансплантології.

§ 2. Сучасна нормативно-правова база трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини.

§ 3. Основні проблеми і шляхи їх вирішення у сфері донорства.

§ 1. Загальні принципи правового регулювання трансплантології

Досягнення сучасної медицини дозволяють у багатьох випадках зберегти життя або поліпшити його якість. При цьому одним з найбільш ефективних і реальних способів досягнення таких результатів є трансплантація (пересадка). Трансплантація як метод лікування низки найтяжчих захворювань людини застосовується саме тоді, коли усунення небезпеки для життя або відновлення здоров'я хворого іншими методами лікування неможливе.

В усіх галузях хірургії (передусім таких, як хірургічна ортопедія, нейрохірургія, оториноларингологія, щелепно-лицьова, реконструктивно-відновна і пластична хірургія) проводяться оперативні втручання з використанням відповідних ауто- або алотрансплантів. При цьому показання для застосування різних видів трансплантів під час багатьох оперативних втручань повинні бути абсолютними.

У клінічній трансплантології широко використовується пересадка тканин і клітин за наявності відповідної патології. Особливої уваги заслуговує культура клітин і тканин ендокринних органів. Результати експериментальних та клінічних досліджень свідчать про високу ефективність застосування цього методу у процесі лікування таких ендокринних захворювань, як цукровий діабет, гіпотиреоз, гіпокортицизм, гіпопаратиреоз, а також різних видів порушень статеві функції у чоловіків і жінок.

Щороку в Україні трансплантації органів при захворюваннях нирок потребує близько 1 тис. громадян, при незворотних захворюваннях печінки і серця - по 1,5 тис., при цукровому діабеті - 2 тисячі. Через відсутність необхідної кількості трансплантів хворі не можуть своєчасно отримати кваліфіковану медичну допомогу. Кількість проведених щороку операцій з трансплантації органів становить 1,1 відсотка загальної потреби. У таких країнах, як Норвегія, США, Італія, Франція, Польща, на 1 млн. населення припадає відповідно по 57,6; 56; 33; 21; 14,7 операції з трансплантації нирок, тоді як в Україні цей показник дорівнює 1,2.

В Україні щороку реєструється на 1 млн. населення близько 150 хворих з термінальним ступенем хронічної ниркової недостатності. За станом на 2006 рік майже 6 тис. громадян потребує проведення замісної ниркової терапії, четвертій частині з яких необхідно трансплантувати нирки. Щорічно кількість хворих зростає, підвищується рівень інвалідності та смертності.

За узагальненими даними, сучасна світова потреба складає не менше одного мільйона клінічних трансплантацій нирки, серця, печінки, не враховуючи інших органів.

Відображенням клінічної ефективності такого методу лікування є показники річного виживання. У провідних клініках цей показник дорівнює для:

— нирки - 90-95%;

— серця - 85%;

— печінки - 80%.

Представлені дані підтверджують вихід трансплантацій із стадії медичного експерименту. Вона стала визнаною частиною медичних послуг, які пропонуються населенню.

Таким чином, питання трансплантації і, зокрема, її правового регулювання, на сьогоднішній день є найбільш актуальними. Це зумовлює необхідність пильної уваги до цих проблем з боку медичних працівників і юристів, що вивчають медичне право. Законодавча регламентація трансплантації, здійснювана Законом України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" від 16 липня 1999 року № 1007-XIV, повністю не усунула наявні проблеми. Існує певна кількість невирішених питань, що негативно позначаються на юридичному забезпеченні

Концепція Державної програми "Трансплантація*" на 2006-2010 роки.

трансплантології. Правові, морально-етичні і загальні медичні аспекти трансплантації вимагають подальшого вивчення з наступними пропозиціями по удосконаленню законодавства України в галузі пересадки органів та інших анатомічних матеріалів людини.

Незаперечним є факт успішнішого розвитку трансплантології в тих країнах, де є реальна законодавча основа її існування. В той же час є цілий ряд проблемних питань, які, зважаючи на свої особливості,

викликають жваві дискусії як у нашій країні, так і за кордоном. Констатація "смерті мозку" потенційного донора при збереженні кровообігу і органній життєздатності, проблема відключення засобів підтримання життя, рішення питання про право особи розпоряджатися власним тілом і органами після смерті — ці та низка інших проблем не мають поки свого вирішення.

Трансплантологія - це наука, що займається питаннями трансплантації (пересадки) органів і тканин людини. Перші кроки в галузі трансплантології були зроблені вже в середині 19 століття. Серед вчених, котрі представляють українські та російські наукові школи та мають певний пріоритет у сфері трансплантології, варто назвати (дані таблиці):

М.І. Пирогов	1835	Лекція "Про пластичні операції взагалі і про ринопластику зокрема"
М.М. Руднев	1864	Дослідження по проблемах трансплантації кісткової тканини
В.Г. Григор'єв	1897	Дисертаційна робота "До питання про трансплантацію яєчників"
А.А. Кулябко	1902	Доповідь "Подальші досліди оживлення серця. Оживлення людського серця"
В.М. Шамов С.С. Юдін	1928- 1934	Перші експерименти по переливанню трупної крові
В.П. Філатов	1931	Робота по трансплантації рогівки, узятої від трупа
Ю.Ю. Вороний	1933	Пересадка трупної нирки
В.П. Деміхов	1954	Досліди на собаках по пересадці голови

Реалізація прав пацієнтів у сфері трансплантології характеризується складністю і неоднозначністю підходів. Ще на початку свого розвитку трансплантологія поставила перед суспільством цілий ряд правових, медичних і етичних проблем, велика кількість з яких повністю не вирішені і в даний час. Операції трансплантації, за своєю суттю, пов'язані з правом з самого початку їх впровадження в медичну практику.

Актуальність висвітлення правових особливостей трансплантології в рамках курсу медичного права підтверджується перш за все існуванням у даний час цілого ряду чинників, що ускладнюють правильне юридичне тлумачення трансплантації органів і тканин. По суті, пересадка в кожному випадку стосується водночас двох людей - донора і реципієнта, що зумовлює особливий характер правової регламентації (визначення їх правового статусу, захист і реалізація їх законних прав та інтересів тощо). Ця особливість відрізняє трансплантацію від інших медичних втручань.

Основні чинники, котрі обумовлюють актуальність правового регулювання трансплантології в нашій країні, можна поділити на дві групи: що раніше сформувалися і виникли останнім часом. До першої групи належать обставини, актуальні як у період зародження трансплантації, так і в даний час. Мова йде про морально-етичні, правові і медичні аспекти констатації смерті мозку людини, тривалість проведення реанімаційних заходів тощо. Реалії ж сьогодення додали низку проблем, з яких виділяються: визначення правового статусу тканин і органів після вилучення з організму, наділення правом розпоряджатися тілом померлої людини, особливості правомірності донорства живих людей, потенційна небезпека криміналізації трансплантології та ін.

Для визначення загальних принципів, на основі яких передбачається здійснювати юридичну регламентацію трансплантації, доцільно використовувати загальноправовий науковий підхід, згідно якого розрізняють принципи права і принципи правового регулювання. Стосовно трансплантації принципами права можуть вважатися основні положення, які відображають її зміст і вже знайшли втілення в нормативно-правових актах. В той же час принципи правового регулювання - це керівні ідеї, передумови, які можуть бути використані як базис для побудови норм права. Взаємозв'язок принципів права і принципів правового регулювання ілюструється фактом, згідно якого принципи права, будучи своєрідним каркасом законодавчих актів, запроваджуються в життя за рахунок попереднього визначення принципів правового регулювання.

Професор І.І. Горелик в основу правового регулювання операцій по пересадці органів і тканин поклав принципи оптимальної турботи про інтереси донора і колегіальність. Перший з них відображає

пріоритет інтересів донора при спірних питаннях трансплантації, згідно другого - найбільш складні питання, пов'язані з процедурою встановлення діагнозу хвороби і способів лікування, вирішуються консилиумом лікарів.¹

На додаток до цих важливих керівних ідей, з позицій сьогоденного стану медичного права, як загальні принципи правового регулювання пересадки органів та інших анатомічних матеріалів необхідно зазначити такі:

- принцип поваги і дотримання прав пацієнта;
- принцип дотримання черговості згідно "листа очікування";
- принцип декомерціалізації пересадок органів та інших анатомічних матеріалів людини;
- принцип інтеграції в міжнародні трансплантологічні співтовариства.

Представлені принципи повинні слугувати як установка для осіб, що вивчають медичне право, для осіб, що цікавляться питаннями трансплантології, і для законодавців при розробці нормативно-правових актів з питань трансплантації.

Принцип поваги і дотримання прав пацієнта є одним з основних, оскільки він базується на першорядних правах пацієнта, — праві на життя, праві на отримання кваліфікованої медичної допомоги, на гідне ставлення з боку медичного персоналу. Також це стосується прав пацієнтів при пересадці органів і тканин на отримання повної, достовірної і компетентної інформації по питаннях свого захворювання, на збереження в таємниці всіх необхідних відомостей про хворого та ін.

В будь-який час головною турботою лікарів має бути здоров'я їх пацієнтів. І донор, і реципієнт є пацієнтами, і тому повинні бути прийняті заходи для захисту прав двох сторін. Крім того, одним з найважливіших положень є те, що можлива трансплантація органів не є виправданням для послаблення звичайних стандартів медичної допомоги. Тому незалежно від того, є пацієнт потенційним донором чи ні, до нього повинні застосовуватися єдині стандарти медичної допомоги.

Важливий у цьому контексті аргумент - право пацієнта на фізичну (тілесну) недоторканність. У цьому ракурсі розглядається неможливість здійснення як вилучення органу або тканини, так і пересадки трансплантанта без отримання добровільної інформованої згоди. Тут обов'язковим є якомога повніше обговорення пропонованої процедури з донором і реципієнтом (законними представниками). Лікар повинен бути об'єктивним при обговоренні процедури, при наданні інформації стосовно ризику і можливих небезпек, при поясненні можливих альтернативних процедур. А також він не повинен підтримувати очікування пацієнтів та їх представників, що не виправдані обставинами. Крім того, інтерес лікаря з поглиблення наукових знань завжди має бути вторинним по відношенню до покращання (відновлення) здоров'я пацієнта.

В цілому, поза сумнівом, той об'єм прав, який має будь-який пацієнт нашої країни, що знайшов своє правове віддзеркалення в Конституції України, Основах законодавства України про охорону здоров'я та в інших нормативно-правових актах, описаний у цьому підручнику, має пряме відношення до пацієнта трансплантологічного стаціонару. До того ж, комплексне визначення поняття медичної діяльності підтверджує безпосереднє відношення трансплантації до одного з варіантів медичної діяльності.

Соціально-економічні і суспільно-політичні зміни, події останнього десятиліття у нашій країні, обумовлюють необхідність пильнішої уваги до проблем прав і законних інтересів пацієнтів при здійсненні лікування за допомогою трансплантації. У більшості людей підвищився рівень правових знань стосовно їх прав при здійсненні лікування. В зв'язку з цим початкові знання, а на їх основі повага і дотримання прав і законних інтересів пацієнтів - вимога часу як для медичних працівників, так і для юристів, котрі спеціалізуються в галузі медичного права.

Принцип дотримання черговості згідно "листа очікування" набуває підвищеної актуальності у зв'язку з постійним дефіцитом донорських органів, розшаруванням населення за рівнем доходів і, відповідно, за рівнем доступності медичної допомоги. "Лист очікування" є офіційним списком черговості реципієнтів, котрі чекають придатного для них органу або тканини. Це характерна особливість трансплантації в порівнянні з іншими видами медичних втручань. Попит на донорські органи завжди перевищував їх пропозицію. Ця суворая реальність, що констатується в "листі очікування", повинна бути врахована при здійсненні правового регулювання медичної діяльності. Один з керівних принципів Всесвітньої Організації Охорони здоров'я про трансплантацію людських органів формулюється таким чином: "в світлі принципів справедливого і рівноправного розподілу органів-трансплантантів слід забезпечити їх доступність для пацієнтів тільки за медичними показаннями, а не за фінансовими та іншими міркуваннями". Реалізація цього принципу знаходить своє віддзеркалення в статті 3 Додаткового протоколу до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини, ETS №186 від 24 січня 2002 року, відповідно до якої органи і тканини розподіляються тільки серед пацієнтів з офіційного листа очікування згідно прозорим, об'єктивним і належним чином підтвердженим правилам і медичним показникам.

Практика лікування, так званих комерційних хворих, коли останні шляхом внесення грошових сум за надання платних медичних послуг у вигляді трансплантації отримують необхідний трансплантант поза офіційної черги, не повинна поширюватись. Необхідність такого підходу обумовлюється:

конституційно визначеним принципом безкоштовності медичної допомоги, що не має обмежень залежно від матеріального або іншого статусу людини;

трансплантація застосовується як крайній засіб лікування, коли всі інші методи лікування неефективні;

в основі надання можливості отримати необхідний орган або тканину повинне знаходитись правило соціальної справедливості.

На жаль, на сьогоднішній день в Україні не створено єдиного листа очікування. Це обумовлено існуванням цілого ряду невирішених проблем і, перш за все, відсутністю уніфікованих методів тканинного типування. Але цей принцип повинен обов'язково дотримуватись, що послужить важливою гарантією реалізації прав і законних інтересів громадян у сфері надання медичної трансплантологічної допомоги. Тому одним з першочергових завдань держави у сфері трансплантології є створення єдиного листа очікування.

Принцип декомерціалізації пересадок органів та інших анатомічних матеріалів людини тісно пов'язаний з попереднім принципом та полягає в безоплатності здійснення всіх етапів трансплантації. А саме на етапах:

- пошуку відповідного донорського трансплантанта;
- вилучення органу, тканини, клітин з організму донора;
- проведення лабораторних досліджень, що дозволяють визначити імунологічні і гістохімічні характеристики отриманого матеріалу;
- проведення самої операції;
- здійснення післяопераційного періоду, включаючи лікарське забезпечення.

Шлях платного донорства, напевно, здатний дещо збільшити кількість виконуваних трансплантацій, проте такий підхід неприйнятний з ряду причин. Він неприпустимий, оскільки сприятиме криміналізації всієї галузі, штовхатиме певних соціально дезадаптованих людей стати донорами і, без сумніву, ні про яку соціальну рівність при такому підході говорити не доведеться. Закон України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" (ст. 18) забороняє торгівлю

органами та іншими анатомічними матеріалами людини: "укладання угод, що передбачають купівлю-продаж органів або інших анатомічних матеріалів людини, за винятком кісткового мозку, забороняється". Це повинно торкатися і питань обміну трансплантацями між лікувальними центрами і трансплантаційними співтовариствами.

Також вищезазначений закон визначає, що діяльність, пов'язана з трансплантацією, фінансується за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів. Крім того, додаткове фінансування може здійснюватися за рахунок коштів, виділених на реалізацію заходів, що передбачені відповідними програмами, доходів від реалізації нових технологій та методів, іншої наукової продукції, за виготовлені біоімпланти, реактиви, апарати та обладнання, що застосовуються в медичній практиці, а також за рахунок добровільних внесків юридичних і фізичних осіб та інших не заборонених законодавством надходжень.

Міжнародні офіційні документи також містять положення, що забороняють комерціалізацію трансплантації. "Засуджується придбання і продаж людських органів для трансплантації" - проголошує Декларація щодо трансплантації людських органів, прийнята 39-ою Всесвітньою медичною асамблеєю 1987 р., Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини, ETS № 186 від 24 січня 2002 року також забороняє отримання фінансової вигоди у процесі трансплантації: "Тіло людини і його частини не повинні використовуватися для отримання фінансової вигоди або отримання порівняльних переваг... Торгівля органами і тканинами заборонена".

У загальному сенсі правилом повинне бути положення, згідно якого взаємини між пацієнтом і лікарем у трансплантології регламентуються конституційними нормами і нормами прийнятих на їх основі нормативних актів, що передбачають безкоштовність для пацієнта надання трансплантологічної медичної допомоги.

І, нарешті, принцип інтеграції в міжнародні трансплантологічні співтовариства. Світова практика зі всією очевидністю демонструє, що проблеми трансплантації не знають меж. У різних країнах вони різні, пов'язані з нормативно-правовою базою трансплантології, фінансовими можливостями, рівнем правової культури суспільства та ін. Проте є загальні питання, і головне з них - постійний дефіцит донорських органів. Жодна країна світу, в якій виконуються трансплантації, поки не змогла повною мірою вирішити цю проблему. При комплексному підході у вирішенні задач пошуку і підбору необхідних донорських органів, з урахуванням міжнародної співпраці, успішний результат очевидніший. Реальна картина з підбором відповідних донорських органів виглядає за медичними канонами не як механічний вибір, а є складною, багатоступеневою системою. Відбирається, зрештою, трансплантант, що відповідає низці медичних, імунологічних, гістохімічних та інших показників. У зв'язку з цим вірогідність отримання відповідного органу або тканини набагато вища при можливості використовувати міжнародні бази даних.

Найбільше розповсюдження деякий час тому мала трансплантаційна система "Євратрансплант". Ця система виникла в 1967 році об'єктивно, коли в багатьох європейських країнах стало зрозуміло, що ефективний і швидкий підбір пар донора і реципієнта може бути здійснений швидко і точно за наявності уніфікованої інформації про реципієнтів, котрі чекають трансплантацію.

При всій позитивності цього напряму міжнародної співпраці, слід зазначити, що на сьогоднішній день Україна, на жаль, не використовує такі можливості. Виною тому є наявність цілого ряду невирішених проблем організаційного та нормативного характеру і, перш за все, це відсутність функціонуючої Єдиної державної інформаційної системи трансплантації у самій Україні.

Сьогодні в країні недостатньо реалізовані та вимагають удосконалення механізми здійснення координації діяльності закладів та установ, що здійснюють трансплантації та мають право вилучати анатомічні матеріали. Так, не існує інформаційного і транспортного зв'язку між центрами трансплантації (використовується тільки звичайний міжміський телефонний зв'язок і машини санітарної авіації, що не забезпечує необхідної мобільності і безпеки), відсутній Державний банк анатомічних матеріалів і відповідні банки анатомічних матеріалів у закладах, що здійснюють

трансплантологічні операції, немає реєстру гістотипованих донорів гемопоетичних стовбурових клітин тощо.

Крім того, ще однією з причин гальмування запровадження співробітництва з міжнародними організаціями з метою забезпечення хворих України трансплантатами від неродинних донорів є відсутність стандартів якості та безпеки при трансплантації органів, тканин та клітин, які б відповідали європейським стандартам.

Додатковим аргументом на користь взаємодії з транснаціональними трансплантологічними організаціями є зменшення можливості втрати відповідного донорського органу через неможливість в короткі терміни знайти відповідного реципієнта. У зв'язку з вищесказаним інтеграція нашої трансплантаційної служби в міжнародні організації з обміну інформацією, органами та іншими анатомічними матеріалами людини, консультаційною допомогою є необхідною і виправданою та повинна бути одним з принципів правового регулювання трансплантології.

§ 2. Сучасна нормативно-правова база трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини

Стосовно питання трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини в даний час мають значення такі нормативні документи, які складають нормативно-правову базу трансплантології в Україні:

Законодавчі акти.

Підзаконні акти.

До першої групи належать:

— Конституція України 1996 року;

— Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року № 2801 XII;

— Закон України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" від 16 липня 1999 року № 1007-XIV;

— Закон України "Про поховання та похоронну справу" від 10 липня 2003 року № 1102 IV.

Другу групу нормативних документів складають накази Міністерства охорони здоров'я України, положення, інструкції тощо. У ракурсі цього підручника доцільно відобразити найбільш важливі підзаконні акти, розроблені з метою детальної регламентації процесу трансплантації. Серед них найбільшої значущості набувають:

— Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження нормативно-правових документів з питань трансплантації" від 25 вересня 2000 № 226;

— Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини" від 4 травня 2000 № 96;

— Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про регламентацію трансплантаційної служби України" від 24 травня 2004 М 261;

— Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Переліку державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ, які мають право провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людини" від 24 квітня 2000 р. М 695;

— Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Положення про Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин" від 11 грудня 2006р. № 812;

— Розпорядження Кабінету Міністрів України "Про схвалення Концепції Державної програми "Трансплантація" на 2006- 2010 роки" від 20 липня 2006 р. М 416-р.

Конституція України, як документ, що має вищу юридичну силу, в статті 49 передбачає: "Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування". Ця стаття проголошує обов'язок державних і комунальних закладів охорони здоров'я надавати безоплатну медичну допомогу за рахунок коштів відповідного бюджету, страхових внесків, інших надходжень. Будучи загальнообов'язковим нормативним актом, Конституція в даному випадку регулює загальні принципи надання медичної допомоги, що дає підстави вважати ці положення актуальними й у сфері трансплантології.

У 1992 році були прийняті Основи законодавства України про охорону здоров'я. За своєю суттю Основи є провідним нормативним актом у галузі медицини. Аналіз Основ законодавства України про охорону здоров'я громадян дозволяє вважати, що до питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини, крім загальних аспектів регулювання медичної діяльності, мають відношення наступні положення.

Стаття 39 Основ присвячена обов'язку надання медичної інформації: "Лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я. Пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування".

Важливість цієї обставини в трансплантології очевидна, оскільки саме ця інформація є заставою інформованості згоди пацієнта на проведення пересадки. З цим кореспондує і проблема розробки медико-правових стандартів у трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини.

Стаття 43 Основ відображає права пацієнта відносно згоди на медичне втручання і відмови від нього. Оперативне втручання, спрямоване на пересадку трансплантанта, - це порушення тілесної недоторканності пацієнта. Звідси з метою дотримання основних прав і свобод людини, відображених у міжнародних правових актах, потрібне отримання згоди пацієнта на подібне медичне втручання. Відповідно і відмова від втручання - також законне право пацієнта. Особливої ролі це набуває у разі використання в якості трансплантантів органів або тканин від живих людей. Донор - людина, що не потребує медичної допомоги, здійснює гуманний вчинок у вигляді надання свого парного органу або тканини для подальшої пересадки, має право відмовитися від подібних дій у будь-який час, навіть безпосередньо перед операцією.

Найважливіше значення має стаття 52 Основ, котра регламентує надання медичної допомоги хворому в критичному для життя стані: "Медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу у повному обсязі хворому, який знаходиться в критичному для життя стані. Активні заходи щодо підтримання життя хворого припиняються в тому випадку, коли стан людини визначається як незворотна смерть. Порядок припинення таких заходів, поняття та критерії смерті визначаються Міністерством охорони здоров'я України відповідно до сучасних міжнародних вимог".

Важливість цієї статті, в контексті трансплантології, полягає в тому, що вона є своєрідною гарантією того, що незалежно від того, є пацієнт потенційним донором чи ні, до нього застосовуватимуться одні стандарти медичної допомоги. Тобто можлива трансплантація органів не є виправданням для послаблення надання медичної допомоги.

Особлива роль належить ст. 47, котра регламентує безпосередньо питання трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини: "Застосування методу пересадки від донора до реципієнта органів та інших анатомічних матеріалів здійснюється у визначеному законодавством порядку при наявності їх згоди або згоди їх законних представників за умови, якщо використання інших засобів і методів для підтримання життя, відновлення або поліпшення здоров'я не дає бажаних результатів, а завдана при цьому шкода донору є меншою, ніж та, що загрожувала реципієнту".

Таким чином, Основи законодавства України про охорону здоров'я 1992 року, виконуючи роль своєрідного кодексу лікарської діяльності, містять норми, які регламентують процес здійснення трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини. Тут відображені основні права пацієнтів при проведенні трансплантації, наданні медичної допомоги хворому в критичному для життя стані, загальні підстави і умови здійснення трансплантації.

Наступним нормативним актом є Закон України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини " від 16 липня 1999 року. Цей Закон з урахуванням сучасного стану науки і рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я визначає умови і порядок застосування трансплантації як спеціального методу лікування, забезпечує додержання в Україні прав людини та захист людської гідності при застосуванні трансплантації та здійсненні іншої, пов'язаної з нею діяльності.

Закон структурно включає сім розділів:

— загальні положення (розділ I);

— умови та порядок застосування трансплантації. Діяльність, пов'язана з трансплантацією, і контроль за додержанням законодавства про трансплантацію (розділ II);

— умови та порядок взяття гомотрансплантатів у живих донорів (розділ III);

— взяття анатомічних матеріалів у померлих осіб (розділ IV);

— особливості отримання і використання деяких видів анатомічних матеріалів (розділ V);

— права, соціальний захист живого донора та відповідальність за порушення законодавства про трансплантацію (розділ VI);

— прикінцеві положення (розділ VII).

Доцільно освітити і проаналізувати ті положення даного нормативно-правового акту, які необхідні для якісного вивчення медичного права.

Згідно зі статті 1 Закону трансплантація - це спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини. При цьому під анатомічними матеріалами розуміються органи, тканини, анатомічні утворення, клітини людини або тварини.

Слід враховувати, що термін "трансплантація" означає повний процес взяття органу або іншого анатомічного матеріалу у однієї особи (тварини) і імплантацію цього органу або іншого анатомічного матеріалу іншій особі, включаючи всі процедури по підготовці, збереженню і зберіганню.

На сьогоднішній день трансплантація розвивається в трьох напрямках, які мають свої принципові особливості, як організаційного, так і медичного характеру - це трансплантація органів, тканин та клітин.

Застосування трансплантації, як методу лікування можливе за сукупності таких умов:

— наявність медичних показань, що встановлюється консилиумом лікарів відповідного закладу охорони здоров'я чи наукової установи;

— наявність згоди об'єктивно інформованого дієздатного реципієнта (особи, для лікування якої застосовується трансплантація). Коли реципієнт не досяг п'ятнадцятирічного віку чи визнаний судом недієздатним, трансплантація застосовується за згодою об'єктивно інформованих його батьків або

інших законних представників. Щодо осіб віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років чи визнаних судом обмежено дієздатними трансплантація застосовується за згодою об'єктивно інформованих реципієнтів, об'єктивно інформованих їх батьків або інших законних представників, але у невідкладних випадках, коли є реальна загроза життю реципієнта, його згода або згода його законних представників для застосування трансплантації не потрібна;

— усунення небезпеки для життя або відновлення здоров'я реципієнта іншими методами лікування неможливе.

Треба враховувати, що медична сторона трансплантації характеризується високим ступенем ризику. Тому лікар, що пропонує хворому як вид лікування трансплантацію, зобов'язаний мати істотні гарантії на сприятливий результат пересадки, що базуються у тому числі і на визначенні початкового рівня здоров'я реципієнта. Ця обставина обумовлює ретельність підходів до визначення показань і протипоказань для пересадок.

Донор - це особа, у якої за життя або після її смерті взято анатомічні матеріали для трансплантації або для виготовлення біоімплантів (засобів медичного призначення, виготовлених з анатомічних матеріалів померлих людей).

Таким чином, донорство поділяється на:

- донорство живих осіб;
- донорство померлих осіб (посмертне донорство).

Донорство живих осіб.

Живим донором може бути лише повнолітня дієздатна особа. Це положення спрямоване на захист неповнолітніх та інших "уразливих" категорій громадян від примусу стати донорами органів. Світова практика свідчить, що велика кількість дітей, котрі зникають в країнах, що розвиваються, частково пояснюється їх можливим використанням як джерела органів і тканин для трансплантації. Саме на попередження подібної негативної тенденції спрямований зміст вказаної норми.

Крім того, не допускається взяття анатомічних матеріалів у живих осіб, які:

- утримуються у місцях відбування покарань;
- страждають на тяжкі психічні розлади;
- мають захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю;
- надали раніше орган або частину органа для трансплантації.

Взяття анатомічних матеріалів у живого донора для трансплантації допускається за дотримання таких умов:

- якщо донор попереджений про можливі ускладнення для його здоров'я у зв'язку з майбутнім оперативним втручанням по вилученню анатомічного матеріалу;
- якщо донор вільно і свідомо у письмовій формі висловив згоду на вилучення своїх органів та інших анатомічних матеріалів;
- якщо донор пройшов усестороннє медичне обстеження і є висновок консиліуму лікарів-фахівців про можливість вилучення у нього органів та інших анатомічних матеріалів для трансплантації;

— якщо завдана здоров'ю донора шкода буде меншою, ніж небезпека для життя, що загрожує реципієнту.

У живого донора може бути взятий як гомотрансплантант (анатомічний матеріал людини, призначений для трансплантації), тобто лише один із парних органів або частина органа, або ж частина іншого анатомічного матеріалу.

Взяття гомотрансплантанта (за винятком анатомічних матеріалів, здатних до регенерації) у живого донора допускається тільки у випадках, коли реципієнт і донор перебувають у шлюбі або є близькими родичами (батько, мати, син, дочка, дід, баба, онук, онука, брат, сестра, дядько, тітка, племінник, племінниця).

Клінічні результати підтверджують, що при трансплантації з використанням як донора живого донора останньому завдається певна шкода здоров'ю. Але, на жаль, повністю відмовитися від використання живих донорів неможливо. Головних причини дві:

Відсутність достатньої кількості трупних трансплантантів.

Кращі медичні характеристики результатів трансплантацій при використанні органів і тканин від живих людей.

Тому слід обов'язково дотримуватися загального принципу, згідно якого при пересадці органів та інших анатомічних матеріалів від живих осіб повинна забезпечуватись оптимальна турбота про інтереси донора.

Вилучення анатомічного матеріалу у живого донора для трансплантації може здійснюватися тільки на користь здоров'я реципієнта й у разі відсутності придатних для трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів трупа або альтернативного методу лікування, ефективність якого можна порівняти з ефективністю трансплантації.

Посмертне донорство.

Людина вважається померлою з моменту, коли встановлена смерть її мозку. Смерть мозку означає повну і незворотну втрату всіх його функцій. Момент смерті мозку може бути встановлено, якщо виключені всі інші можливі за даних обставин причини втрати свідомості.

Факт смерті потенційного донора встановлюється консилиумом лікарів відповідного закладу охорони здоров'я або наукової установи. При цьому ці лікарі не можуть брати участі у взятті у цього донора анатомічних матеріалів, у їх трансплантації чи виготовленні біоімплантантів.

Кожна повнолітня дієздатна особа може заявити про згоду або про незгоду стати донором анатомічних матеріалів у разі своєї смерті. За відсутності такої заяви анатомічні матеріали у померлої повнолітньої дієздатної особи можуть бути взяті за згодою подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. У померлих неповнолітніх, обмежено дієздатних або недієздатних осіб анатомічні матеріали можуть бути взяті за згодою їх законних представників.

Взяття анатомічних матеріалів у померлого донора оформляється актом. Цей акт підписується лікарями, які брали участь у взятті анатомічних матеріалів, і додається до медичних документів померлої особи.

Взяття анатомічних матеріалів у померлої особи для трансплантації та (або) для виготовлення біоімплантантів не допускається:

у разі наявності зробленої цією особою за життя заяви про незгоду бути донором;

у разі відсутності заяви щодо донорства цією особою, якщо не отримано або неможливо отримати згоду подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті (відносно померлих неповнолітніх,

обмежено дієздатних або недієздатних осіб не отримано або неможливо отримати згоду їх законних представників);

за відсутності дозволу судово-медичного експерта у разі: необхідності проведення судово-медичної експертизи.

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я, до повноважень якого належить регулювання діяльності, пов'язаної з трансплантацією, є Міністерство охорони здоров'я України.

Діяльність, пов'язану з трансплантацією, можуть здійснювати акредитовані в установленому законодавством України порядку державні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

Діяльність, що здійснюють акредитовані державні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи, крім безпосередньо операцій з пересадки органів (інших анатомічних матеріалів людини) може включати:

- взяття гомотрансплантантів у живих донорів;
- взяття анатомічних матеріалів у померлих донорів;
- зберігання і перевезення анатомічних матеріалів людини;
- виготовлення біоімплантів.

Організаційно-методичне керівництво, взаємодію закладів та установ, що здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією, їх інформаційне забезпечення і контроль здійснює Координаційний центр трансплантації Міністерства охорони здоров'я України.

Таким чином, прийняття Закону України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" стало значним кроком вперед як для розвитку трансплантології, так і в цілях визначення ролі правових механізмів у регламентації трансплантації. На підставі і відповідно до вимог законодавчих актів з питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини, Міністерством охорони здоров'я України були видані відповідні накази, інструкції та інші підзаконні акти, які покликані забезпечити реальне виконання трансплантацій.

У ракурсі висвітлення медичного права необхідно зупинитися на значенні деяких основних підзаконних актів, регулюючих трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини.

I. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження нормативно-правових документів з питань трансплантації" від 25 вересня 2000 № 226. Цим наказом були затверджені важливі нормативні акти, які регламентують питання у сфері трансплантології, а саме:

- Інструкція щодо констатації смерті людини на підставі смерті мозку;
- Інструкція щодо вилучення органів людини в донора-трупа;
- Інструкція щодо вилучення анатомічних утворень, тканин, їх компонентів та фрагментів у донора-трупа;
- Перелік органів людини, дозволених до вилучення у донора-трупа;
- Перелік анатомічних утворень, тканин, їх компонентів та фрагментів і фетальних матеріалів, дозволених до вилучення у донора-трупа і мертвого плоду людини;

— Інструкція щодо виготовлення біоімплантів;

— Умови забезпечення збереження анатомічних матеріалів під час їх перевезення.

Згідно Інструкції щодо констатації смерті людини на підставі смерті мозку смерть мозку — це повне та незворотне припинення всіх його функцій, які реєструються при серці, що працює, та примусовій вентиляції легенів. Смерть мозку прирівнюється до смерті людини.

Рішучим для констатації смерті мозку є поєднання факту припинення функцій всього головного мозку з доказом незворотності цього припинення. Право на встановлення діагнозу смерті мозку дає наявність точної інформації щодо причин і механізмів цього стану.

Діагноз смерті мозку може бути встановлений тільки на підставі клінічних критеріїв або на підставі клінічних критеріїв, доповнених підтверджувальними тестами, консилиумом лікарів, що має у складі анестезіолога з досвідом роботи у відділенні інтенсивної терапії не менше ніж 5 років. Для проведення спеціальних досліджень до складу консилиуму входять інші фахівці з досвідом роботи за фахом не менше ніж 5 років, у тому числі й запрошені з інших закладів на консультативній основі. Затвердження складу консилиуму проводиться завідуючим відділення інтенсивної терапії, де перебуває хворий, а за його відсутності - відповідальним черговим лікарем закладу. До складу консилиуму не можуть входити фахівці, що беруть участь у взятті та трансплантації органів.

Основними документами, які складає консилиум, є:

Протокол встановлення смерті мозку, який підписується всіма лікарями, що брали участь у консилиумі;

Акт констатації смерті людини на підставі смерті мозку.

Важливим є положення, згідно якого відповідальність за діагноз смерті людини на підставі смерті мозку покладається на лікарів, що встановлюють смерть мозку, того лікарняного закладу, де помер хворий. Тобто фахівці, запрошені з інших закладів на консультативній основі, відповідальність за діагноз смерті людини на підставі смерті мозку не несуть.

Згідно Інструкції щодо вилучення органів людини в донора трупа вилучення донорських органів для трансплантації здійснюється тільки в державних та комунальних закладах охорони здоров'я і державних наукових установах за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України. Донором для вилучення органного транспланта з метою трансплантації може бути тільки особа, смерть якої встановлена відповідно до чинного законодавства.

При надходженні в заклад охорони здоров'я потенційного донора відповідальний у певний період часу медичний працівник (призначається керівником закладу охорони здоров'я) не пізніше години від надходження уносить його дані до Єдиної державної інформаційної системи трансплантації Координаційного центру трансплантації.

Заготівлю органів та їх консервацію здійснює виїзна бригада служби заготівлі донорських органів центрів трансплантації за умови наявності прижиттєвої згоди особи на вилучення після її смерті анатомічних матеріалів або, у разі відсутності такої згоди, за умови отримання згоди осіб, передбачених чинним законодавством. Бригади фахівців для вилучення та заготівлі органів створюються у закладах охорони здоров'я, що мають право здійснювати вилучення органів у живих донорів і донорів-трупів.

Вилучення донорських органів і тканин оформлюється спеціальним Актом про вилучення органів і тканин у донора-трупа для трансплантації та записом в історії хвороби померлого і в разі потреби в акті судово-медичної експертизи трупів.

Принциповим і необхідним є покладання персональної відповідальності за дотримання при вилученні органного трансплантанта чинного законодавства на керівників закладів охорони здоров'я, в яких здійснюється вилучення органів або тканин.

Перелік органів людини, дозволених до вилучення у донора-трупа відповідно визначає перелік органів людини - об'єктів трансплантації. До них належать:

1. серце;
2. легені;
3. комплекс "серце - легені";
4. печінка;
5. нирки;
6. підшлункова залоза з 12-палою кишкою;
7. селезінка.

II. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині" від 4 травня 2000 № 96. Цим наказом були затверджені такі нормативні акти, які регламентують питання у сфері трансплантології:

Порядок перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України та вивезення їх за межі України;

Порядок узяття, зберігання і використання кісткового мозку;

Медико-біологічні вимоги до тварин, умов їх утримання, порядок узяття у них ксенотрансплантантів.

Згідно Порядку узяття, зберігання і використання кісткового мозку діяльність, пов'язану з трансплантацією кісткового мозку, можуть здійснювати акредитовані в установленому законодавством України порядку державні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи за переліком, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України.

Донором кісткового мозку може бути лише повнолітня особа, дієздатність якої встановлюється відповідно до діючого законодавства України. Узяття кісткового мозку в живого донора дозволяється на підставі висновку консилиуму лікарів відповідного закладу охорони здоров'я чи наукової установи після його всебічного медичного обстеження.

Не можуть бути донором особи:

- які утримуються у місцях відбування покарань;
- страждають на тяжкі психічні розлади;
- мають захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю.

Донор кісткового мозку підписує заяву про своє бажання бути донором свідомо і без примусу після надання йому лікарем-куратором об'єктивної інформації про можливі ускладнення для його здоров'я. У заяві донор повинен указати про свою згоду на взяття у нього кісткового мозку та про свою поінформованість щодо можливих наслідків. Підпис донора на заяві засвідчується головним лікарем медичної установи, де проводиться вилучення кісткового мозку. Заява додається до медичної документації донора.

Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Переліку державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ, які мають право провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині" визначає перелік закладів та установ, які мають право провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією, та поділяє заклади охорони здоров'я і наукові установи на такі, що мають право:

- провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині;
- провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією органів людині;
- провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією тканин людині;
- провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією клітин людині;
- провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією тканин та клітин людині при опікових ураженнях;
- провадити вилучення органів у донорів-трупів;
- здійснювати вилучення анатомічних матеріалів у донорів-трупів для подальшої трансплантації тканин та виготовлення біоімплантів.

IV Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Положення про Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин" визначає завдання, функції, права, склад Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин.

До завдань Координаційного центру належать:
організаційно-методичне керівництво, інформаційне забезпечення, контроль, забезпечення взаємодії закладів, установ та організацій, що здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією;
здійснення наукових досліджень і впровадження у практичну медицину наукових розробок у галузі трансплантації органів, тканин і клітин;
забезпечення діяльності єдиної державної інформаційної системи трансплантації.

Основними функціями Координаційного центру є:

- розроблення та подання до МОЗ України на затвердження критеріїв якості трансплантів, відбору реципієнтів та донорів;
- організація та виконання клінічних випробувань нових методів лікування з використанням трансплантації органів, тканин і клітин; оцінка результатів клінічних випробувань вітчизняних та закордонних методів лікування з використанням трансплантації органів, тканин і клітин;
- подання пропозиції щодо внесення змін та доповнень до Переліку державних та комунальних закладів охорони здоров'я і державних наукових установ, які мають право провадити діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині;
- здійснення та координація заходів щодо формування позитивної громадської думки стосовно донорства та трансплантації;
- налагоджування прямих зв'язків та співробітництва з закордонними підприємствами, установами, організаціями, що провадять діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, для виконання науково-дослідних та інвестиційних програм, обміну технологіями, медичною технікою та науковою інформацією;

— співпраця з науково-дослідними установами МОЗ України, Національної академії наук України та Академії медичних наук України шляхом обміну інформацією, виконання спільних наукових досліджень, що стосуються трансплантології;

— забезпечення діяльності єдиної державної інформаційної системи трансплантації, до якої вносяться відомості про реципієнтів, а також про осіб, які заявили про свою згоду або незгоду стати донорами в разі смерті;

— забезпечення оперативного пошуку реципієнта та надання інформації згідно з запитами про наявність необхідних органів та інших анатомічних матеріалів для трансплантації, у тому числі відповідним установам та організаціям інших країн, з якими Україна уклала міжнародні договори з питань трансплантації;

— проведення роботи, пов'язаної з підвищенням кваліфікації медичних працівників у галузі трансплантології.

Координаційний центр має право:

надавати пропозиції МОЗ України щодо анулювання ліцензії на медичну практику закладам та установам, що провадять діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, у разі порушення вимог законодавства або нормативно-технічної документації;

здійснювати контроль, проводити перевірки закладів та установ, що провадять діяльність, пов'язану з трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, в межах повноважень, визначених чинним законодавством України;

займатися в установленому чинним законодавством України порядку медичною практикою, здійснювати науково-дослідні роботи та надавати платні послуги відповідно до переліку платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Таким чином, комплексний аналіз нормативно-правових актів, що регламентують у даний час трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини в нашій країні, дозволяє констатувати, що у цілому законодавство в сфері трансплантології в Україні склалося. Але це не означає, що стан правового забезпечення пересадок може бути названий задовільним. Існує безліч питань, які вимагають свого рішення на законодавчому рівні.

Так, на сьогоднішній день Законом України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" від 16 липня 1999 року регулюється в основному діяльність, пов'язана з трансплантацією органів, і не враховуються особливості трансплантації тканин і клітин. Також у Законі відсутнє визначення поняття "смерть людини" та правове регулювання відповідальності за негативні наслідки, спричинені цим методом лікування. Крім того, відсутні комплексні механізми забезпечення належної якості трансплантаційної допомоги, належного контролю за застосуванням трансплантації як органів, так і тканин та клітин. Також важливою проблемою є забезпечення контролю за якістю трансплантантів. Необхідна розробка стандартів та критеріїв їх якості.

Потреба в реформуванні нормативного забезпечення обумовлена також відсутністю розроблених критеріїв акредитації та паспортизації закладів, які мають право здійснювати діяльність, пов'язану з трансплантацією, стандартів надання трансплантаційної допомоги та визначення нозологій, за яких вона застосовується, уніфікованих механізмів типування донорів та реципієнтів, критеріїв визначення ступеню непрацездатності реципієнта після трансплантації, а також подальшої його реабілітації та працевлаштування.

§ 3. Основні проблеми і шляхи їх вирішення у сфері донорства

Реалізація прав пацієнтів у сфері трансплантології суттєво залежить від регламентації донорства, оскільки донор є центральною фігурою всього процесу пересадки. В світі щорічного констатується все зростаючий дефіцит донорських органів. Як уже наголошувалося, з позицій медичного права розрізняють операції з використанням трупних органів та інших анатомічних матеріалів людини і операції із застосуванням трансплантів від живих донорів. Кожен із вказаних видів володіє цілим рядом відмінностей і вимагає особливого розгляду при висвітленні проблем у сфері донорства. Трансплантація органів і тканин з використанням трупних трансплантів.

Щодо використання анатомічних матеріалів трупів з позицій юридичної регламентації на перший план виходять такі питання:

Право медичного персоналу на відключення засобів підтримання життя людини, що помирає, котра розглядається як потенційний донор.

Тривалість проведення реанімаційних заходів при очевидному, з медичної точки зору, летальному результаті.

Проблеми правомірності забору трупного анатомічного матеріалу.

1. Питання про право медиків на відключення апаратних систем вмираючої людини дискутується, напевно, з самого зародження реаніматології - науки, покликаної вивчати патофізіологічну суть і закономірності розвитку гострих клінічних станів і розробляти способи їх лікування. Відношення до даного питання в різних країнах тісно пов'язане з моральними, етичними і релігійними особливостями, а також власне з рівнем розвитку медицини. Рішення цієї дилеми в трансплантації полягає у використанні принципу колегіальності при ухваленні подібних відповідальних рішень. Суть його полягає в наділенні правом ухвалення рішення по таких питаннях не одного, а декількох лікарів з винесенням загального висновку. Глибинний філософський, соціальний і медико-правовий сенс цього правила полягає в тому, що думка одного медика через ті або інші причини часто буває суб'єктивною і не завжди повною мірою відображає стан хворого. Цих недоліків вдається уникнути за рахунок вказаного вище принципу, оскільки обмін думками декількох лікарів, з урахуванням їх попереднього досвіду і рівня знань, дозволяє звести до мінімуму вірогідність ухвалення невірних рішень.

Особливе значення надається взаємозв'язку між боротьбою за життя вмираючої людини і потенційною можливістю за рахунок вилучення трансплантата продовжити життя, поліпшити її якість для реципієнта - людини, яка чекає відповідного трансплантата. Ця багато в чому моральна, але також у значній мірі правова проблема повинна вирішуватися не однією людиною - медичним працівником, що здійснює лікування такого хворого. Саме колегіальність дозволяє уникнути суб'єктивної оцінки стану хворого. Не можна забувати також про можливість прискорення смерті такого пацієнта з метою подальшого вилучення органів та інших матеріалів людини.

Таким чином, найбільш оптимальним є існування в практиці трансплантології колегіального способу ухвалення рішення про відключення засобів підтримки життя потенційного донора. В цьому випадку, безумовно, право на життя донора захищене найбільшою мірою, що буде свідоцтвом поваги прав і законних інтересів вмираючої людини і дотримання норм чинного законодавства.

2. Надзвичайно відповідальне питання при трансплантації — тривалість проведення реанімаційних заходів у потенційного донора. Ця тісно пов'язана з попередньою проблема знаходиться на межі медицини, етики і права. Чинне законодавство визначає поняття "смерть мозку", а також те, що органи та інші анатомічні матеріали людини можуть бути вилучені у трупа для трансплантації, якщо є безперечні докази факту смерті, зафіксованого консиліумом лікарів-фахівців. При цьому висновок про смерть дається на основі констатації незворотньої загибелі всього головного мозку (смерть мозку), встановленої відповідно до процедури, затвердженої Міністерством охорони здоров'я України.

Встановлення критеріїв та порядку визначення моменту смерті людини і припинення реанімаційних заходів є дуже важливим з точки зору потреб практичної трансплантології у тому зв'язку, що термін життєздатності органів та інших анатомічних матеріалів людини вельми нетривалий, що обумовлює необхідність раннього ухвалення рішення про їх вилучення для пересадки. В той же час з позицій

медичного права необхідно розглядати вказані аспекти в контексті дотримання права на життя вмираючої людини. Без сумніву, людина, навіть якщо вона знаходиться на межі життя і смерті - залишається власником всіх притаманних їй прав і свобод, зокрема права на життя. Навіть у разі якщо з погляду лікарів, які проводять реанімаційні заходи, прогноз хворого однозначно несприятливий - це не повинно бути підставою для дострокового припинення реанімаційних заходів.

Враховуючи першорядну вагу життя, безумовно, боротьбу за спасіння людини потрібно проводити в повному об'ємі. Проте тут неприпустимим є положення, при якому лікарські маніпуляції, спрямовані на збереження життя, застосовуватимуться до людини з повним, незворотним припиненням функцій головного мозку, - тобто до мертвої людини. Це є безцільною перфузією мертвого тіла, а не боротьбою за життя і забезпечення права на життя людини. "Ти можеш лікувати і не повинен вбивати, але не намагайся повернути до життя мертву душу" - ці слова, сказані Піндаром ще в V столітті до н.е., дуже точно відображають суть цієї проблеми. В зв'язку з цим, безумовно, особливої важливості набувають морально-етичні і, перш за все, професійні якості лікарів.

3. Зважаючи на постійний дефіцит донорських органів, а також той факт, що до 90% пересадок здійснюється з використанням трупних трансплантантів, стає очевидним, що як медичним працівникам, так і юристам необхідно чітко уявляти правові основи вилучення анатомічного матеріалу з тіла мертвого донора. Відповідно до Закону України "Про трансплантацію органів та інших матеріалів людини" передбачена презумпція незгоди на вилучення трансплантанта з організму мертвого донора. Суть її полягає в тому, що вилучення анатомічного матеріалу у трупа можливо тільки за умови прижиттєвої заяви про згоду стати донором у разі своєї смерті, а за відсутності такої заяви анатомічні матеріали у померлої повнолітньої дієздатної особи можуть бути взяті за згодою подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. У померлих неповнолітніх, обмежено дієздатних або недієздатних осіб анатомічні матеріали можуть бути взяті за згодою їх законних представників.

З погляду медичного права необхідно зазначити, що світова практика має різні підходи до вирішення питання правомірності вилучення трансплантата з тіла померлої людини. В одних країнах це презумпція згоди, в інших - презумпція незгоди. Цікавими є дані щодо залежності кількості пересадок від прийнятої в країні юридичної концепції правомірності вилучення органів і тканин для трансплантації (презумпція згоди або презумпція незгоди) (за даними New et al., Kings Fund Institute, 1994 р., наведені Л.А. Бокерія, М.М. Каабак, Р.А. Мовсесян зі співавт., 1997).

Залежність кількості пересадок від прийнятої в країні юридичної концепції правомірності вилучення органів і тканин для трансплантації

Країна	Кількість пересадок нирки від трупів (на 1 млн. населення, в рік)	Кількість загиблих в ДТП (на 1 млн. населення, в рік)	Юридична концепція презумпції згоди (ПЗ)
Австрія	40,2	205	пз
Іспанія	38,0	230	пз
Португалія	35,6	310	
Бельгія	34,9	202	пз
США	30,6	177	
Данія	30,4	124	
Франція	30,3	200	пз
Німеччина	29,3	130	
Нова Зеландія	28,8	215	
Швейцарія	28,8	140	
Нідерланди	28,5	92	
Фінляндія	28,5	130	пз
Англія	28,2	94	
Швеція	26,9	91	
Норвегія	25,2	79	пз

Австралія	23,3	136	
Канада	22,6	148	

Отже, прослідковується відсутність значного впливу презумпції згоди або презумпції незгоди на кількість донорів для трансплантації. В той же час, з погляду реалізації прав людини, з позицій системного медико-правового сприйняття трансплантології, саме презумпція незгоди дозволяє:

- якісніше здійснювати захист прав і законних інтересів громадян при наданні медичної допомоги;
- створити умови для надання виняткового права особі або її родичам на визначення долі свого фізичного тіла;
- забезпечити охорону тілесної недоторканності після смерті людини;
- знизити потенційну можливість криміналізації цієї галузі медицини;
- підсилити віру людини в гідне відношення до її тіла після смерті.

Трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів людини з використанням живих донорів. Донорство живих людей поставило перед суспільством велику кількість соціальних, етичних і правових проблем. У даному випадку відбувається втручання в сферу прав, що охороняються, і свобод відразу двох людей - донора і реципієнта¹. Це в першу чергу стосується їх права на життя - основного з людських прав. Міжнародний пакт про цивільні і політичні права 1966 року, будучи складовою частиною хартії прав людини (міжнародного білля про права), визначає невід'ємність права на життя і його охорону за допомогою закону. Актуальність і обґрунтованість розгляду трансплантації з донорством живих людей у ракурсі медичного права не викликає сумнівів. Ключовий чинник, що вимагає розуміння як медиками, так і юристами, що вивчають медичне право, нанесення шкоди донору - людині, яка не має потреби в медичній допомозі.

Право особи на фізичну (тілесну) недоторканність.

Право на фізичну (тілесну) недоторканність є варіантом права на свободу і особисту недоторканність. Конституція України - закон, що має вищу юридичну силу, в статті 29 передбачає, що кожен має право на свободу і особисту недоторканність. Характерною особливістю трансплантації з донорством живих осіб є зміст оперативного втручання, при якому виокремлюються інтереси двох людей, — донора і реципієнта. В такому разі донор, по суті, надає можливість медичному персоналу здійснити втручання в свій організм, тим самим порушуючи тілесну цілісність. Це втручання спрямоване не на власне лікування. Тому тут мова йде про нанесення шкоди здоров'ю людині. Беручи до уваги, що донорами є люди, що мають життєздатний пересаджуваний орган, - шкоди завдається потенційно здоровій людині. В зв'язку з цим свої законні права на життя і фізичну недоторканність індивід передає лікарям. Рівень сучасної медицини не дозволяє, на жаль, максимально точно прогнозувати результат оперативного втручання для донора.

Тому основними умовами, наявність яких обов'язкова при донорстві живих людей, є добровільна інформована згода донора у поєднанні з достатнім рівнем фізичного і психічного здоров'я. При дотриманні цих параметрів можна констатувати, що при трансплантації враховані права донора на життя і фізичну (тілесну) недоторканність. У реципієнта при цьому виді трансплантації також певною мірою порушується право на тілесну недоторканність. Проте тут мова йде про втручання, спрямоване на благо хворої людини, і метою операції є її одужання. Формально і тут тілесна оболонка реципієнта порушується, але для надання цьому законності достатньо інформованої згоди хворого. Враховуючи необхідність пересадки і велику значущість її для життя і здоров'я реципієнта, механізм отримання права на втручання в його фізичну (тілесну) оболонку є доступнішим, ніж у випадку з донором. Право донора і реципієнта на отримання певних гарантій у зв'язку з майбутнім оперативним втручанням.

Право на отримання гарантій при трансплантації обґрунтоване завдяки високому ступеню ризику, яким піддаються донор і реципієнт при такому складному оперативному втручанні, яким є трансплантація. Проникнення в тілесну оболонку індивіда, зачіпання його основних прав і свобод мають бути належним чином компенсовані системою гарантій, які надаються суб'єктам трансплантації перед операцією. Надає вказані гарантії медична установа, в якій виконується трансплантація. Безпосередньо тягар відповідальності по забезпеченню передбачених гарантій лягає на хірургічну бригаду, що здійснює пересадку. В зв'язку з цим набуває особливої важливості розробка медико-правових стандартів¹, що стосуються виконання трансплантації. Медико-правовий стандарт трансплантації органів або тканин - це система правової оцінки результатів оперативного втручання, що базується на сучасних досягненнях медичної науки та включає особливості стану здоров'я суб'єктів пересадки до операції, технічні складнощі виконання, співвідношення запланованих і отриманих результатів трансплантації.

Насправді важко визначити - успіх або невдача, коли хворий, за всіма лікарськими канонами приречений на глибоку інвалідність, після проведеної пересадки нирки прожив 8 років, маючи можливість вести відносно повноцінний спосіб життя. Тоді як донор, що пожертвував близькому родичеві нирку, після трансплантації визнаний інвалідом I групи.

Гарантії, які надаються донору, повинні включати:

- попереднє всебічне комплексне медичне обстеження;
- вилучення тільки заздалегідь визначеного певного парного органу, частини органу або тканини;
- відсутність значної шкоди здоров'ю після вилучення з організму трансплантанта;
- пересадка органу або тканини попередньо визначеному конкретному реципієнтові;
- диспансерне динамічне спостереження після трансплантації.

Крім того, згідно розділу VI Закону "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" донор має право на певні заходи соціального характеру:

1. особа, яка дала згоду стати донором, до взяття гомотрансплантанта має право відмовитися відданої нею раніше на це згоди;
2. на випадок смерті, зараження його інфекційною хворобою, виникнення у нього інших хвороб чи розладів здоров'я у зв'язку з виконанням ним донорської функції він підлягає обов'язковому державному страхуванню в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
3. донору в порядку, встановленому законом України, відшкодовується шкода, заподіяна ушкодженням здоров'я у зв'язку з виконанням ним донорської функції з урахуванням додаткових витрат на лікування, посилене харчування та інші заходи, спрямовані на його соціально-трудова та професійну реабілітацію;
4. інвалідність донора, що настала у зв'язку з виконанням ним донорської функції, прирівнюється до інвалідності внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання;
5. у разі смерті донора, що настала внаслідок виконання ним донорської функції, членам сім'ї померлого, які були на його утриманні, призначається пенсія у зв'язку з втратою годувальника.

Реципієнтові, як особі, що звернулася за медичною допомогою, набагато важче, напевно, практично неможливо, гарантувати сприятливий прогноз його захворювання. В зв'язку з цим особливої значущості набувають гарантії, які дійсно реципієнт має право отримати від лікувальної установи. Йдеться про:

— попереднє всебічне комплексне медичне обстеження;

— недопущення зараження від донора системними або інфекційними захворюваннями (СНІД, гепатит В та ін.);

— забезпечення спеціалізованою медичною допомогою в ранній після операції період;

— диспансерне динамічне спостереження протягом тривалого часу після трансплантації.

Таким чином, гуманність і альтруїзм донора, що рятує здоров'я, а часто і життя іншої людини, повинні бути по можливості адекватно компенсовані у вигляді вищезгаданих гарантій, що надаються. Реципієнту, що надав право на медичне втручання лікарям, також повинні надаватися певні гарантії, що сприятиме підвищенню упевненості пацієнта в сприятливому результаті операції. Узагальнюючи, слід сказати що всі вищезгадані заходи сприятимуть більшому ступеню враженості реалізації прав як донора, так і реципієнта, свідчитимуть про урахування їх прав і законних інтересів при здійсненні пересадки.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Назвіть і охарактеризуйте загальні принципи правового регулювання пересадки органів та інших анатомічних матеріалів людини.

Які нормативні документи складають нормативно-правову базу трансплантології в Україні?

Проаналізуйте Основи законодавства України про охорону здоров'я громадян у рамках питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини.

Назвіть умови і порядок трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини.

Назвіть умови, необхідні для вилучення органів та інших анатомічних матеріалів у живого донора для трансплантації.

Охарактеризуйте посмертне донорство.

Дайте визначення смерті мозку та назвіть порядок його констатації.

Назвіть завдання і функції Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин.

Проаналізуйте основні проблеми і шляхи їх вирішення у сфері донорства.

Охарактеризуйте гарантії донора і реципієнта при трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини з використанням живих донорів.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. - М.: Книга-сервис, 2002. - С. 82-88.

Тирских А. А. Правовой аспект изъятия органов и тканей для трансплантации // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 158-159.

Горелик И.И. Правовые аспекты пересадки органов и тканей. - Минск.: Высшая школа, 1971. - 89 с.

Кобяков Д.П. Правовые проблемы трансплантологии: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М., 2000. - 27 с.

Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие. М.: БЕК, 1995. - С. 76-92.

Маргацкая Н.А. Гражданско-правовые проблемы донорства и трансплантации: Автореф. дис.... канд. юрид. наук. - М., 1984. - 24 с.

Мельникова Л.С., Абрамидзе С.Е., Сахар Т.В. Проблемы правового регулирования вопросов органного донорства // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 28-29.

Павлова М. Общие проблемы правового регулирования деятельности по трансплантологии // Кодекс info. - 2001. - № 6. - С. 36-49.

Ривный П. Биобизнес или биоугроза? Аргументы и факты в Украине. - 2007. - № 31. - С. 29.

Сальников В.П., Кузнецов З.В., Старовойтова О.З. Правовая танатология. Научное издание. - СПб.: Университет, 2002. - С. 86-107.

Сальников В.П., Стеценко С.Г. Общие принципы правового регулирования трансплантации органов и тканей человека // Юрист. - 2000. - № 6. - С. 38-40.

Сальников В.П., Стеценко С.Г. Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования. Научное издание. Серия: "Право и медицина". - СПб.: Университет, 2000. - 140 с.

Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. - М.: Грантъ, 2001. - С. 161-174.

Степанова Е.Н. Социологическая оценка правового регулирования органного донорства для трансплантации в России // Вестник Московского университета. Сер. 18. Социология и политология. - 2002. - №4. - С. 174-178.

Стеценко С.Г. Трансплантология: юридические проблемы // Законность. - 2004. - № 11. - С. 44-46.

Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 407-442.

Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 102-135.

Стеценко С.Г. Регламентация донорства как фактор правового регулирования трансплантации органов и тканей человека // Медицинское право и этика. - 2000. - № 2. - С. 44- 53.

Стеценко С.Г. Трансплантация органов и тканей человека (теоретико-правовой аспект). Автореф. дис. канд. юрид. наук. - СПб., 1998. -22 с.

Тихонова С.С. Прижизненное и посмертное донорство в Российской Федерации: Вопросы уголовно-правового регулирования. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. - 321 с.

Глава 14. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

§ 1. Загальні питання юридичного забезпечення психіатрії.

§ 2. Види і порядок надання психіатричної допомоги.

§ 1. Загальні питання юридичного забезпечення психіатрії

Психіатрія належить до тих напрямів медичної діяльності, які найбільш актуальні з позицій правового регулювання. Історія нашої країни є переконливим доказом того, як недостатня увага до проблем юридичного забезпечення психіатричної медичної допомоги в поєднанні з девальвацією правового статусу людини здатне негативно відобразитися як на самій психіатрії, так і на тих, хто пов'язаний з наданням психіатричної медичної допомоги. У той же час прагнення України до соціально-економічних і політичних перетворень сприяло також посиленню уваги до забезпечення і захисту прав пацієнтів взагалі та у сфері психіатрії зокрема. Проте кризові явища в економіці, які супроводжували ці перетворення, негативно позначилися на певній частині населення, що призвело до збільшення кількості відхилень у стані психічного здоров'я населення.

Взаємовідносини психіатрії і права пояснюються багатьма обставинами, основними з яких є:

Тривале використання методів психіатрії у немедичних, політичних цілях. Як приклад такого використання можна навести боротьбу з інакодумством в СРСР, коли особи, у яких громадянська позиція відрізнялася від загальноприйнятої, могли бути поміщені до психіатричних установ з надуманими діагнозами не існуючих у них захворювань.

Закритість психіатричних установ, що обумовлює значний ступінь обмеження свободи в осіб, що знаходяться у психіатричних стаціонарах.

Зміна особистих якостей людини у зв'язку з виникненням психічного захворювання. Такі люди нерідко втрачають можливість усвідомлювати себе в суспільстві, вільно ухвалювати адекватні рішення. Одна з найважливіших обставин полягає у тому, що психічно хворі люди нерідко самі не усвідомлюють наявності у них захворювання.

Необхідність адекватного соціально-правового захисту осіб, які страждають психічними захворюваннями. Істотна зміна соціального статусу таких осіб обумовлює необхідність проведення заходів, спрямованих на максимально можливу їх адаптацію до умов навколишнього світу.

В даний час нормативно-правову базу психіатрії України складають:

— Конституція України (ст. 49);

— Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року;

— Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 року;

— Закон України "Про психіатричну допомогу" від 22 лютого 2000 р.;

— Закон України "Про інформацію" від 2 жовтня 1992 р.;

— Рішення Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України "Про інформацію" та ст. 12 Закону України "Про прокуратуру" (справа К. Устименка) від 30 жовтня 1997 року) // Офіційний вісник України. -1997.- №> 46.-С. 126.

— Наказ МОЗ України "Про затвердження Інструкції про проведення обов'язкових попередніх і періодичних психіатричних оглядів" від 01.02.2002 р.:

— Наказ МОЗ України "Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи" від 08.10.2001 р.;

— Наказ МОЗ України "Про затвердження Порядку про застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, які хворіють на психічні розлади і вчинили суспільно небезпечні діяння, у психіатричній лікарні із суворим наглядом" від 08.10.2001 р.;

— Наказ МВС України і МОЗ України "Про затвердження Інструкції про порядок організації охорони приміщень і територій відділень судово-психіатричної експертизи та режиму тримання осіб, які перебувають під вартою і направлені на судово-психіатричну експертизу" від 04.11.1996 р.

З метою дотримання прав людини у сфері охорони психічного здоров'я розроблено фундаментальні принципи, які сформульовані у вигляді основних прав Всесвітньою федерацією психічного здоров'я і Гарвардським Центром Співробітництва у сфері законодавства про охорону здоров'я, що діє під егідою ВООЗ. Права-принципи є невідчужуваними, повинні включатись у законодавство і дотримуватись на практиці в усьому світі незалежно від політичних систем, культурних традицій чи інших особливостей окремих держав. Серед них визначено:

1. Право на гуманне, таке, що спрямоване на повагу до гідності людини, поводження і професійно організоване обслуговування;
2. Добровільність госпіталізації;
3. Право особи, яку госпіталізують, на всебічний і безпристрасний судовий розгляд питання про госпіталізацію;
4. Умови утримання госпіталізованих, що не обмежують права таких осіб, зокрема їх право на вільне спілкування;
5. Заборона дискримінації лише на основі поставленого особі діагнозу психічного захворювання.

Принципи надання психіатричної допомоги. Психіатрична допомога повинна надаватись на підставі таких організаційно-правових принципів:

Законності, що полягає у вимозі дотримання положень нормативних правових актів при наданні психіатричної допомоги. Особливо це актуально в повсякденній діяльності медичних працівників психіатричних лікарень, оскільки саме тоді самі хворі і їх права найуразливіші і можуть бути обмежені і применшені.

Гуманності, що проявляється двояко: з одного боку, це гуманність щодо самих осіб, які страждають на психічне захворювання, а з іншого - захист здорових громадян від суспільно небезпечних дій і посягань з боку осіб, які страждають на психічне захворювання.

Дотримання прав людини і громадянина. Розуміння цього принципу - надання психіатричної допомоги - полягає у прагненні максимально зрівняти правовий статус психічно хворої людини і статус хворого соматичним захворюванням, захисті прав, свобод і законних інтересів, які страждають на психічні розлади. У контексті цього принципу розглядаємо презумпцію психічного здоров'я, тобто кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та у порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України.

Доступності, що полягає у державних гарантіях безоплатного надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

Необхідності і достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями відповідно до сучасного рівня наукових знань. Цей принцип полягає у державних гарантіях фінансування психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги, надання у державних та комунальних психіатричних закладах безоплатної діагностичної, консультативної, лікувальної, реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах. Окрім цього, передбачається надання психіатричної допомоги в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку особи та інших осіб, при додержанні прав і законних інтересів особи, якій надається психіатрична допомога.

Добровільності, яка є базовим принципом надання цього виду допомоги, ключовою ознакою правового регулювання. У Законі України "Про психіатричну допомогу" усі види психіатричної допомоги (психіатричний огляд, амбулаторна психіатрична допомога, госпіталізація) надаються лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років - на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - на прохання або за згодою її опікуна. Проголошення добровільності звернення за психіатричною допомогою можна назвати революційним кроком вітчизняного законодавця. Це - істотний заслін можливим спробам недобровільної госпіталізації осіб не за медичними показаннями, а, наприклад, за політичними переконаннями чи якимось іншими ознаками. Обмеженнями з принципу добровільності, тобто, коли будь-який вид психіатричної допомоги може бути наданий без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника, є такі:

— коли особа вчиняє чи виявляє реальний намір вчинити дії, що становлять безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих;

— коли особа неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

За наявності таких умов особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до психіатричного закладу без її згоди або без згоди її законного представника до ухвали суду, якщо її обстеження або лікування можливі тільки в стаціонарних умовах, а психічний розлад є тяжким (ст. 14, 16 Закону України "Про психіатричну допомогу").

Позитивним наслідком правових положень нормативної бази психіатрії є те, що законодавець поставив надійний заслін одному з ключових чинників немедичного використання психіатрії — діагностиці психічних розладів. Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загальноновизнаних міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих МОЗ України для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватись на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я. Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені МОЗ України, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб. Але, окрім цього, необхідно зазначити, що відповідно до Закону (ст. 27) виключно компетенцією лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів є встановлення діагнозу психічного захворювання, прийняття рішення про необхідність надання

психіатричної допомоги в примусовому порядку або надання висновку для розгляду питання, пов'язаного з наданням психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Розглядаючи організаційно-правові гарантії у галузі психіатрії, необхідно зазначити, що відповідно до законодавства, державою гарантуються (ст. 5 вказаного Закону України):

— фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги;

— безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

— грошову допомогу в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, - на догляд за ним у розмірі 10 відсотків прожиткового мінімуму, встановленого законом для працездатної особи;

— надання у державних та комунальних психіатричних закладах безоплатної діагностичної, консультативної, лікувальної, реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах;

— здійснення всіх видів експертизи психічного стану особи;

— захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;

— вирішення в установленому законом порядку питань опіки та піклування щодо осіб, які страждають на психічні розлади;

— соціально-побутове влаштування інвалідів та осіб похилого віку, які страждають на психічні розлади, а також догляд за ними;

— здобуття безоплатно відповідної освіти особами, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних навчальних закладах;

— встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку.

З метою забезпечення громадян різними видами психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень:

— створюють мережу психіатричних закладів та організовують надання психіатричної допомоги гарантованого рівня;

— забезпечують належні умови для надання психіатричної допомоги та реалізації прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади;

— організовують за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання осіб, які страждають на психічні розлади;

— створюють лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади;

- організовують гуртожитки та інші місця проживання для осіб, які страждають на психічні розлади і втратили соціальний зв'язок;
- поліпшують житлові умови осіб, які страждають на психічні розлади, в установленому законодавством порядку;
- забезпечують виконання загальнодержавних та інших програм у сфері надання психіатричної допомоги та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади;
- здійснюють відповідно до законів інші заходи щодо соціального та правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади.

Законодавче забезпечення прав осіб, які страждають на психічний розлад, детально регламентовано у ст. 25 цього Закону. Ця норма чітко визначає права осіб, яким надається психіатрична допомога, а також права осіб під час перебування у психіатричному закладі. Рішення про обмеження прав осіб, яким надається психіатрична допомога, фіксуються у медичній документації із зазначенням строку його дії та може бути оскаржено до суду.

§ 2. Види і порядок надання психіатричної допомоги

Сучасне законодавство виділяє декілька видів психіатричної допомоги, кожний з яких характеризується організаційно-правовими особливостями і відмінностями у порядку надання.

Необхідно розрізнити такі види психіатричної допомоги:

Психіатричний огляд.

Амбулаторна психіатрична допомога.

Стаціонарна психіатрична допомога.

Психіатричний огляд - це вид психіатричної допомоги, що проводиться з метою з'ясування: наявності чи відсутності в особі психічного розладу, потреби в наданні їй психіатричної допомоги, а також для вирішення питання про вид такої допомоги та порядок її надання.

Лікар-психіатр перед проведенням психіатричного огляду зобов'язаний відрекомендуватись особі, яка підлягає огляду, або її законному представнику як лікар-психіатр, назвати своє прізвище, місце роботи та викласти мету огляду. Дані психіатричного огляду з висновком про стан психічного здоров'я особи, а також причини звернення до лікаря-психіатра та медичні рекомендації фіксуються у медичній документації.

Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років - на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Необхідно пам'ятати, що лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надається психіатрична допомога, з урахуванням її психічного стану, у доступній формі інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювання, про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та передбачені цим Законом можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги. Право на одержання зазначеної інформації щодо неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, мають їх законні представники.

Психіатричний огляд особи може бути проведено без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника в випадках, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

— вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що становлять безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих;

— неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність;

— завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги.

Рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром за заявою, яка містить відомості, що дають достатні підстави для такого огляду. Із заявою можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному огляду, лікар, який має будь-яку медичну спеціальність, інші особи. Заява про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність психіатричного огляду і вказують на відмову особи чи її законного представника від звернення до лікаря-психіатра. Лікар-психіатр має право робити запит щодо надання йому додаткових медичних та інших відомостей, необхідних для прийняття відповідного рішення.

У невідкладних випадках, коли за одержаними відомостями, що дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона: вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих,

неспроможна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, заява про психіатричний огляд особи може бути усною. У цих випадках рішення про проведення психіатричного огляду особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника приймається лікарем-психіатром самостійно і психіатричний огляд проводиться ним негайно.

У випадках, коли відсутні дані, що свідчать про наявність підстав для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, заява повинна бути подана у письмовій формі та містити відомості, що обґрунтовують необхідність проведення такого огляду. У разі встановлення обґрунтованості заяви про психіатричний огляд особи без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника лікар-психіатр направляє до суду за місцем проживання цієї особи заяву про проведення психіатричного огляду особи в примусовому порядку. До заяви додається висновок лікаря-психіатра, який містить обґрунтування про необхідність проведення такого огляду, та інші матеріали. Психіатричний огляд особи проводиться лікарем-психіатром у примусовому порядку за рішенням суду.

Амбулаторна психіатрична допомога — це психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених Законом України "Про психіатричну допомогу" та іншими законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, в амбулаторних умовах.

Амбулаторна психіатрична допомога, як і попередній вид допомоги, надається лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років — на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога неповнолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду.

Варто зазначити, що амбулаторна психіатрична допомога може надаватися також і без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника у разі встановлення у неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги. Амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника надається лікарем-психіатром в примусовому порядку за рішенням суду за місцем проживання особи.

Особа, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, повинна оглядатися лікарем-психіатром не рідше одного разу на місяць, а комісією лікарів-психіатрів — не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про продовження чи припинення надання їй такої допомоги.

У разі необхідності продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку понад 6 місяців лікар-психіатр повинен надіслати до суду за місцем проживання особи заяву про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. В подальшому продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

У разі погіршення стану психічного здоров'я особи, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, та ухилення від виконання цією особою або її законним представником рішення суду про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку психіатрична допомога може надаватися стаціонарно.

Клопотання про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може направлятися до суду особою, якій надається ця допомога, або її законним представником через 3 місяці з часу ухвалення судом рішення про надання або продовження надання особі такої допомоги. Надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку припиняється за рішенням комісії лікарів-психіатрів у разі видужання особи або такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, або за рішенням суду про відмову в продовженні надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку.

Стаціонарна психіатрична допомога — це психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених Законом України "Про психіатричну допомогу" та іншими законами, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, і надається в стаціонарних умовах понад 24 години поспіль.

Поміщення особи в психіатричний стаціонар, як правило, здійснюється добровільно - на її прохання або за її усвідомленої згоди. Виключення з принципу добровільності були приведені раніше. Неповнолітній у віці до 15 років госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою його батьків або іншого законного представника. Особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного з батьків або за відсутності батьків або іншого законного представника госпіталізація неповнолітнього до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки і опікування, яке може бути оскаржене в суд. Одержана згода на госпіталізацію оформляється записом у медичній документації за підписом особи або його законного представника і лікаря-психіатра.

Важливо зазначити, що законодавство визначає необхідність надання психіатричної допомоги в найменш обмежених умовах, що забезпечують безпеку госпіталізованої особи та інших осіб, при дотриманні прав і законних інтересів особи, якій надається така допомога. Заходи фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад, при наданні їй психіатричної допомоги застосовуються за призначенням та під постійним контролем лікаря-психіатра чи іншого медичного працівника, на якого власником психіатричного закладу чи уповноваженим ним органом покладені обов'язки з надання психіатричної допомоги, і застосовуються лише в тих випадках,

формах і на той час, коли всіма іншими законними заходами неможливо запобігти діям особи, що являють собою безпосередню небезпеку для неї або інших осіб. Про форми та час застосування заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції робиться запис у медичній документації.

Якщо неповнолітній віком до 15 років та особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізовані до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників, то вони підлягають обов'язковому протягом 48 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про необхідність подальшого перебування цих осіб у психіатричному закладі та надання їм стаціонарної психіатричної допомоги. При подальшому перебуванні в психіатричному закладі ці особи підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на місяць для вирішення питання про необхідність продовження чи припинення надання їм стаціонарної психіатричної допомоги. Якщо будуть виявлені зловживання з боку законних представників неповнолітнього чи недієздатного, то власник психіатричного закладу або уповноважений ним орган повідомляє про це органи опіки та піклування за місцем проживання особи, яку було госпіталізовано.

Особа, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу за рішенням лікаря-психіатра за підставах, які передбачають примусову госпіталізацію, підлягає обов'язковому протягом 24 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною і особа не висловлює бажання залишитися у психіатричному закладі, ця особа підлягає негайній виписці. У випадках, коли госпіталізація особи до психіатричного закладу в примусовому порядку визнається доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин направляє до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку на законодавчо визначених підставах. До винесення судом рішення лікування може проводитися за рішенням лікаря-психіатра (комісії лікарів-психіатрів). Керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію особи до психіатричного закладу в примусовому порядку членів її сім'ї, інших родичів або її законного представника. У разі відсутності відомостей про наявність членів сім'ї, інших родичів або законного представника в особі, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання повідомляються органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї особи.

Професія лікаря взагалі є вельми напруженою працею, що обумовлює важливість і необхідність гарантій і пільг з боку держави. Лікарі-психіатри, зважаючи на специфіку їх праці, поза сумнівом, потребують більш вираженої уваги з боку державних органів, законодавців. Правовий статус лікаря-психіатра визначено у ст. 27 Закону України "Про психіатричну допомогу". Важливими є такі положення зазначеної норми:

а) лікар-психіатр, комісія лікарів-психіатрів мають право відмовити у наданні психіатричної допомоги у разі відсутності підстав для її надання. Відмова у наданні психіатричної допомоги із зазначенням її причин фіксується у медичній документації за підписом особи чи її законного представника та лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів;

б) лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, мають право на конфіденційність відомостей про своє місце проживання, склад сім'ї, номер домашнього телефону;

в) лікар-психіатр, інші працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, мають право на пільги, встановлені законодавством України для осіб, зайнятих на важких роботах та з шкідливими і небезпечними умовами праці.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

Назвіть обставини, які пояснюють взаємозв'язок психіатрії і права. Які документи становлять законодавче забезпечення психіатрії?

Назвіть та охарактеризуйте принципи надання психіатричної допомоги.
У чому полягає добровільність звернення за наданням психіатричної допомоги?
Охарактеризуйте державні гарантії у галузі психіатрії.
Проаналізуйте психіатричний огляд як один з видів психіатричної допомоги.
Дайте визначення та охарактеризуйте амбулаторну психіатричну допомогу.
У чому полягають організаційно-правові особливості стаціонарної психіатричної допомоги?
Проаналізуйте правовий статус лікаря-психіатра.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Апельбаум П.С. Почти революция: международная ситуация с законом о недобровольной госпитализации / Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 2. — С. 49-53.
- Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами. - М.: ФОЛИУМ, 2003. - 136 с.
- Гостин Л. Соблюдение прав человека в области оказания психиатрической помощи (основные правовые принципы) // Право и психиатрия. - М.: Юридическая литература, 1991. - 384 с.
- Дмитриева Т.Б. Альянс права и милосердия: О проблеме защиты прав человека в психиатрии. - М.: Наука, 2001. — 156 с.
- Карпачова Н.И. Состояние соблюдения и защиты прав и свобод человека в Украине: Первый ежегодный доклад Уполномоченного Верховной Рады Украины по правам человека / Пер. с укр. - Харьков: Консум, 2002. - 494 с.
- Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие. - М.: БЕК, 1995. — С. 103-116.
- Мясников Н. Современная психиатрия: тоталитарная демократия или демократический тоталитаризм? / Медицинская газета. - 2000. - 28 апр. - С. 19.
- Назаренко Г.В. Принудительные меры медицинского характера: Учебн. пособие. - М.: Дело, 2003. — 176 с.
- Право и психиатрия. - Москва: Юридическая литература, 1991.-384 с.
- Ротштейн В., Богдан М. Психически больные отстаивают свои права / Медицинская газета. - 2001. - 14 февр. — С. 13.
- Салищева Н.Г., Виноградова Л.Н. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах как гарантия исполнения закона о психиатрической помощи / Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 94-95.
- Стефанчук Р.А. Проблемы гражданско-правовой регламентации, реализации и защиты права на психическое здоровье в Украине // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 144-148.
- Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 467-484.
- Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 59-101.
- Точилова В.А. Право и этика в психиатрии / Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии (под общ. ред. О.В. Лиманкина, В.И. Крылова). СПб.: СЗПД, 1999. -С. 220-227.
- Усов Г.М., Федорова М.Ю. Правовое регулирование психиатрической помощи: Учебное пособие для вузов. - М.: Юстицинформ, 2006. - 304 с.

Глава 15. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

- § 1. Проблеми штучного запліднення і сурогатного материнства.
- § 2. Правове регулювання медичної генетики.
- § 3. Актуальні етико-правові питання клонування.

§ 1. Проблеми штучного запліднення і сурогатного материнства

Медична наука і практика за останні десятиріччя досягла значних успіхів. Одним з наочних прикладів є репродуктивні технології, що особливо бурхливо розвиваються в останні роки. Основним стимулом до такого стрімкого розвитку і поширення подібного виду технології є прагнення людей мати дітей, з

тих чи інших причин позбавлених такої можливості. Для такої категорії осіб репродуктивні технології здатні стати рятувальним колом, який дозволить відчути радість материнства (батьківства).

Реалізації державної політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї в умовах політичних і соціально-економічних перетворень також сприяють укази Президента України та постанови Кабінету Міністрів України. За період з 1991 року видано понад 100 указів та постанов, які стосувались нагальних питань охорони здоров'я населення. Серед них найвагомішими є укази Президента України "Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України" від 08.08.2000 р., "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я України" від 07.12.2000 р. В обох документах зазначається необхідність поліпшення демографічної ситуації, пріоритетність охорони здоров'я жінок та дітей.

З урахуванням несприятливої демографічної ситуації Указом Президента України від 2002 р. затверджені "Заходи щодо заохочення народжуваності", а Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 01.07.2002 р. "Про затвердження комплексних заходів щодо заохочення народжуваності на 2002 - 2007 роки" регламентований план їх реалізації. Окрім цього, Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 08.10.2004 р. була схвалена "Концепція демографічного розвитку на 2005 - 2015 роки", яка визначає, що основною метою у сфері сімейної політики та народжуваності є формування системи особистих і суспільних цінностей, орієнтованих на створення сім'ї з двома дітьми, зміцнення і підвищення її виховного потенціалу як основного осередку відтворення населення.

Репродуктивні технології - це методи терапії безплідності, при яких окремі або всі етапи зачаття і раннього розвитку ембріонів здійснюються поза організмом. Особливе значення для медичного права мають два різновиди репродуктивних технологій - штучне запліднення і сурогатне материнство.

У ст. 290 Цивільного кодексу України гарантовано право людини на донорство репродуктивних клітин і, зокрема, у п. 7 ст. 281 Цивільного кодексу України визначено право на такий його вид як штучне запліднення та перенесення зародка в організм жінки. Основи законодавства України про охорону здоров'я у ст. 48 визначають, що на прохання дієздатної жінки можуть бути застосовані методи штучного запліднення й імплантації ембріона. Умовами правомірності реалізації цих методів медичного втручання згідно законів є:

— суб'єкт реалізації права - повнолітня дієздатна жінка;

— письмова згода подружжя;

— забезпечення анонімності донора;

— збереження медичної таємниці.

Деталізує положення Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо проведення допоміжних репродуктивних технологій Наказ МОЗ України "Про затвердження Умов та порядку застосування штучного запліднення та імплантації ембріона (ембріонів) та методів їх проведення" від 4 лютого 1997 року. Відповідно до підзаконного акту, подружжя зобов'язане оформити заяву-зобов'язання, у якій додатково вказано на ті відомості, які має отримувати подружжя перед цим медичним втручанням, а саме щодо: використання дружиною призначених гормональних препаратів та інших медикаментів, проведення трансвагінальної пункції під ультразвуковим контролем з метою отримання одного або більшої кількості ооцитів у дружини, інсемінацію отриманих таким чином яйцеклітин спермою чоловіка (донора). Також інформують подружжя про утримання ембріона під контролем медичного персоналу до моменту перенесення їх дружині, про добір персоналом ембріона (ембріонів), які найбільш придатні для перенесення, а також про перенесення відібраного ембріона (ембріонів) дружині, про можливі ускладнення, що виникають при застосуванні методу, про додаткові оперативні заходи, у яких може виникнути потреба при виконанні процедур. Важливою є інформація про те, що діти, які народились шляхом екстракорпорального запліднення, можуть мати відхилення у розвитку так само часто, як і при природному заплідненні, а також те, що протягом вагітності можуть бути ускладнення, які характерні і для вагітності, яка настає природним

шляхом. Окрім цього, зазначено, що батьки зобов'язуються не пред'являти претензій до лікарів та адміністрації закладу охорони здоров'я у разі відсутності ефекту від застосування даного методу. Також майбутні батьки беруть на себе рівні права та обов'язки по відношенню до майбутньої дитини щодо її виховання і утримання, а також зобов'язання не встановлювати особу донора (при використанні сперми донора).

Важливість знань у сфері правового регулювання репродуктивних технологій для осіб, що вивчають медичне право, визначається такими обставинами:

- негативні демографічні показники в нашій державі, що характеризуються високою смертністю і низькою народжуваністю;
- нерозробленість нормативно-правового регулювання багатьох напрямів репродуктивних технологій;
- проблеми рівного доступу до програм репродукції для чоловіків і жінок;
- невирішені питання правового статусу одностатевих шлюбів;
- збільшення кількості операцій, спрямованих на зміну (корекцію) статі;
- питання правомірності використання заморожених ембріонів та їх наступного використання;
- взаємини суб'єктів репродуктивних технологій (донор, реципієнт, сурогатна мати).

У медичній літературі панує думка, що контроль з боку держави за виконанням законодавства у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, на жаль, є малоефективним, оскільки недостатнє і нестабільне фінансування заходів стримує досягнення бажаних результатів. Цю тезу можна доповнити тим, що проблема репродуктивного здоров'я криється не лише в недостатньому фінансуванні, але і в нечіткому законодавчому врегулюванні та відсутності механізмів реалізації суб'єктивних прав пацієнтів. Теоретичні розробки вітчизняних та закордонних дослідників медичного права, а також необхідність врегулювання відносин у суспільстві з приводу репродуктивного здоров'я населення стали підставою для розробки законопроектів "Про репродуктивні права та гарантії їх здійснення", "Про охорону репродуктивного здоров'я". Слід зазначити, що через слабку розробленість нормативно-правової бази застосування репродуктивних технологій при висвітленні цих питань у рамках навчальної дисципліни необхідно об'єктивно позначити існуючі проблемні питання. Завдання полягає у формуванні загального світогляду юристів і лікарів, у демонстрації позитивних і негативних аспектів того або іншого існуючого підходу в юридичній регламентації. Варто сподіватися, що особи, які вивчають медичне право зараз, у майбутньому будуть сприяти пошуку оптимальних рішень у галузі правового регулювання репродуктивних технологій.

Поряд з очевидною медичною користю репродуктивних технологій різко позначилися проблеми морально-етичного і правового обґрунтування їх проведення. Одним із проявів зазначеної тенденції стала поява терміна "репродуктивні права громадян". З погляду сучасного розвитку медико-правового напрямку репродуктивне право людини — це право самостійного ухвалення рішення щодо кількості власних дітей, інтервалів між їхнім народженням, штучного переривання вагітності в законодавчо визначені терміни, використання допоміжних репродуктивних технологій у випадках неможливості мати дітей природнім способом.

Штучне запліднення (ШЗ). Такий варіант репродуктивних технологій полягає у штучному введенні донорського матеріалу (сперми або яйцеклітини) у статеві шляхи жінки. Репродуктивна медицина розвивається швидко й інтенсивно. Лише трохи більше 20 років пройшло з дня успішно проведеного вперше в Україні запліднення жіночої яйцеклітини ін вітро (ЗІВ листопада 1984 року - Ф.В. Дахно). Перша в Україні дитина після запліднення ін вітро (ЗІВ) народилася 19 березня 1991 року. Перший киянин (хлопчик) після застосування ЗІВ народився 26 лютого 1992 року. Першою у світі дитиною "із пробірки", яка з'явилася на світ у 1978 р. у клініці Кембріджського університету, стала Луїза Браун. У

Росії вперше така дитина з'явилася в 1986 р. у Науковому центрі акушерства, гінекології і перинатології Академії медичних наук. Не всіма дослідниками на сьогоднішній день підтримується і вважається оптимальним представлено в Основах законодавства України про охорону здоров'я формулювання про право кожної дієздатної жінки на штучне запліднення й імплантацію ембріона. Важливо передбачити правові гарантії можливості здійснення тих або інших репродуктивних технологій для людей, які дійсно потребують такого втручання за медичними показаннями. Так, професор М. Малєїна щодо штучного зародження дітей зазначає, що "здатній до природного народження дітей жінці (або подружжю) ця операція не проводиться. Це не прирівнюється до відмови в наданні медичної допомоги, оскільки жінка, здатна мати дітей, здорова і не має потреби в такій допомозі. Необґрунтоване збільшення кількості подібних операцій ускладнить надання медичної допомоги в інших, дійсно необхідних випадках, і призведе до зайвої витрати сил і засобів органів охорони здоров'я. Необмежене здійснення штучного запліднення здатне певною мірою знецінити соціальне значення родини, материнства, батьківства". Справді, в цьому питанні доцільно орієнтуватися на загальномедичні критерії, відповідно до яких повинні існувати визначені показання для того або іншого медичного втручання.

Аналіз вищезазначеного Наказу дає можливість визначити такі підстави правомірності застосування цих репродуктивних методів як:

Штучне запліднення здійснюється виключно в акредитованих для цього закладах охорони здоров'я за дозволенними МОЗ методами.

Реципієнтом може бути повнолітня дієздатна жінка, вік якої не перевищує 40 років.

Письмова згода подружжя.

Використання як сперми чоловіка, так і донора. Сперма донора використовується тільки кріоконсервована і не раніше 3-х місяців після забору і повторного обстеження крові донора на СНІД. Донорами сперми можуть бути здорові чоловіки у віці 20-40 років, які відповідають чітко визначеним вимогам, зокрема: 1) пройшли повне обстеження; 2) мають фертильну сперму; 3) не є носіями ВІЛ-інфекції та вірусу гепатиту В; 4) не мали урологічних, венеричних, андрологічних і спадкових захворювань.

Згода бути донором сперми підтверджується заявою-зобов'язанням.

Врахування показань (з боку дружини, чоловіка, подружжя) для застосування методів штучного запліднення та імплантації ембріону (ембріонів) та протипоказань на використання цих методів реципієнту.

Принципами донорства таких репродуктивних клітин як сперми, яйцеклітин, ембріонів є:

1. збереження медичної таємниці, а саме забезпечується :

1.1- анонімність донора;

1.2 — конфіденційність інформації щодо проведення самої процедури запліднення. Слід зазначити, що у Наказі передбачено процедуру кодування і маркування сперми з метою забезпечення конфіденційності як донора, так і реципієнтів, але зазначено, що встановлений код заноситься в індивідуальну картку донора та в медичну картку амбулаторного хворого - реципієнта. Тоді постає питання: як забезпечити гарантований нормотворцем принцип збереження медичної таємниці у цьому контексті, оскільки не складно встановити тотожність кодів у вищезгаданих картках;

2. інформованості, тобто подружжя має право на інформацію, у тому числі медичну, про результати медико-генетичного обстеження донора, його зовнішні дані, національність (якщо для запліднення використовується сперма донора) тощо;

3. добровільності донора і реципієнта, тобто:

3.1 - до донорства залучаються чоловіки-добровольці;

3.2 - штучне запліднення проводиться на прохання жінки;

4. добору сперми для запліднення, а саме:

- 4.1- враховується побажання подружжя щодо національності донора, основних рис його зовнішності;
- 4.2 - враховується сумісність донора з реципієнткою за групою крові, резус-фактором, основні риси конституції донора.

Відповідно до ст. 155 Сімейного кодексу України здійснення батьками своїх прав та виконання обов'язків мають ґрунтуватись на повазі до прав дитини та її людської гідності. У ст. 123 Сімейного кодексу України визначено, що у разі штучного запліднення дружини, проведеного за письмовою згодою її чоловіка, він записується батьком дитини, яка народжена його дружиною. Якщо зародок, зачатий чоловіком, який перебуває у шлюбі, та іншою жінкою, імплантовано в організм його дружини, дитина вважається такою, що походить від подружжя. Оспорювання материнства у такому випадку не допускається. Не має права оспорювати батьківство особа, записана батьком дитини, якщо в момент реєстрації себе батьком дитини вона знала, що не є батьком, а також особа, яка дала згоду на штучне запліднення своєї дружини. У даному випадку не виникає сумнівів походження дитини від осіб, які записані її батьками, але її біологічні дані, зокрема генетичне походження, буде іншим. Тут вбачається негативний правовий наслідок, що може виникнути у майбутньому - при укладенні шлюбу, адже можна резюмувати такий збіг обставин, при якому майбутнє подружжя матиме спільне біологічне походження. Стаття 39 Сімейного кодексу України закріплює, що шлюб зареєстрований між особами, які є родичами прямої лінії споріднення, а також між рідними братом і сестрою є недійсним. Анулювання актового запису провадиться за заявою заінтересованої особи. Цікаво, хто ж тоді за таких обставин буде заінтересованою особою, якщо інформація про походження особи становитиме медичну таємницю?

Всесвітня медична асоціація прийняла в 1987 р. Положення про запліднення *in vitro* і трансплантацію ембріонів (ВМА, 1987), у якому визначено, що запліднення *in vitro* і трансплантація ембріона є медичним методом, доступним у багатьох частинах світу, для лікування безпліддя. Цей метод може бути корисним як для окремих пацієнтів, так і суспільства у цілому, не лише регулюючи безпліддя, але і сприяючи зникненню генетичних захворювань і стимулюванню фундаментальних досліджень у галузі людської репродукції і контрацепції. Відповідно до міжнародного документа з етичної і наукової точок зору медична допомога людському відтворенню виправдана у всіх випадках безпліддя, яке не піддається класичному медикаментозному чи хірургічному лікуванню. Умовами правомірності згідно вказаного стандарту є, зокрема, такі:

- 5. Імунологічна несумісність;
- 6. Непереборна перешкода для контакту чоловічої і жіночої гамет;
- 7. Безпліддя невідомого походження.

Невирішеними проблемами правового регулювання штучного запліднення на сьогодні є:

- одержання інформації про донора, що надав матеріал для ШЗ;
- права, обов'язки і відповідальність донорів і реципієнтів;
- права дітей, що народилися у результаті ШЗ, на інформацію, що стосується "біологічного" батька;
- вікові критерії для всіх учасників процедури ШЗ;
- кримінально-правові аспекти правопорушень у сфері ШЗ.

Сурогатне материнство. Це штучне запліднення яйцеклітини з наступним поміщенням ембріона в порожнину матки іншої жінки (сурогатної матері). На думку представників Української асоціації

репродуктивної медицини, сурогатне материнство - це метод лікування безпліддя, при якому ембріон, отриманий від генетичних батьків, переноситься в порожнину матки іншої жінки¹. У вітчизняному законодавстві це питання недостатньо врегульовано. Відповідно до Положення про запліднення *in vitro* і трансплантацію ембріонів (ВМА, 1987) у випадку, якщо доросла жінка не має матки, може бути використаний метод так званого замісного, чи сурогатного, материнства, якщо це не заборонено відповідними законами чи етичними правилами Національної медичної асоціації чи інших відповідних медичних організацій. У міжнародному стандарті закріплено необхідність отримання добровільної інформованої згоди від сторін, які беруть участь у такому методі.

Основи регламентації цієї проблематики закладено у Сімейному кодексі України. Стаття 123 Кодексу передбачає, що у разі імплантації в організм іншої жінки зародка, зачатого подружжям, батьками дитини є подружжя. Материнство за таких підстав оспорюванню не підлягає (п. 2 ст. 139 Сімейного кодексу України).

Правила реєстрації актів цивільного стану в Україні, затверджені Наказом Міністерства юстиції України від 18 жовтня 2000 р. (далі - Правила), містять положення, відповідно до якого реєстрація народження дитини провадиться з одночасним визначенням її походження та присвоєнням прізвища, імені та по батькові. Згідно п. 2.2 Правил реєстрація народження дитини жінкою (донором), провадиться за заявою подружжя, яке дало згоду на її запліднення. У цьому випадку одночасно з документом, що підтверджує факт народження дитини цією жінкою, подається засвідчена нотаріусом письмова згода жінки (донора) на запис подружжя батьками дитини. При цьому в графі "Для відміток" робиться відповідний запис: "Матір'ю дитини згідно з медичним свідоцтвом про народження є громадянка (прізвище, ім'я, по батькові)".

Аналіз цих законодавчих положень свідчить про певну колізію: з однієї законодавчої позиції (Сімейного кодексу України) діє презумпція батьківства подружжя, з іншої (Правила) - спостерігається чітко виражений законодавчий захист сурогатної матері і діє презумпція її материнства. Незважаючи на загальнотеоретичні засади вирішення правових колізій (закон має більшу юридичну силу, ніж підзаконний акт), проблема все ж існує. Справді біологічним батькам, що надали ембріон для наступного поміщення у матку сурогатної матері, вкрай важко довести права на народжену дитину, з огляду на норми чинного законодавства та незначну практику використання цього медичного методу.

Вперше сурогатне материнство в Україні як метод лікування було використано у 1993 р., коли бабуся виносила свого онука, оскільки у її доньки була відсутня матка¹. Цікавим є досвід США в правовому регулюванні сурогатного материнства. Про морально-етичні та юридичні ускладнення, що виникають, свідчить судова справа, що мала місце в 1987-1988 р. Незважаючи на укладений контракт, сурогатна мати Мері Уайтхед відмовилася віддати дитину подружжю Стернам (яйцеклітина належала Елізабет Стерн, а сперма - її чоловіку Вільяму Стерну). Перша судова інстанція позбавила М. Уайтхед материнства і передала батьківські права Стернам. Однак після 10 місяців Верховний суд штату Нью-Джерсі вирішив цю справу по-іншому: зберіг права Стернів на опікунство і наділив М. Уайтхед правами матері-візитера. Особливо варто підкреслити, що остаточним рішенням суду контракт із приводу сурогатного материнства був визнаний недійсним як такий, що суперечить законові та принижує людську гідність жінки.

Особлива увага повинна приділятися договірним відносинам у сфері сурогатного материнства. Оскільки у договорі максимально повно можна визначити усі питання, які пов'язані з цією репродуктивною технологією, але, звичайно, з дотриманням норм чинного законодавства. Найбільш оптимальним буде договір, сторонами якого є: 1) подружжя, яке бажає мати дитину; 2) сурогатна мати, яка виношує дитину; 3) лікувально-профілактичний заклад, який здійснює операцію щодо імплантації ембріона. Доцільно в такому договорі передбачити вирішення таких питань: правовий статус сторін та їх відповідальність за договором; форми компенсації сурогатній матері за використання у процедурі даної репродуктивної технології; особливості утримання сурогатної матері в до- і післяпологовому періоді; взаємини сторін після народження дитини і її передачі біологічним батькам та інше.

§ 2. Правове регулювання медичної генетики

Досягнення медичної генетики поставили перед фахівцями у сфері юридичної регламентації медичної діяльності велику кількість проблемних питань. Очевидно, що за рахунок результатів, що були отримані в галузі медичної генетики, з'являється реальна можливість медичного втручання в генетичний апарат людини з метою лікування захворювань, що раніше не піддавались терапії захворювань. Відмінною рисою генетичних методів медичного втручання від звичайних варіантів є те, що на генетичному рівні виявляють першопричину хвороби і впливають на дефект, що її викликав. Серед методів медичної генетики, важливих у медико-правовому відношенні, необхідно виокремити дородову діагностику спадкових захворювань і генну терапію.

Важливість вивчення правових особливостей медичної генетики в ракурсі медичного права зумовлюється такими ключовими обставинами:

- можливість за рахунок медичної генетики впливати на спадковість людини;
- небезпека відродження євгенічних програм, спрямованих на поліпшення властивостей людини;
- вплив генетичної інформації не тільки на людину, але і на її сім'ю, рідних і близьких;
- вплив дородової діагностики спадкових захворювань на рішення матері про збереження вагітності або її переривання;
- передача спадкових захворювань нащадкам;
- проблеми рівного доступу до програм генетичної діагностики і терапії.

Нормативно-правова база медичної генетики складається переважно з підзаконних нормативно-правових актів, зокрема Постанови Кабінету Міністрів України "Про утворення Українського науково-дослідного інституту медичної генетики у м. Києві" від 2 липня 1999 року, Розпорядження Кабінету Міністрів України "Заходи щодо подальшого поліпшення медико-генетичної допомоги населенню на 2004-2008 роки" тощо.

Генна терапія (генотерапія) - це сукупність генно-інженерних (біотехнологічних) і медичних методів, спрямованих на внесення змін у генетичний апарат соматичних клітин людини з метою лікування захворювань. Найбільш популярними є методи генної терапії в лікуванні спадкових захворювань. Незважаючи на те що генна терапія як методи впливу на пошкоджені органи і тканини людини на теоретичному рівні досить розроблені, на практиці вони здебільшого залишаються у стадії медичних експериментів. Основний недолік медичних аспектів генної терапії, - безпека пацієнтів. Як негативний приклад використання генної терапії можна навести смерть у 1999 р. 18-річного пацієнта в клініці Пенсильванського університету, що настала через кілька днів після введення в організм речовини, що впливає на генетичному рівні на ферменти печінки. Розслідуванням цього випадку зайнялися два федеральних агентства охорони здоров'я США, а також ряд університетів і компаній. За результатами досліджень, реакція пацієнта на введену речовину була незвичайною і могла бути зумовлена або невстановленими генетичними особливостями хворого, або паравірусною інфекцією.

Стимулюючим фактором розвитку генетичного напрямку в медицині є євгенічні течії, інтерес до яких періодично зростає у різних країнах. Євгеніка (від грец. "eugenes" - гарного виду) - вчення про спадкове здоров'я та способи його збереження і поліпшення. Уперше цей термін був запропонований у другій половині XIX ст. Ф. Гальтоном. Євгенічні ідеї швидко поширились в понад 30 країнах, у тому числі США, Німеччині, Данії, Швеції і набули форм жорстких законів про примусову стерилізацію осіб, які народили дітей з епілепсією, олігофренією, шизофренією та іншими захворюваннями. Тільки у США в період із 1907 по 1960 роки було насильно стерилізовано понад 100 тис. осіб. Особливої актуальності євгеніка набула у фашистській Німеччині, де в 1935 р. був прийнятий закон "Про захист нащадків від генетичних захворювань". Наслідком дії цього закону була заборона укладення шлюбів

між людьми, що мають певні захворювання, а також насильницька стерилізація, якій піддавалася певна частина населення. Концепція "расової гігієни", що проголошувала перевагу німецької вищої раси, багато в чому базувалася на принципах еugenіки. Тим самим позитивні ідеї про поліпшення спадкового здоров'я людини, покладені в основу еugenіки, були дискредитовані нелюдським способом. У Німеччині за перший рік нацистської еugenічної програми було стерилізовано приблизно 80 тис. осіб.

В Україні розвиток медичної генетики законодавчо підтримано розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 року, яким затверджено заходи щодо подальшого поліпшення медико-генетичної допомоги населенню на 2004-2008 роки.

Незважаючи на сьогоднішній стан багатьох напрямів медичної генетики в стадії медичного експерименту, є надія на їхнє поступове удосконалення і більше впровадження у повсякденну медичну практику.

Генна терапія припускає розробку безпечних і високотехнологічних способів введення у клітини людини відсутніх генів або заміну дефектних генів. Розроблено підходи для корекції молекулярних порушень як методами генної інженерії, так і шляхом відновлення структури і функцій ушкоджених біологічних мембран при імунодефіцитах, захворюваннях печінки, нервової системи.

Міжнародно-правовим стандартом у цій сфері є Положення про генетичне консультування та генну інженерію, прийняту Всесвітньою медичною асамблеєю в Мадриді в 1987 році. Для вирішення наукових та естетичних питань розвитку генетики ВМА визначила дві основні сфери генетичної діагностики:

Дослідження перед зачаттям дитини майбутніх батьків щодо генетичних захворювань для оцінки ймовірності зачаття хворої дитини;

Внутрішньоутробні дослідження після зачаття для визначення стану плода.

Обов'язком лікаря, який провів генетичне діагностування, є попередження батьків щодо майбутнього стану здоров'я дитини та прийняття ними свідомого рішення про народження. Виявлення генетичного дефекту плода для батьків є підставою вимагати штучного переривання вагітності, а лікарю - за власними моральними переконаннями рекомендувати за чи проти використання методів стерилізації, контрацепції, переривання вагітності чи надавати інше консультування щодо генетичних проблем подружжя.

Лікар, який вважає, що контрацепція, стерилізація, переривання вагітності не сумісні з його моральними цінностями і совістю, має право не надавати генетичних послуг. Однак за певних обставин лікар все одно зобов'язаний попередити майбутніх батьків про існування генетичних проблем і скерувати пацієнта за медичною генетичною консультацією до кваліфікованого фахівця.

§ 3. Актуальні етико-правові питання клонування

Приступаючи до розгляду проблем правового регулювання клонування, необхідно зауважити, що сама процедура клонування стала доступною людству зовсім недавно. Якщо розглядати клонування живих істот, то першим позитивним досвідом було клонування ягняти Доллі в 1997 р., проведене в Шотландії. Це насправді революційне відкриття сприяло численним дискусіям щодо необхідності (непотрібності), користі (небезпеки) клонування взагалі і клонування людини зокрема. Більшість учених, політиків, лікарів, юристів, філософів як в Україні, так і за кордоном схилиються до думки, що клонування як метод вирощування тканин, органів людини, як засіб поліпшення певних властивостей тварин - це користь, у той час як клонування людини повинно бути заборонено.

Науково-технічний прогрес втілює у життя практичну можливість клонування. У залежності від мети виробництва клону розрізняють клонування, що спрямоване на відтворення людської істоти, як способу розмноження (репродуктивне клонування) і клонування для медичних цілей (терапевтичне

клонування), наприклад, з метою регенерації органів тієї ж людини чи виробництва медичних препаратів. Заборона клонування людини поступово отримує все більше розповсюдження у різних країнах світу і на міжнародному рівні.

Заборона клонування забезпечується на регіональному рівні у міжнародному праві, у праві Європейського Союзу і на рівні національного законодавства окремих держав. Єдиним міжнародним актом у Європі, що забороняє клонування людини, є Додатковий протокол про заборону клонування людини 1998 року до Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину 1996 р., який закріплює, що будь-яке втручання, яке має за мету створення людської істоти, генетично ідентичної іншій людській істоті, живій або померлій, забороняється. Під генетичною ідентичністю іншої людської істоти в рамках протоколу розуміють той самий набір генів клітинного ядра.

У праві Європейського Союзу заборона клонування визначена дещо по-іншому. Хартія ЄС про основні права 2000 р. розмежовує репродуктивне і терапевтичне клонування і не забороняє останнє. Федеральний закон ФРН про захист ембріонів 1990 р. називає злочином створення ембріона генетично ідентичного іншому ембріону, що походить від живої чи мертвої особи. Аналогічне законодавство має Італія, Данія, Франція, Нідерланди тощо. У Швейцарії заборону клонування піднесено до конституційного рівня у п. "а" ч. 2 ст. 119 Конституції 1999 року записано, що всі види клонування і втручання у спадковий матеріал людських гамет й ембріонів не допускаються. Державна Дума Російської Федерації у 2002 році прийняла спеціальний нормативно-правовий акт, яким ввела заборону клонування - Закон Російської Федерації "Про тимчасову заборону на клонування людини". У США президент своїм указом заборонив фінансування з бюджету дослідження у галузі клонування людини. В Англії ще з 1990 р. існує офіційна заборона на досліди, що полягають у злитті ядер людського ембріона з ядрами клітин іншої людини (по суті, ця процедура дуже близька до клонування).

Фахівці, що досліджують проблеми генної інженерії, зокрема клонування, підкреслюють необхідність терапевтичного клонування і створення нової величезної 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), зазначив, 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. По суті, як зазначає вчений, мова йде про створення нової величезної галузі сучасної клінічної медицини. На думку директора Міжнародного генетичного центру

Н. Горюченко, процес клонування у природі відбувається лише при народженні однайцевих близнюків, а коли йдеться про людину, краще говорити тільки про перспективу терапевтичного клонування, зокрема з метою вирощення органів для заміни уражених хворобою, які відповідатимуть і біологічно, і генетично реципієнту, запобігаючи процесу відторгнення. Але, як зазначає науковець, це не має нічого спільного з репродуктивним клонуванням.

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. Здається, що законодавча прогалина з приводу регламентування проблеми, яка набуває широкого резонансу в науці і практиці, у нашій державі поступово заповнюється. Але, на нашу думку, цей Закон, що складається лише з п'яти статей, є, по суті, лише першим кроком у регламентації цього питання. Як бачимо, законодавча позиція полягає у розмежуванні терапевтичного і репродуктивного клонування і, звичайно, погоджуємось з тим, що забороняється останнє. На нашу думку, буде доцільно вводити терапевтичне клонування на теренах України поетапно, тобто, спочатку на певний (визначений не часовими рамками, а готовністю

суспільства і держави до цього процесу) період, щоб запобігти зловживанням, науковим прорахункам, порушенням етичних і моральних принципів, не допускати цього процесу. Лише згодом, з прийняттям належної законодавчої бази, створенням усіх необхідних органів (наприклад, етико-правового комітету, до складу якого входили б незалежні експерти), які забезпечували б цей процес шляхом розроблення і виконання державних програм з вивчення цієї проблеми, аналізу наукового, практичного, експериментального досвіду зарубіжних країн, враховуючи думки вчених з різних сфер життєдіяльності, а також думку громадськості, зможемо говорити про можливість і доцільність дозволу терапевтичного клонування в Україні.

Враховуючи заборону на клонування людини, усе-таки потрібно шукати шляхи теоретичних напрацювань медико-правового регулювання цього напрямку медицини і біології. Практично неможливо штучними бар'єрами припинити розвиток науки. Рано чи пізно ми зіштовхнемось з необхідністю регулювати ті або інші суспільні відносини, що виникають у зв'язку з новими відкриттями в галузі клонування. Тут необхідно прагнути до реалізації принципу "регламентації заздалегідь", коли право забезпечує межі, усередині яких розвиваються суспільні відносини, пов'язані з клонуванням.

Основними питаннями клонування людини, що потребують правового регулювання і медико-правового осмислення, є такі:

1. Право людини на створення своєї копії.
2. Права клонованої істоти.
3. Регулювання правовідносин між суб'єктами клонування людини - донором соматичної клітини, донором яйцеклітини і матір'ю, що виношує клоновану істоту.
4. Визначення критеріїв правомірності клонування людини.
5. Показання до застосування клонування.
6. Відповідальність лікувальних установ за порушення правил проведення клонування людини.

Додатковим підтвердженням тієї обставини, що правові норми, що регулюють клонування, необхідно розробляти вже зараз, є прагнення ряду провідних учених світу стати на захист можливості проведення клонування живих істот, у тому числі людини. Так, широку популярність набула Декларація у захист клонування, підписана провідними ученими світу, лауреатами багатьох, у тому числі Нобелівської, премій за успіхи в різних галузях науки. У Декларації зазначається, що вчені із занепокоєнням фіксують, що широко розповсюджуються заклики зупинити, не фінансувати або перервати дослідження з клонування. При цьому вказується, що в клонуванні вищих тварин, людини можуть виникнути моральні ускладнення, які не зможе осягнути людський розум. Однак переважаючою тенденцією є заборона на клонування людини, викликана неможливістю передбачити і прогнозувати результати клонування.

Враховуючи дебати, що точаться навколо цього питання, різні точки зору і докази щодо необхідності чи аморальності цього явища, у будь-якому випадку говоримо, що за орієнтир беремо людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, а не інтереси науки чи суспільства. Навіть православна церква, яка, в принципі, проти будь-яких втручань в ембріогенез, разом з тим допускає можливість клонування клітин, якщо це буде благом для людства. Гадаємо, що у майбутньому доцільно було б прийняти Закон України "Про терапевтичне клонування", який би врегулював ще один спеціальний метод лікування, закріпив підстави для клонування і вимоги для його проведення, права і обов'язки учасників цього методу лікування, відповідальність за порушення законодавства України, а також визначив відповідні біоетичні гарантії.

Таким чином, медичне право як наука і навчальна дисципліна на сьогоднішній день свідчить про виправданість заборони репродуктивного клонування. Однак законодавче визначення з цього

питання не повинно вважатися вирішенням усіх проблем морально-етичного і правового характеру, що висуває клонування людини. Заборона лише репродуктивного клонування і неможливість припинити дослідження у цій царині зумовлюють важливість звернення до зазначених питань у рамках медичного права.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

4. Якими обставинами визначається важливість знань у сфері правового регулювання репродуктивних технологій для осіб, що вивчають медичне право?
5. Дайте визначення репродуктивного права людини. Охарактеризуйте з погляду медичного права штучне запліднення.
6. Проаналізуйте медико-правові аспекти сурогатного материнства.
7. Чим обґрунтовується важливість вивчення правових особливостей медичної генетики в контексті медичного права?
8. Охарактеризуйте генну терапію з позицій медичного права.
9. У чому полягає суть евгеніки?
10. Проаналізуйте етико правові питання клонування.
11. Назвіть питання клонування людини, що потребують правового регулювання.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Американцы клонировали человеческий эмбрион. - Является ли он живым человеческим существом? // Медицинское право и этика. - 2002. - № 1.- С. 64-66.
2. Введение в биоэтику: Учебное пособие / Под общ. ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. - М., 1988.
3. Галлямова Ю.А., Яковлева Т.В. Правовая защита репродуктивного здоровья населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. - № 3. — С. 22-25.
4. Горовенко Н. Клонування людини - межа, яку не слід переступати ніколи // Ваше здоров'я. - 2003. - 17-23 січня.
5. Григорович Е.В. Суррогатное материнство: за и против // Юрист. - 1999. - № 4. - С. 22-25.
6. Джочка О.П. Загальнотеоретичний аспект правового регулювання репродуктивної функції // Медичне право України: проблеми становлення і розвитку: [Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції. Львів, 19-20 квітня 2007 р.] / Упоряд. к. ю. н. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. - Львів: Медицина і право, 2007. -С. 127-133.
7. Драгневич Л.Ю. Проблеми сурогатного материнства // Юриспруденція. - 2007. - № 6. - С. 6-15.
8. ЗгреччаЕ., Спаньоло А.Дж., П'єтроМ.Л.дітаін. Біоетика / Переклад з італійської В.Й. Шовкун: Підручник. - Львів: Медицина і право, 2007.
9. Калиниченко П. А. Запрет клонирования человека в европейском праве // Конституционное право: восточноевропейское обозрение. - 2002. - № 4. - С. 5-10.

10. Красицька Л. Визначення походження дитини при застосуванні форм репродуктивної медицини за законодавством України // Підприємництво, господарство і право. - 2004. - № 7. - С. 31-33.
11. Лопухин Ю.М. Этико-правовые основы проблемы стволовых клеток и "терапевтического клонирования" // Медицинская кафедра. - 2002. - № 2. - С. 6-7, 114-119.
12. Малейна М.Н. Личные неимущественные права граждан: понятие, осуществление, защита. - М.: Пресс, 2000. - С. 75-86.
13. Медичне право України: проблеми становлення і розвитку: [Матеріали 1-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції. Львів, 19-20 квітня 2007 р.] / Упоряд. к. ю. н. Сенюта І.Я., Терешко Х.Я. - Львів: Медицина і право, 2007. - 352 с.
14. Нестерова А. Суррогатная мама - контейнер или надежда? // Аргументы и факты в Украине. - 2007. - № 46. - С. 8.
15. Никитина А.Е. Правовое регулирование биомедицинских технологий. Теоретико-правовой аспект: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. СПб., 2002. - 18 с.
16. Романовский Г. Генетическая гигиена // Законность. - 2001.-№ 6.-С. 34-38.
17. Сенюта І.Я. Правове регулювання клонування в Україні // Збірник Хмельницького університету управління та права. — Хмельницький. - 2006. - Т. 1. - С. 25-29.
18. Силуянова И.В. Испытание "клонированием" или человек как подобие человека. - М.: Изд. Моск. Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998. - 78 с.
19. Старовойтова О.9. Биомедицинские технологии как предмет правового регулирования // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. М.: Юрист, 2004.-С. 210-214.
20. Стефанчук Р.О. Особисті немайнові права фізичних осіб у цивільному праві (поняття, зміст, система, особливості здійснення та захисту): Монографія / Відп. ред. Я.М. Шевченко. - Хмельницький: Вид-во ХУУП, 2007. - С. 345-361.
21. Стеценко С.Г. Искусственное прерывание беременности в контексте защиты прав человека // Юрист. - 2002. - № 5. - С. 35-36.
22. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. С. 483-502.
23. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. - М.: Международный университет, 2002. - С. 59-91.
24. Юридичні та етичні аспекти репродуктивної медицини / Юридична газета. - 2007. - № 50. - С. 6.
25. Як регламентувати сурогатне материнство / Юридична газета. - 2007. - № 35. - С. 8.

Глава 16. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРИМЕНТІВ

§ 1і. Сучасна нормативно-правова база України з питань проведення медичних (клінічних) експериментів.

§ 2. Умови правомірності проведення медичних експериментів за участю людини.

§ 1. Сучасна нормативно-правова база України з питань проведення медичних (клінічних) експериментів

Необхідність розгляду правових проблем, що виникають при проведенні медичних експериментів, у контексті медичного права пов'язана з тією обставиною, що при здійсненні експерименту безпосередньо порушуються особисті права людини - на недоторканність життя, розпорядження життям, автономія людини, її гідність. На сьогодні медицина не може обійтися без застосування експерименту для визначення оптимальних шляхів лікування і діагностики як нових, так і давно відомих захворювань. У тих випадках, коли виникає неспівпадіння інтересів між суб'єктами й об'єктом досліджень, зазвичай виникає юридичний конфлікт. У зв'язку з цим перед медичним правом постає завдання повноцінного правового регулювання всіх аспектів проведення медичних експериментів.

У пізнанні будь-якого явища значна роль відводиться термінологічній визначеності. Інтерес до правового регулювання медичного експерименту значно посилюється у вітчизняній науці в 70-х рр. ХХ ст., у зв'язку з прогресивним розвитком нових медичних технологій. Прийняття Основ законодавства України про охорону здоров'я 1992 р. внесло новації також і в регламентацію цієї проблематики.

Правові проблеми, що виникають при проведенні медико-біологічних експериментів, пов'язані з тим, що здійснення експерименту безпосередньо торкається права на життя - права на недоторканність життя, розпорядження життям, автономії людини, її гідності. Конституція України закріплює у ч. 1 ст. 28 повагу до людської гідності, а у ч. 3 ст. 28 на рівень конституційного права піднесено заборону піддавати особу без її згоди медичним, науковим чи іншим досліддам. З конституційної норми випливають такі вимоги до медико-біологічного експерименту:

1. добровільність згоди людини на проведення щодо неї експерименту;
2. він у жодному випадку не повинен мати характеру катувань чи бути пов'язаними з жорстоким, нелюдським або таким, що принижує гідність особи, поводженням.

У конституційній національній нормі, як бачимо, передусім йдеться про концепцію добровільної згоди на участь у медичному експерименті. Зважаючи на те, що в Конституції України містяться лише основні, фундаментальні положення, визначальні головні напрями її існування, закріплення у цьому правовому акті положень про медичні експерименти (досліди) свідчить про актуальність аналізованих явищ. До того ж ця стаття Основного Закону розміщена безпосередньо після положення про право людини на життя, що є ще одним свідченням однорідності досліджуваних явищ. Причиною такого розміщення, мабуть, можна назвати той факт, що, на відміну від звичайних медичних втручань, при медичних експериментах втручання здійснюється не завжди з метою надання медичної допомоги.

Вказана норма знайшла своє відображення й у Цивільному кодексі України (ч. 3 ст. 281). До речі, Конституція України щодо цього положення відтворила норму ст. 7 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, у якій передбачено, що жодну особу не може бути без її вільної згоди піддано медичним чи науковим досліддам.

Основи законодавства України про охорону є базовим юридичним документом, що регулює медичну діяльність, а також містить норми, присвячені експериментам з участю людини. У ст. 45 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачено умови, за яких допускається застосування медико-біологічних експериментів на людях. Окрім цього законодавець визначив категорії осіб, щодо яких забороняється проведення експериментів, а саме щодо:

- а) хворих; б) ув'язнених; в) військовополонених; г) терапевтичного експерименту на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв'язку з метою дослідду.

До міжнародно-правових актів, що врегульовують питання проведення біомедичних експериментів, належить насамперед Нюрнберзький кодекс від 20 серпня 1947 року, у якому сформульовано 10 принципів-умов проведення медичного експерименту на людині. Ще одним важливим міжнародним документом у цій сфері є Хельсінська декларація 1964 року (її іноді називають Хельсінсько-

Токійською, оскільки доповнення до неї були прийняті у Токіо), що є базовим правовим актом, який визначає критерії правомірності проведення медичних експериментів і встановлює основні принципи проведення біомедичного дослідження і втручання в організм людини. Цим принципам відповідає ряд норм українського законодавства (ч. 3 ст. 28 Конституції України, ч. 3 ст. 281 Цивільного кодексу України, ст. 45 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини (Конвенція про права людини і біомедицину) 1996 року є найбільш дієвим на сьогодні міжнародно-правовим актом з проблем медичних досліджень за участю людей. На жаль, Україна ще не ратифікувала цієї Конвенції.

Враховуючи пріоритет міжнародно-правових норм над положеннями вітчизняного законодавства й інтегративні процеси, що проходять у світі, які торкаються також й України, необхідно спершу проаналізувати положення актів, що становлять міжнародні стандарти у цій царині. Тому слід більш детально охарактеризувати вищезгадані міжнародні акти, а саме:

— Нюрнберзький кодекс (1947);

— Хельсинська декларація (1964);

— Конвенція про права людини і біомедицину (1996).

Нюрнберзький кодекс (код), прийнятий у процесі відомого

Нюрнберзького процесу над фашистськими катами, які проводили нелюдські дослідження над живими людьми, який був наслідком прагнення людства не допустити подібні злочини у майбутньому. У преамбулі цього правового документа сказано: "Важкість показів свідків, які лежать перед нами, змушує робити висновок, що деякі види медичних експериментів на людині у цілому відповідають етичним нормам медичної професії лише у тому випадку, якщо їх проведення обмежено "відповідальними чітко визначеними межами". Надалі, виходячи з тексту правового акту, творці Кодексу наводять базові принципи, дотримання яких при медичних експериментах, на думку авторів, повинно задовольняти з міркувань моралі, етики і закону. Значну роль у створенні Кодексу зіграли Лео Александер й Ендрю Іві - американські лікарі-експерти, що брали участь у Нюрнберзькому процесі. В основу підсумкового документа покладені їхні розробки, які базувались на особистому досвіді участі експертних досліджень у ході процесу.

Найбільше значення мають положення Нюрнберзького кодексу, які стосуються питань інформованої добровільної згоди досліджуваного на проведення медичного експерименту, а також проблем мінімізації можливого ризику ускладнень і поставлення життя досліджуваного в небезпеку. Відповідно до п. 1 документу, щоб "... до прийняття ствердого рішення об'єкт експерименту був поінформований про його характер, тривалість і мету; методи і способи, за допомогою яких він буде проводитися; про всі можливі незручності й ризики; про наслідки для його здоров'я або особистості, які можуть виникнути в результаті участі в експерименті". Цей нормативно-правовий акт, прийнятий під впливом злочинів німецьких лікарів, носив яскраво виражений право-захисний характер. При цьому ключовими були питання щодо забезпечення безпеки досліджуваних, захисту їхньої фізичної недоторканності й підтвердження первинного права об'єкта дослідження на припинення експерименту на будь-якому його етапі.

Хельсинська декларація слугує свого роду продовженням Нюрнберзького кодексу щодо регулювання проведення медичних експериментів на людях. За період часу, який минув з моменту прийняття Кодексу, істотно змінилося становище як у медицині, так і в сфері захисту прав і основних свобод. Проведення досліджень на людині неухильно поширювалося, з метою втілення у практику новітніх досягнень наукової думки вимагалися експерименти на людях, що зумовлювало необхідність більш адекватного правового захисту осіб, що беруть участь у дослідженні, і регламентації самої процедури експерименту. В преамбулі Декларації, що розкриває загальний сенс прийняття цього документа,

зазначено: "Прогрес медицини ґрунтується на дослідженні, яке в своїй заключній фазі повинно спиратися на експеримент, що включатиме людські об'єкти".

Аналізуючи Хельсинську декларацію, слід зазначити, що "вона є ґрунтовним правовим актом, який визначає критерії правомірності здійснення медичних експериментів. Документ містить три розділи:

1. базові принципи;
2. медичні дослідження, які поєднуються з професійною допомогою (клінічні дослідження);
3. неклінічні біомедичні дослідження із залученням людських об'єктів.

Як бачимо, автори чітко виокремили клінічні і неклінічні дослідження з участю у них людини. При цьому основні характеристики, відображені в базових принципах, актуальні для всіх варіантів медичних досліджень.

Важливим положенням Декларації, що не має аналогу в Нюрнберзькому кодексі, є вимога збереження точності викладу при публікації результатів медичного експерименту. Йдеться про те, що доповіді про експерименти, які не відповідають принципам, що лежать в основі нинішньої Декларації, не повинні прийматися до публікації. Важливо зазначити, що в Хельсинській декларації закріплена можливість отримання згоди на участь у дослідженні або експерименті особи, визнаної недієздатною. При цьому згоду на проведення медичного експерименту необхідно одержувати у законного представника, згідно національного законодавства.

Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням, досягнень біології і медицини (Конвенція про права людини і біомедицину), прийнята Парламентською Асамблеєю Ради Європи в листопаді 1996 р. У преамбулі Конвенції говориться: "Держави - члени Ради Європи, інші держави і Європейське Співтовариство, яке підписало нинішню Конвенцію... будучи переповненими цілеспрямованості вжити заходів, необхідних для захисту людської гідності, а також основних прав і свобод людини в зв'язку з використанням досягнень біології і медицини..." Ці положення свідчать про основне призначення даного правового акту - захист прав, свобод і гідності людини щодо досягнень біології і медицини, зокрема під час проведення медичних експериментів.

Конвенція починається з загальних положень; особливо цікавою серед норм є норма, згідно якої будь-яке медичне втручання, включаючи втручання з дослідницькою метою, повинно здійснюватися у відповідності з діючими професійними вимогами і стандартами. Можна помітити, що в правову регламентацію вперше вводиться поняття професійних стандартів, що є значним кроком вперед у справі регламентації проведення досліджень за участю як об'єктів живих людей. Незважаючи на те, що будь-яке експериментування у медицині несе в собі деяку невизначеність, відмінні ознаки, що, в принципі, робить регулювання і створення професійних стандартів трудомістким процесом, все ж ця робота є виправданою. Йдеться про створення професійних вимог і стандартів забезпечення безпеки досліджуваних і певних гарантій дотримання прав і законних інтересів при проведенні експериментів.

Окрім Конституції України, Цивільного кодексу України та Основ законодавства України про охорону здоров'я, питання медико-біологічних експериментів визначено й у іншому національному законодавстві. Зокрема Законом України "Про лікарські засоби" від 4 квітня 1996 року, Інструкцією про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань, що затверджена наказом МОЗ України від 1 листопада 2000 року, Типовим Положенням про комісію з питань етики, затвердженим наказом МОЗ України від 1 листопада 2000 року, що затверджує основні вимоги до проведення клінічних випробувань лікарського засобу, які можуть проводитись на пацієнтах, встановлено основні вимоги до оцінки етичних і морально-правових аспектів матеріалів клінічних випробувань лікарських засобів, які можуть проводитись на пацієнтах.

Розглядаючи як медичний експеримент клінічні дослідження нових лікарських засобів, необхідно більш детально зупинитися на Законі України "Про лікарські засоби", який регулює правовідносини, пов'язані із створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, визначає права та обов'язки підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів державної виконавчої влади і посадових осіб. Згідно цього закону клінічні випробування лікарських засобів проводяться з метою встановлення або підтвердження ефективності та нешкідливості лікарського засобу. Клінічні випробування можуть проводитись у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах, які визначаються МОЗ України.

Рішення про клінічні випробування лікарського засобу приймається за наявності:

— заяви розробника лікарського засобу;

— позитивних висновків експертизи матеріалів доклінічного вивчення щодо ефективності лікарського засобу та його безпечності;

— переконливих даних про те, що ризик побічної дії лікарського засобу буде значно нижчим за очікуваний позитивний ефект.

Клінічні випробування проводяться після обов'язкової оцінки етичних та морально-правових аспектів програми клінічних випробувань комісіями з питань етики, які створюються і діють при лікувально-профілактичних закладах, де проводяться клінічні випробування. Рішення про затвердження програми клінічних випробувань та їх проведення приймається МОЗ України або уповноваженим ним органом.

Згідно національного законодавства, клінічні випробування проводяться за наявності письмової інформованої згоди пацієнта (добровольця) на участь у проведенні випробувань або письмової згоди його законного представника на проведення випробувань за участю неповнолітнього чи недієздатного пацієнта. Відповідно до п. 1 Додатку до п. 2.3 Типового положення про комісію з питань етики, затвердженого наказом МОЗ України від 01.11.2000 р., особи, яких планують залучити до клінічних випробувань нових лікарських засобів, повинні отримати достатню інформацію про мету і суть цих досліджень. Дослідник (або особа, що ним зазначена) ретельно інформує пацієнта (добровольця) або його законних представників, якщо він не спроможний дати згоду щодо всіх аспектів випробування. Ні дослідник, ні будь-яка інша особа, що бере участь у проведенні випробування, не повинні примушувати пацієнта (добровольця) або викликати у нього необгрунтовану зацікавленість в участі або продовженні участі в клінічному випробуванні.

Усна чи письмова інформація про клінічне випробування повинна відповідати таким вимогам, зокрема не може містити у собі:

— висловлювань, що змушують досліджуваного (або його законного представника) відмовитись від своїх прав, що передбачені законом;

— висловлювань, що звільняють дослідника чи заявника випробування від відповідальності за допущену халатність;

— спеціальних термінів і повинна бути зрозумілою пацієнту або його законному представнику.

Інформація для пацієнта та форма письмової інформованої згоди мають бути надруковані українською чи російською мовами. Досліджуваному чи його законному представнику дослідник зобов'язаний надати достатньо часу для ухвалення рішення про участь у випробуванні.

Перед початком клінічних випробувань їх замовник обов'язково укладає договір про страхування життя та здоров'я пацієнта (добровольця).

Клінічні випробування повинні бути зупинені за таких умов:

- виникнення загрози здоров'ю або життю пацієнта (добровольця) у зв'язку з їх проведенням;
- за бажанням пацієнта (добровольця) або законного представника;
- за відсутності чи недостатньої ефективності його дії;
- порушення етичних норм.

Ці положення деталізуються у підзаконних нормативних документах, які регламентують окреслену проблематику.

При роз'яснювальній розмові з пацієнтом або його законним представником в усній та письмовій інформації, що надається досліджуваному, повинні бути зазначені такі питання:

- дослідницький характер випробування;
- завдання випробування;
- досліджуваний лікарський засіб та вірогідність залучення до однієї з груп випробування;
- процедури випробування, включаючи інвазивні засоби;
- обов'язки досліджуваного;
- незручності для досліджуваного, а також очікуваний ризик;
- очікувана користь;
- інші види медикаментозного або немедикаментозного лікування, що можуть бути призначені досліджуваному;
- компенсація і (або) лікування, на що досліджуваний може розраховувати у разі заподіяння шкоди його здоров'ю в ході випробування тощо.

Якщо випробування не має терапевтичного характеру, слід повідомити про це досліджуваного. Необхідно зазначити, що до клінічного випробування, яке не передбачає безпосередньої терапевтичної користі для досліджуваних, повинні залучатися тільки ті пацієнти, що особисто дають свою письмову згоду та датують її. До таких випробувань можуть залучатись пацієнти за згодою їхніх законних представників з обов'язковим дотриманням таких умов:

- завдання випробування вимагають залучення пацієнтів, стан яких не дає змоги їм особисто дати згоду на участь;
- можливий ризик для досліджуваних невисокий;
- випробування не протизаконне;
- для включення таких досліджуваних запитується спеціальний письмовий висновок комісії з питань етики.

Згадувана Комісія з питань етики має згідно Наказу МОЗ України від 01.11.2000р. "Про затвердження Типового положення про комісію з питань етики" такі основні завдання:

1. захист прав та інтересів залучених до клінічних випробувань лікарських засобів досліджуваних;

2. захист прав та інтересів дослідників;
3. забезпечення етичної та морально-правової оцінки матеріалів клінічного випробування.

До початку проведення клінічного випробування лікарського засобу Комісія оцінює етичні та морально-правові аспекти програми (протоколу) клінічного випробування. Під час проведення випробування лікарського засобу Комісія здійснює контроль за захистом прав і здоров'я досліджуваних, є гарантом їхньої безпеки.

Якщо досліджуваний перебуває у критичному стані й у нього неможливо отримати згоду на участь у випробуванні, то вона має бути отримана у його законного представника, якщо останній при цьому присутній. Якщо неможливо отримати попередню згоду досліджуваного і відсутній його законний представник, для включення піддослідного у випробування повинні бути вжиті заходи, передбачені протоколом клінічного випробування і (або) іншим документом, схваленим комісією з питань етики та незалежними від учасників випробування фахівцями. Досліджуваний або його законний представник повинні бути поінформовані про дослідження у найкоротші терміни та у них повинна бути отримана згода на продовження клінічного випробування.

Таким чином, на сьогодні в нашій країні склалася нормативно-правова база проведення медичних експериментів з участю людини. Вона включає у себе міжнародно-правові документи (Нюрнберзький кодекс, Хельсінська декларація, Конвенція про захист прав і гідності людини в зв'язку з використанням досягнень біології і медицини (Конвенція про права людини і біомедицину)) і вітчизняне законодавство (Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України "Про лікарські засоби"). Однак існують певні проблеми правового регулювання медичного експерименту, зокрема умов правомірності проведення подібних експериментів, про що мова піде нижче.

§ 2. Умови правомірності проведення медичних експериментів за участю людини

Враховуючи те, що сьогодні медицина не може повноцінно розвиватися без пошуку нових засобів лікування, діагностики і профілактики, що, в свою чергу, зазвичай супроводжуються необхідністю проведення медичних експериментів, завданням правової регламентації, завданням медичного права в цілому повинно стати створення чітких, продуманих, у перспективі з детальним законодавчим закріпленням умов правомірності проведення подібних експериментів. Важливо враховувати дві основні складові: по-перше, звичайно, дотримання прав і законних інтересів об'єктів медичного експерименту, передусім права на життя, і, по-друге, необхідність прогресивного розвитку нових медичних технологій. Адже врешті-решт право людини на отримання якісної медичної допомоги базується у тому числі й на необхідності розвитку і пошуку нових засобів лікування і профілактики захворювань. Світова практика свідчить, що проблеми регламентації експериментування в медицині мають багато спільного незалежно від соціально-економічних і політичних передумов. Наприклад, у США, заданими різних дослідників, від 25 до 40% пацієнтів лікарень беруть участь у яких-небудь медичних експериментах.

Комплексний аналіз нормативно-правової бази, літературних джерел і ситуації, що склалась на практиці, в сфері виконання медичних досліджень з участю людини дозволяє прийти до пропозиції щодо вироблення критеріїв правомірності проведення медичних експериментів. Дотримання таких критеріїв здатне реально вплинути на профілактику юридичних конфліктів у цій галузі медицини.

Відповідно до ст. 45 Основ законодавства України про охорону здоров'я застосування медико-біологічних експериментів на людях допускається за умови дотримання таких вимог:

1. суспільно корисна мета;
2. наукова обґрунтованість;
3. переваги можливого успіху над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров'я або життя;

4. гласність застосування експерименту;
5. повна інформованість;
6. добровільна згода особи, яка підлягає експерименту, щодо вимог їх застосування;
7. збереження лікарської таємниці у необхідних випадках;
8. заборона проведення експериментів щодо законодавчо визначених категорій осіб.

Вимоги правомірності застосування медичних експериментів законодавчо визначені в Основах законодавства України про охорону здоров'я. Окрім нормативного закріплення умов проведення експериментів, є і наукові позиції з цих питань. Зокрема, П. Малек виділяє такі принципи експерименту:

1. За допомогою об'єктивного аналізу спробувати визначити як внесок у науку нового методу, так і ступінь небезпеки, якій буде піддано хворого.
2. Для проведення експерименту повинно бути вибрано по можливості найбільш сприятливий час (не можна почати ні надто рано, ні надто пізно).
3. Весь експеримент слід планувати з максимальною ретельністю.
4. У контрольній групі хворих варто застосовувати такі лікувальні методи, котрі у даний момент вважаються найкращими з усіх існуючих.
5. Необхідно негайно припинити експеримент, якщо виявиться, що новий спосіб лікування шкодить хворому.
6. При подвійному контрольованому дослідженні всліпу варто вже при його плануванні враховувати варіант, коли прийдеться раніше встановленого часу "відкрити" його.

У чеській і словацькій правовій доктрині виділяються такі умови, що необхідні для проведення дослідів на людині:

1. Загальні передумови проведення дослідів на людині: суспільно-медична необхідність дослідів, програма дослідження, обмеження дослідів, що проводяться на вагітних жінках, зародках тощо.
2. Інформаційне ознайомлення громадянина і його кваліфікована згода: а) при проведенні наукових дослідів; б) при клінічному експерименті.
3. Керівництво експериментом: утвердження дослідження, реалізація утвердженої програми, спостереження за дослідями, оцінка результатів.
4. Відповідальність за результат.

Ми вважаємо за необхідне, щоб кожне дослідження, яке проводиться у медицині із залученням як об'єкту людини, відповідало таким умовам:

- добровільна інформована згода піддослідного на проведення експерименту;
- дотримання прав і законних інтересів об'єкта дослідження;
- наукова обґрунтованість дослідження;

- достатність клінічної (лабораторної) бази;
- кваліфікація лікарів-дослідників;
- пріоритет інтересів учасника експерименту над метою роботи (мінімізація ризику);
- висновок етичного комітету;
- адекватна компенсація учасникам медичного експерименту.

Дотримання прав і законних інтересів об'єкта дослідження полягає у гуманному і шанобливому ставленні до досліджуваного, що базується, передусім, на знанні вказаних прав і законних інтересів. Враховуючи, що медичний експеримент за своєю суттю є медичним втручанням, права пацієнта, з приводу медичного втручання, мають безпосереднє відношення і до проведення експерименту. Слід погодитись з точкою зору, що всі дослідження із участю людини повинні ґрунтуватись на трьох основних етичних принципах: 1) поваги до особи; 2) досягнення користі; 3) справедливості (В.В. Власов, 1996). Зазначимо, що автор принцип поваги до особи поставив на перше місце, що показово і є одним із компонентів поваги до прав і законних інтересів.

Проведення медичного дослідження, навіть за умови отримання інформованої згоди, не свідчить про зменшення обсягу або якості вираження правового статусу об'єкта експерименту. Права і законні інтереси людини, які отримали додаткові характеристики після перетворення її у пацієнта, що видозмінилися у зв'язку з участю пацієнта в медичному експерименті - саме про такий правовий статус об'єкта випробувань необхідно говорити.

Наукова обґрунтованість випробування полягає у попередньому вивченні в максимально повному обсязі характеристик лікарського засобу, що досліджується (засобу лікування, діагностики і т.д.) у лабораторних умовах, на тваринах. Ще на початку ХХ ст. відомий письменник і лікар В. Вересаєв писав: "Перш ніж звертатися до людини — невже у нас немає істот, які повинні мати в наших очах меншу цінність і на яких можливо застосовувати свої перші спроби?"¹. Необхідно уявити собі прогнозовані ефекти, що базуються на попередньому вивченні подібних проявів. Важливим є збір інформації щодо наявних зарубіжних даних. Досвід свідчить, що перші спроби дослідження всього нового мають більшу кількість негативних результатів, ніж наступні проби.

Достатність клінічної (лабораторної) бази особливо важлива, враховуючи реалії української медицини на сьогодні. Дозвіл проведення медичних експериментів є тільки у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах, визначених МОЗ України чи уповноваженим ним органом. Це зумовлено в тому числі і міркуваннями достатності клінічної бази, яку в даних умовах легше контролювати. Концепція стандартизації у вітчизняній охороні здоров'я, що впроваджується протягом декількох останніх років, одним з напрямів повинна передбачати створення єдиних стандартів обладнання й оснащення лікувальних і науково-дослідних установ, що проводять експерименти із залученням як об'єктів живих людей. Необхідно передусім створити такі умови, за яких перед проведенням медичного експерименту в лікувальній установі будуть створені всі умови, що зводять до мінімуму ймовірність виникнення ускладнень.

Кваліфікація лікарів-дослідників має пряме відношення до проблеми захисту прав піддослідних при проведенні медичного експерименту. Зрозуміло, що чим більший досвід і вища кваліфікація фахівців, що проводять експеримент, тим нижча ймовірність отримання несприятливих результатів щодо життя і здоров'я об'єкту дослідження. Вимоги до медиків повинні стосуватися як морально-етичних якостей, так і медико-дослідницьких параметрів (кваліфікація, необхідні вдосконалення, підтверджений досвід). Відомий хірург М.Є. де Бекі вважав: "Хірург повинен строго утримуватися від того, щоб негідним чином скористатись з чисто експериментальною метою прагненням тяжко хворої людини погодитися на будь-яку операцію, яку їй запропонують". На жаль, непоодинокі випадки, коли те чи інше медичне втручання, що не отримало законного дозволу, виконується пацієнту під виглядом загальної користі для хворого і неможливістю допомогти відомими і апробованими

засобами. Інколи подібні ситуації виникають у лікарів, єдиною метою яких є перевірка нового методу або способу - наукової роботи, яку вони виконують.

Пріоритет інтересів учасника експерименту над метою роботи (мінімізація ризику) полягає у дотриманні таких правил проведення дослідження, при яких завжди важливим буде людина - об'єкт експерименту, його права, законні інтереси, життя і здоров'я. Інтереси науки або суспільства не повинні переважати над інтересами піддослідних, їхнім здоров'ям, безпекою і благополуччям. Якщо зневажити цей принцип, то можна стати на шлях нацистської Німеччини, яка проводила нелюдські досліді на ув'язнених.

Цікавим і таким, що заслуговує особливої уваги, є розв'язання проблеми умов правомірності ризику медичного експерименту. Загальним механізмом сприйняття правової природи правомірності ризику при медичному експерименті може стати інститут крайньої необхідності. Як відомо, крайня необхідність детально визначена з позицій кримінального права. Згідно з Кримінальним кодексом України, не є злочином заподіяння шкоди правоохоронюваним інтересам у стані крайньої необхідності, тобто для усунення небезпеки, що безпосередньо загрожує особі чи охоронюваним законом правам цієї людини або інших осіб, а також суспільним інтересам чи інтересам держави, якщо цю небезпеку за певних обставин не можна було усунути іншими засобами і якщо при цьому не було допущено перевищення меж крайньої необхідності. Перевищення меж крайньої необхідності є умисне заподіяння шкоди правоохоронюваним інтересам, якщо така шкода є більш значною, ніж відвернена шкода. Особа не підлягає кримінальній відповідальності за перевищення меж крайньої необхідності, якщо внаслідок сильного душевного хвилювання, викликаного небезпекою, що загрожувала, вона не могла оцінити відповідність заподіяної шкоди цій небезпеці.

Такий механізм дозволяє юридично коректно підходити до визначення правомірності подібного ризику. Тут важливо зауважити, що ризик нанесення шкоди здоров'ю піддослідного виправданий лише в тому випадку, якщо піддослідний страждає таким захворюванням (знаходиться у такому стані), що існуючим на сьогодні арсеналом медичних засобів неможливо покращити його стан здоров'я (врятувати життя).

Адекватна компенсація учасникам медичного експерименту є важливим засобом захисту прав і законних інтересів піддослідних як у випадку заподіяння шкоди в результаті експерименту, так і без нього. В першому випадку об'єкт дослідження, якому нанесена шкода здоров'ю, має право і повинен отримати фінансову та іншу допомогу, необхідну для компенсації шкоди і відшкодування збитків. У той же час винагорода піддослідному без нанесення шкоди в результаті дослідження означає компенсацію ризику, на який, без сумніву, наражається учасник експерименту.

Законодавча регламентація адекватної компенсації учасникам медичного експерименту дозволить, по-перше, представникам організацій, що проводять дослідження, не мати нестачі в добровольцях для експериментів, а, по-друге, створить правову базу винагороди за наражання свого життя на небезпеку. Враховуючи перелічені раніше умови правомірності і повноту реалізації людиною свого права на життя, це не створить додаткових труднощів у визначенні законного характеру експерименту.

Таким чином, у контексті вивчення медичного права необхідно визначити, що медичний експеримент - це напрям медичної діяльності, який з найбільшою гостротою демонструє необхідність адекватного захисту прав і законних інтересів піддослідних. Від того, наскільки якісними будуть знання, отримані і медиками, і юристами, що спеціалізуються на питаннях медичного права, багато в чому залежить стан справ у конкретних лікувально-профілактичних установах при проведенні нових досліджень із участю людини.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Дайте загальну характеристику сучасної нормативно-правової бази України з питань проведення медичних (клінічних) експериментів.

2. Проаналізуйте міжнародно-правові документи, що регламентують проведення медичних експериментів.
3. Яким чином Конституція України та Основи законодавства України про охорону здоров'я регулюють проведення медичних експериментів?
4. Які питання повинні бути порушені при роз'яснювальній бесіді з піддослідним або його законним представником у формі письмової згоди та інших матеріалів?
5. На яких категоріях громадян забороняється проведення клінічних досліджень лікарських засобів?
6. Дайте загальну характеристику умов правомірності проведення медичних експериментів за участю людини.
7. У чому полягає дотримання прав і законних інтересів об'єкта дослідження, наукова обґрунтованість випробування і достатність клінічної (лабораторної) бази при медичних експериментах?
8. Охарактеризуйте кваліфікацію лікарів-дослідників, пріоритет інтересів учасника експерименту над метою роботи (мінімізація ризику) й адекватну компенсацію учасникам як умови правомірності проведення медичного експерименту.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Власов В.В. Международные этические требования к медицинским исследованиям с участием человека // Терапевтический архив. - 1996. - № 1. - С. 58-64.
2. Гучев И.А., Стеценко С.Г., Иваница Г.В. и др. Биомедицинские исследования на военнослужащих // Качественная клиническая практика. - 2003. - №1. - С. 30-38.
3. Денисюк Н.Б., Глушков В.А. О правовом регулировании медицинского эксперимента // Клиническая хирургия. - 1984. - 6. -С. 47-49.
4. Драгонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право: Пер. со словац. - М.: Юридическая литература, 1991. - 336 с.
5. Згречча Е., Спаньоло А. Дж., П'етро М. Л. та ін. Біоетика / Переклад з італійської В.Й. Шовкун: Підручник. - Львів: Медицина і право, 2007. - 672 с.
6. Кашинцева О.Ю. Этические та правові проблеми проведення медичного експерименту на організмі людини // Вісник Академії адвокатури України. - 2007. - № 1. - С. 65-68.
7. Малеин Н.С. Право на медицинский эксперимент // Советское государство и право. - 1975. - № 11. - С. 35-41.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие. - М.: БЕК, 1995. - С. 56-63.
9. Медицинская этика и деонтология / Под ред. Г.В. Морозова и Г.И. Царегородцева. - М.: Медицина, 1983. - 272 с.
10. Сальников В.П., Стеценко С.Г. Условия правомерности проведения медицинских экспериментов // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. - 2001. - № 4 (12). - С.14-18.

11. Сенюта І. Правове регулювання медико-біологічного експерименту в Україні // Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України: Збірник наукових статей. - Івано-Франківськ, 2004. - Вип. 14. - С. 97-103.
12. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 74-91.
13. Стеценко С.Г. Современная нормативно-правовая база проведения медицинских экспериментов // Юрист. - 2001. - №10. -С. 12-15.
14. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 505-522.
15. Этика биомедицинских исследований: Реферативный сборник. - М., 1989. - С. 67-76.

Глава 17. ПРАВОВА КВАЛІФІКАЦІЯ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- § 1. Юридична оцінка несприятливих результатів лікування хворих.
- § 2. Лікарські помилки.
- § 3. Нещасні випадки.
- § 4. Проведення експертизи дефектів надання медичної допомоги.

§ 1. Юридична оцінка несприятливих результатів лікування хворих

Професія лікаря - одна з найбільш стародавніх професій на землі. В усі часи лікар викликав до себе різні почуття: від глибокої подяки у разі успішного завершення лікування, до лютого обурення і ненависті, коли пацієнт або його родичі залишалися незадоволеними. Незважаючи на значний прогрес у медицині, і сьогодні ніхто не може гарантувати обов'язкову успішність лікування, оскільки кінцевий результат будь-якого медичного втручання залежить від безлічі чинників: від об'єктивних обставин, професіоналізму лікаря та і від самого пацієнта. Тому стоїть гостра потреба у належному юридичному вирішенні питань, пов'язаних з відповідальністю медичних працівників за діяння, вчинені ними під час виконання своїх професійних обов'язків.

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває проблема дефектів надання медичної допомоги. Несприятливі результати в медичній практиці ставлять перед медиками, юристами, представниками інших професій цілий ряд інших, здавалося б, не пов'язаних з медициною, проблем. Це перш за все проблеми кваліфікації несприятливого результату, аспекти вини, труднощі у визначенні механізмів і практичних шляхів реалізації відшкодування шкоди пацієнтові та ін. Адже зрештою мова йде про вплив дефектної роботи лікарів на першочергові цінності — життя і здоров'я людини. Таким чином, у ракурсі медичного права необхідно висвітлення правових аспектів несприятливих результатів медичних втручань, їх правова класифікація і розкриття особливостей проведення експертного дослідження у подібних справах.

Суспільство, довіряючи медичному працівникові життя і здоров'я людей, одночасно прагне захистити себе від можливих небезпек, пов'язаних із специфікою лікарської діяльності, знизити ступінь ризику, встановити єдині правила і підходи до розгляду несприятливих результатів лікування. Тут, без сумніву, особливе значення надається праву взагалі і медичному праву зокрема, як універсальним механізмам регулювання суспільних відносин у сфері медичної діяльності. При цьому попереднє медико-правове осмислення дефектної роботи медиків дозволить позитивно вплинути на практичну діяльність лікарів, оптимізувати формування відношення до цього питання фахівців у галузі медичного права, конструювати юридичні норми, що відповідають сучасним вимогам медицини і правової науки.

У медико-правовій науці і практиці існують різні точки зору щодо поняття дефектної роботи медиків. Проте частіше автори звертаються до визначення належної і неналежної роботи лікарів. Як основний критерій неналежного надання медичної допомоги пропонується або недотримання вимог медичної науки і порушення вимог деонтології, або порушення норм медичної етики і медичного права,

затверджені офіційними інструкціями і правилами Міністерства охорони здоров'я. В той же час з позицій сучасного розвитку медичного права разом з поняттями належного або неналежного надання медичної допомоги вельми важливо дати медико-правове визначення дефекту при наданні медичної допомоги.

Дефект надання медичної допомоги — це неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання. Причини несприятливих результатів у медицині можуть бути найрізноманітніші - починаючи від невчасного звертання хворого до лікаря з приводу свого захворювання, включаючи атиповий перебіг хвороби і закінчуючи невиліковністю даної патології сьогоднішнім арсеналом засобів медицини. Така різноманітність причинних чинників пояснює значні труднощі, які виникають при визначенні та юридичній оцінці несприятливого результату. Дійсно, украй важко визначити міру відповідальності лікаря за несприятливий результат, що наступив. Проявом цього стало впровадження в практику розглядів подібних випадків у хірургії принципу: "Post hoc - ergo ter hoc" ("Після цього - означає внаслідок цього"). Іншими словами, у всіх випадках смертельних результатів, що настали незабаром після операції, остання розглядалася як причина смерті, а лікар, що проводив її, - як безпосередній винуватець події. Основна риса такого підходу - імперативність, заснована на реакції приголомшених горем, що трапилося, родичів. Таке відношення із загальнолюдських позицій безумовно з'ясовне, але в той же час об'єктивним, заснованим на законі такий підхід до визначення вини в дефекті, що стався, назвати не можна.

Як показує практика, найбільш істотними причинами дефектів надання медичної допомоги є недостатня кваліфікація медичних працівників, неповноцінне обстеження і неуважне відношення до хворого, недоліки в організації лікувального процесу тощо. Серед медичних спеціальностей, при яких найчастіше зустрічаються випадки неналежного виконання професійних обов'язків, виділяють хірургію та акушерство-гінекологію. Такі дані необхідно враховувати й у разі впровадження в наший країні страхування професійної відповідальності медичних працівників. Світова практика свідчить, що чим вище вірогідність виникнення дефектів надання медичної допомоги, тим більшою є сума страхового внеску, що сплачується лікарем або медичною установою за страхування професійної відповідальності. В той же час, заради справедливості відмітимо, що і оплата праці лікарів таких спеціальностей на порядок вища, що робить загальну картину достатньою мірою збалансованою.

В основу класифікації дефектів надання медичної допомоги покладені такі критерії:

- причини несприятливих результатів;
- аспекти відповідальності медичних працівників.

Враховуючи необхідність медико-правового осмислення дефектів надання медичної допомоги, зважаючи на підходи, що існують у правовій науці, оптимальним є такий варіант правової класифікації дефектної роботи медиків. Відповідно до нього розрізняють такі види дефектів надання медичної допомоги:

1. лікарські помилки;
2. нещасні випадки;
3. професійні злочини.

При цьому, оцінюючи дефекти лікування (діагностики), в першу чергу необхідно встановити правильність або неправильність надання такої допомоги. Керуватися важливо перш за все положеннями нормативно-правових актів, а також суто медичними канонами, прийнятими в практиці роботи лікарів (стандартами надання медичної допомоги). Тут особлива роль належить судово-медичній експертизі, яка відіграє неабияку роль у визначенні правильності надання медичної допомоги. Практикою доведено, що при дослідженні дефектів надання медичної допомоги основні принципові рішення в медицині ухвалюються колегіально, проте відповідальність у випадках невдач

індивідуалізується і покладається на певних медичних працівників. Надалі в підручнику будуть розглянуті окремі види дефектів надання медичної допомоги, виходячи із запропонованої класифікації.

В даний час відсутні єдині принципи правової кваліфікації несприятливих результатів медичних втручань. Це вимагає узгодженої роботи представників як правової, так і медичної науки і практики. Таке становище щодо дефектів надання медичної допомоги не може задовольняти вимог медико-правової дійсності, оскільки негативно позначається на розвитку встановлення правових критеріїв дефектної роботи медичних працівників, що, у свою чергу, гальмує визначення для потреб правоохоронних органів єдиних, чітких і зрозумілих алгоритмів юридичної оцінки дій медичних працівників у подібних випадках.

Важливий чинник правової кваліфікації дефектів надання медичної допомоги — наявність причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника і негативними наслідками для здоров'я пацієнта. Коли завершена діагностика патологічного стану, поставлений діагноз, хворому пропонується той або інший варіант лікування. У разі несприятливого результату лікування необхідно окремо враховувати стан здоров'я пацієнта до медичного втручання (початковий стан) і після лікування. Це виправдано з метою з'ясування причинно-наслідкового зв'язку між діями медика і результатом, що наступив, а також для вирішення питання про відповідальність медичного працівника. Сучасний розвиток медичної діяльності, що веде до появи вузькоспеціалізованих видів надання медичної допомоги, обумовлює становище, при якому в лікуванні одного хворого беруть участь декілька фахівців. Це також свідчить про необхідність чіткого визначення причинно-наслідкового зв'язку дій (бездіяльності) кожного лікаря, що брав участь у лікуванні пацієнта. В даний час договірні відносини, що все більше входять у практику взаємодії між лікувальною установою і пацієнтом, зумовлюють особливий характер уваги до причинно-наслідкового зв'язку. Адже зрештою відповідальність лікувальної установи або лікаря настає при встановленні причинного зв'язку між дією (бездіяльністю) і пошкодженням здоров'я пацієнта. І тут важливою складовою є потреба розробки медико-правових стандартів надання медичної допомоги, впровадження яких у практику медицини дозволить більш продумано підходити до питань кваліфікації дефектів надання медичної допомоги.

Крім того, враховуючи прагнення України до Європейського Союзу, необхідним є гармонізація національних стандартів з міжнародними та європейськими стандартами. І тут важливим буде адаптація міжнародного досвіду правової кваліфікації дефектів надання медичної допомоги. Так, наприклад, у Західній Європі достатнього поширення набув судовий прецедент у справі Болама. Відповідно до рішення у даній справі, лікар не визнається винним у професійній некомпетентності, якщо він діяв згідно норм, прийнятих відповідною асоціацією (радою) медичних працівників.

Таким чином, слід визнати обґрунтованим особливу необхідність з'ясування як медичними працівниками, так і юристами питань правової кваліфікації дефектів надання медичної допомоги. Існуючі на сьогодні у великій кількості організаційні, судово-медичні, статистичні й інші підходи до класифікації дефектної роботи лікарів мають право на існування, проте вони призначені для забезпечення і вирішення локальних професійних питань. Наприклад, використання алгоритмів, прийнятих в організації охорони здоров'я, дозволяє певною мірою оптимізувати надалі процеси надання медичної допомоги. Висвітлені та проаналізовані в рамках лікарських клініко-анатомічних конференцій, дефекти надання медичної допомоги в такому ракурсі відіграють певну профілактичну роль. Осуд з боку колег здатний акцентувати увагу як лікарів, у практиці яких відбувся дефект, так і інших медичних працівників на питаннях дефектів надання медичної допомоги. Проте, зрештою, найбільш важливе значення для потреб медичного права, потреб охорони здоров'я і медичної діяльності має саме правовий підхід, юридична кваліфікація дефектів. При цьому за рахунок визначених правом механізмів щодо кожного випадку дефекту надання медичної допомоги визначається ступінь вини і відповідальність конкретного медичного працівника. Далі в підручнику будуть розкриті особливості лікарських помилок і нещасних випадків як окремих випадків дефектів надання медичної допомоги, тоді як медичні злочини за своєю суттю розглядаються в частині підручника, присвяченій юридичній відповідальності медичних працівників.

§ 2. Лікарські помилки

Як було відмічено в запропонованій класифікації, одним з варіантів дефектів надання медичної допомоги є лікарська помилка. Лікарську помилку можна вважати найбільш суперечливим явищем правового осмислення медичної практики. Істотне питання, що вимагає свого тлумачення і в теоретичному і в практичному застосуванні, - відповідальність медиків за лікарські помилки. Це питання має багатовікову історію. На різних етапах становлення медицини і права суспільство знаходило різні підходи до вирішення проблеми відповідальності лікарів за професійні помилки. Незважаючи на сучасні значні успіхи в лікуванні багатьох захворювань, слід погодитися з тим, що безпомилкова робота лікарів, у принципі, неможлива, зважаючи на специфіку медицини, що має справу із здоров'ям і життям людини. Враховуючи таке становище, завданням правового регулювання медичної діяльності є вироблення правильної, продуманої та єдиної позиції щодо юридичної кваліфікації помилкових дій лікарів.

Лікарська помилка - достатньо поширене явище. Воно нерідко зустрічається в навчальній і науковій літературі, присвяченій медичному праву, організації охорони здоров'я, різним клінічним напрямкам медицини. Проблема полягає в тому, що, незважаючи на досить часте згадування, нерідко під одним і тим самим терміном різні автори розуміють різні явища. З позицій медичного права така ситуація є неприпустимою, оскільки повинні існувати єдиний методологічний підхід і єдині принципи правової оцінки лікарських помилок.

Актуальність проблеми правової регламентації лікарських помилок пояснюється також й статистичними даними, що належать як до частоти лікарських помилок, так і до економічних втрат, пов'язаних з дефектною діяльністю медичних працівників. Найважливішим завданням медичного права є регулювання за допомогою правових механізмів не самих лікарських помилок, а питань відповідальності медичних працівників за їх здійснення.

Визначення терміна "лікарська помилка" є необхідним з тією метою, щоб правильно регламентувати її наслідки. Численні варіанти, запропоновані як лікарями, так і юристами, в тій або іншій мірі базуються на точці зору І. Давидовського, що вважав лікарські помилки "прикрим браком у лікарській діяльності",¹ при якому першопричиною є добросовісна помилка лікаря, що виключає кримінальну відповідальність. У той же час сьогоденній розвиток медичного права диктує необхідність комплексного сприйняття проблеми лікарських помилок з урахуванням їх тісного нерозривного зв'язку з дефектами надання медичної допомоги.

Лікарська помилка — це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного або необережного злочину. З цього визначення випливає, що лікарська помилка виникає при добросовісному відношенні медика до своїх обов'язків, коли немає причин говорити про наявність ознак складу злочину. Відразу необхідно зазначити, що термін "лікарська помилка" в смисловому плані багато в чому історично зумовлений. На сьогоднішній день є всі підстави вважати правомочність вживання поняття медична помилка, оскільки професійні помилки трапляються в практиці роботи і середнього, і молодшого медичного персоналу. В основі помилок можуть знаходитися як об'єктивні, так і суб'єктивні чинники. Серед перших можна виокремити:

- відсутність належних умов надання медичної допомоги;
- недосконалість існуючих способів лікування захворювань;
- тяжкість стану хворого та ін.

Розглядаючи найбільш значущі суб'єктивні причини лікарських помилок, слід виділити:

- недостатній досвід медичного працівника;

— недостатнє обстеження хворого, неправильна інтерпретація лабораторних та інструментальних досліджень;

— недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців тощо.

Класифікація лікарських помилок залежить від обраного критерію. За нозологічним принципом, тобто залежно від локалізації і виду патологічного процесу, виділяють помилки при "гострому животі", інфаркті міокарду, захворюваннях дихальної системи та ін. Залежно від суті і зв'язку з лікувально-діагностичним процесом розрізняють такі лікарські помилки:

— діагностичні;

— тактичні;

— технічні.

Латинське прислів'я свідчить: "Errare humanum est" - "Кожній людині властиво помилятися". Не є виключенням і медичні працівники. Тут достатньо важлива роль належить детальному розгляду і вивченню подібних помилок усередині лікарських колективів. Це необхідно з метою визначення основної причини - не виключено, що мова йде про об'єктивний характер причини лікарської помилки.

Багатьма фахівцями в галузі медичного права обґрунтовано висловлюється пропозиція про необхідність визнати лікарську помилку юридичною категорією, внести її до чинного медичного законодавства. Автори підручника також вважають, що вказаний варіант дефекту надання медичної допомоги - лікарська помилка повинна стати складовою частиною нормативно-правової бази медичної діяльності. При цьому є необхідність визнати помилки медичного персоналу, які сталися внаслідок об'єктивних обставин (недосконалість медицини, відсутність необхідних лікарських засобів і медичної техніки та ін.) такими, за які медичні працівники не притягаються до відповідальності. Такі несприятливі результати повинні розбиратися з позицій відповідальності лікувальних установ, їх керівників. Це, у свою чергу, враховуючи цивільно-правовий аспект відповідальності за неналежне надання медичної допомоги, не повинно надавати права на регресний позов. Коли ж мова йде про лікарські помилки, в основі яких лежать суб'єктивні причини (неправильна інтерпретація результатів лабораторно-інструментальних досліджень, недостатній досвід і т.д.), необхідно передбачити персональну відповідальність медичних працівників. В даному випадку мова може йти також про відшкодування збитку і компенсації моральної шкоди пацієнтові. Тут також може йти мова про цивільно-правову відповідальність лікувальних установ, але вже з можливістю регресного позову до певного лікаря. Важливе місце в детальному аналізі і профілактиці лікарських помилок повинні зайняти клініко-анатомічні і лікувально-контрольні комісії, в рамках яких необхідно ретельно аналізувати і визначати пріоритетні шляхи профілактики виникнення лікарських помилок.

§ 3. Нещасні випадки

У житті людини, незалежно від специфіки її професії, зустрічаються ситуації, коли стаються ті або інші явища, які не залежать від самої людини, на хід і виникнення яких вона практично не може вплинути. Не є виключенням і сфера медицини. Прикладами таких ситуацій є нещасні випадки в практиці надання медичної допомоги, які не залежать від дій медичних працівників, їх суб'єктивних особливостей. Розглядаючи такий варіант дефектів надання медичної допомоги як нещасний випадок, важливо зазначити, що відносно його правової кваліфікації ситуація достатньо ясна - це діяння, за яке не настає відповідальність. Але, незважаючи на те, що такі випадки не спричиняють за собою покарання, вони мають свої особливості, свої характерні ознаки, які в обов'язковому порядку повинні оцінюватися в повному об'ємі з урахуванням всіх супутніх настанню нещасного випадку чинників.

З погляду медичного права нещасний випадок — це дефект надання медичної допомоги, пов'язаний з випадковим збігом обставин, які лікар, діючи правомірно, в рамках посадових інструкцій і відповідно до прийнятих у медицині методів і способів лікування (діагностики), не міг передбачити і

запобігти. Такий підхід до визначення нещасного випадку дозволить кваліфікувати подібний несприятливий результат медичного втручання і провести якісний правовий аналіз. Характерна особливість нещасного випадку в порівнянні з лікарською помилкою - правомірність дій лікаря, тобто відсутність в його діях критерію помилковості. В той же час, за результуючим чинником, це все ж таки дефект надання медичної допомоги.

Нещасних випадків, на жаль, не можна уникнути навіть при дуже кваліфікованому і добросовісному відношенні медичних працівників до виконання своїх професійних обов'язків. Важливим чинником при цьому є обставина, відповідно до якої відповідальність медика, через об'єктивні обставини, не настає. Підставою звільнення від відповідальності медичних працівників при нещасних випадках є відсутність вини, оскільки при добросовісному відношенні до виконання обов'язків медичний працівник не передбачав і не міг передбачати можливості настання несприятливих наслідків.

Характеризуючи приклади нещасних випадків у медичній практиці, можна зазначити найбільш типові. До них належать:

— незвична анатомічна будова або вроджені аномалії будови того або іншого органу (важливий чинник при проведенні інвазивних діагностичних досліджень, що супроводжуються проникненням крізь тілесну оболонку людини);

— атипове протікання захворювання у пацієнта, пов'язане з індивідуальними особливостями організму;

— алергічні і токсичні реакції на діагностичні маніпуляції і введення лікарських засобів;

— раптові зміни показників артеріального тиску (шок, колапс) в результаті індивідуальної психологічної або емоційної реакції на оперативне втручання (маніпуляцію) та ін.

Важливість вивчення і визначення нещасного випадку в практиці медичного права пов'язана з необхідністю визначення правомірності дій медиків і оцінки їх впливу на несприятливий результат втручання. Невинуватий не повинен страждати, а винний повинен відповідати - такий принцип доречний і пояснює актуальність і значущість визначення нещасного випадку в практиці надання медичної допомоги. При цьому, як вже було сказано, характерна особливість у порівнянні з лікарськими помилками - правильність і своєчасність дій медичного персоналу, у повній відповідності з положеннями керівних документів. Проте, і це вельми важлива обставина, що має відношення до всієї проблеми дефектної роботи лікарів, розглядатися до встановлення суті дефекту надання медичної допомоги нещасні випадки повинні як лікарські помилки. Пояснюється це неможливістю в короткі терміни визначити причину дефекту, тобто основну ланку, що призвела до несприятливого результату.

Таким чином, необхідність правильного тлумачення і правової кваліфікації нещасних випадків у медицині пояснюється як частотою виникнення таких результатів медичних втручань, так і необхідністю визначення ролі медиків у виникненні нещасних випадків. Ця обставина, у поєднанні із загальною відсутністю відповідальності медичних працівників у таких випадках, примушує юристів пильніше розглядати подібні варіанти несприятливих результатів. Ситуація, за якої будь-який дефект надання медичної допомоги, будь-який несприятливий результат медичного втручання буде видаватися за нещасний випадок, є неприпустимою. Закріплення на законодавчому рівні категорії "нещасний випадок" дозволить оптимізувати процес правової кваліфікації дефектів надання медичної допомоги.

§ 4. Проведення експертизи дефектів надання медичної допомоги

З метою визначення виду дефекту надання медичної допомоги, наявності або відсутності об'єктивних або суб'єктивних обставин, необхідним є проведення експертизи несприятливих результатів медичного втручання. Як правило, основна роль тут належить судово-медичним експертизам, одним з ключових завдань проведення яких є дослідження несприятливих результатів. В даний час

провадження судово-медичних експертиз регламентується положеннями Закону України "Про судову експертизу" від 25 лютого 1994 р. № 4038 Х11 та Інструкції "Про проведення судово-медичної експертизи", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 1995 р. № 6. Проведення таких досліджень є непротим і водночас важливим завданням. Ключовим чинником є обов'язковість її проведення, в зв'язку з цим судово-медична експертиза здійснюється у всіх випадках виникнення "лікарських справ" і проводиться за умови отримання головою експертної комісії з органів розслідування або суду всіх необхідних матеріалів справи. З метою встановлення правильності надання медичної допомоги у випадках притягнення до кримінальної відповідальності медичних працівників за "професійні правопорушення" обов'язково призначається проведення комісійної судово-медичної експертизи.

Умовою її проведення є участь декількох лікарів однієї або різних спеціальностей (залежно від конкретного несприятливого результату). Експерти утворюють комісію, всі члени якої мають рівні права. При експертному дослідженні "лікарських справ" з приводу несприятливих результатів медичної практики експерти керуються документами, що визначають роботу судово-медичної експертизи.

Загальна послідовність дій при розгляді дефектів надання медичної допомоги полягає в наступному:

1. Напряом органом, який призначив експертне дослідження, відповідних документів на проведення судово-медичної експертизи з приводу дефекту надання медичної допомоги у відповідну установу.
2. Розгляд комісією достатності і якості наданих матеріалів і питань, що підлягають експертному вивченню.
3. Складання плану проведення експертизи.
4. Безпосереднє дослідження об'єктів експертизи.
5. Складання експертного висновку.

В даний час ведеться дискусія з приводу того, чи мають право лікарі самі оцінювати діяльність своїх колег. У зв'язку з цим хотілося б звернути увагу на таку обставину. Правомірність або незаконність діянь оцінюють юристи, тоді як роль лікарів взагалі і судово-медичних експертів зокрема полягає у визначенні причин несприятливого результату втручання, співвідношення дій лікарів з прийнятими в медицині правилами і методами лікування тощо. Крім того, об'єктивізації експертного висновку могло б сприяти створення альтернативних незалежних центрів судово-медичних експертиз.

Безумовно, слідчий може не володіти спеціальними знаннями в медицині, що ускладнить для нього формулювання питань для експерта. В зв'язку з цим передбачається можливість консультування з боку голови експертної комісії. Зміст подібних питань повинен варіювати залежно від конкретних обставин справи. Проте слід зазначити загальні питання, які повинні з'ясовуватися в більшості випадків дефектів надання медичної допомоги:

- причина смерті або несприятливого результату;
- наявність або відсутність недоліків у діях лікаря;
- конкретні причини неправильних дій медичного працівника;
- чи була можливість у лікаря передбачати несприятливі наслідки своїх дій;
- можливі причини несприятливого результату у разі правильного лікування;
- чи є порушення в організації медичної допомоги в певній лікувальній установі.

Результатом експертного дослідження з приводу дефекту надання медичної допомоги є висновок. Кожен висновок повинен складатись з таких розділів:

— вступної частини, яка включає титульний лист і питання, поставлені на вирішення експертизи;

— протокольної частини, яка включає в себе обставини справи, необхідні відомості з матеріалів справи і попередньої медичної документації, дані попередніх експертиз, а також (за наявності) дані розтину ексгумованого трупа, лабораторних досліджень речових доказів, стаціонарних (амбулаторних) обстежень потерпілого тощо;

— підсумків.

Крім того, тут необхідно відмітити, що при проведенні експертизи по справі про притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності за "професійні правопорушення" в протокольній частині повинні бути детально викладені дані всіх наявних медичних документів. При цьому, залежно від характеру випадку, з історії хвороби обов'язково виписуються: стан хворого при його госпіталізації в стаціонар, записи щоденників, котрі фіксують його стан протягом всього періоду лікування, протоколи операцій, клінічні діагнози, схеми призначеної медикаментозної терапії, об'єм і кратність введення лікарських речовин, результати лабораторних досліджень, характер і обсяг реанімаційних заходів, дані протоколу патологоанатомічного розтину трупа з результатами гістологічного дослідження або дані первинної судово-медичної експертизи, результати клініко-анатомічних конференцій, а також висновки комісії відомчого розслідування.

Особливості медичної діяльності обумовлюють труднощі медико-юридичної оцінки несприятливих результатів лікування у справах про притягнення до відповідальності медиків за професійні правопорушення. Найбільш важливою і відповідальною частиною висновку є підсумки. Тут повинні міститися мотивовані відповіді на питання, поставлені уповноваженим органом. Очевидно, що ключовим має бути питання про правильність дій медичного працівника. При цьому висновки повинні бути логічно виправданою послідовністю відповідей.

Таким чином, важливо і необхідно удосконалити взаємодію правоохоронних органів і експертних служб у справі об'єктивної юридичної кваліфікації дефектів надання медичної допомоги. Це необхідно як для медичних структур, так і для пацієнтів. Значення судово-медичної експертизи несприятливих результатів медичних втручань полягає ще і в тому, що в даний час є певні труднощі в правовій оцінці висновку судово-медичної експертизи якості надання медичної допомоги. Попереднє теоретико-правове опрацювання дозволить об'єктивніше підходити до розробки положень нормативно-правових актів у системі охорони здоров'я. Чітка і зрозуміла правова кваліфікація дефектів надання медичної допомоги, визначення прав і обов'язків всіх сторін розгляду несприятливих результатів медичних втручань дозволять таким правовим нормам виконувати у тому числі і запобіжну роль у справі дефектної роботи лікарів. Тут необхідно вказати, що важливі спільні зусилля юристів і судових медиків у розробці логічної моделі аргументації висновків і стандартів експертизи якості надання медичної допомоги.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Дайте визначення і назвіть види дефектів надання медичної допомоги.
2. Яким чином відбувається загальна юридична оцінка несприятливих результатів лікування хворих?
3. Дайте визначення лікарських помилок і назвіть об'єктивні і суб'єктивні чинники, що знаходяться в їх основі.
4. Дайте визначення і охарактеризуйте нещасний випадок у медичній діяльності.
5. Приведіть найбільш типові приклади нещасних випадку в медичній практиці.

6. Охарактеризуйте проведення експертизи дефектів надання медичної допомоги.
7. У чому полягає загальна послідовність дій при розборі дефектів надання медичної допомоги?
8. Назвіть загальні питання, які повинні з'ясуватися в більшості випадків дефектів надання медичної допомоги.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 1-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 16 мая 2003 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2003. - С. 242-276.
2. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004. - С. 276-305.
3. Громов А.П. Оценка неблагоприятного исхода лечения // Врач. - 1993. - № 3. - С. 45-48.
4. Кондакова Н. Врачебные ошибки и их анализ: еще один взгляд на проблему // Качество медицинской помощи. - 2000. - № 1. - С. 3.
5. Косарева В.Ю. Некоторые вопросы взаимодействия следователя и судебно-медицинского эксперта в процессе расследования преступлений // Российский следователь. - 2002. - № 7. - С. 2-4.
6. Малеина М.Н. Юридическая квалификация врачебной ошибки // Совет. госуд. и право. - 1984. - № 9. - С. 127-130.
7. Мельников В.С. Отдельные аспекты проблемы ответственности медицинских работников за неблагоприятные исходы медицинской помощи // Проблемы экспертизы в медицине. 2002.-3S61.-С. 8-12.
8. Пашинян Г.А., Беляева Е.В., Ромодановский П.О. Об оценке качества медицинской помощи при причинении вреда здоровью в случаях неблагоприятных исходов // Судебно-медич. експерт. - 2000. - №2. -С. 14-18.
9. Пицита А.Н., Стеценко С.Г. Медицинское право. Особенная часть. Право на жизнь и получение медицинской помощи. Дефекты оказания медицинской помощи. Учебно-методическое пособие. - М.: РМАПО, 2005. - С. 14-42.
10. Попов В.Л, Попова Н.П. Правовые основы медицинской деятельности: Справочно-информационное пособие. - СПб.: Деан, 1999.-С. 55-69.
11. Сашко С.Ю., Балло А.М. Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. СПб.: Бис, 2001. - 158 с.
12. Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здравоохранение РФ. - 2000. - №1. - С. 7-9.
13. Стеценко С.Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы // Российский следователь. - 2002. - №5. - С. 7-11.
14. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 525-543.

15. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. М.: Международный университет (в Москве), 2002. - С. 136-186.

16. Тимофеев И.В., Леонтьев О.В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты. — СПб.: ДНК, 2002.-80 с.

17. Томилин В.В., Соседко Ю.И. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения РФ // Судебно-медиц. эксперт. 2000. - № 1. - С. 3-5.

Глава 18. АТРОПОГЕННА ПАТОЛОГІЯ ТА ЇЇ МЕДИКО-ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ

§ 1. Визначення, актуальність і основні причини виникнення ятрогеній.

§ 2. Класифікація ятрогеній, місце ятрогенної патології в структурі несприятливих результатів медичних втручань.

§ 3. Ключові правові проблеми ятрогеній і пошук шляхів їх вирішення.

§ 1. Визначення, актуальність і основні причини виникнення ятрогеній

Комплексний теоретико-правовий розгляд проблем дефектів надання медичної допомоги був би неповним без висвітлення питань, пов'язаних з правовою кваліфікацією ятрогенних патологій (ятрогеній). У перекладі з грецького (від *iatros* - лікар, *gennum* - створювати, породжувати), ятрогенії можна представити як захворювання, породжені лікарем. Існуюче положення, при якому відсутня чітка і зрозуміла позиція як юристів, так і медиків щодо місця і ролі ятрогеній у структурі дефектної роботи медиків і несприятливих результатів медичних втручань, пояснює необхідність звернення до цієї проблеми в рамках вивчення медичного права. Слід зазначити, що якщо ще зовсім недавно проблемами ятрогеній займалися в основному медики, то реалії сьогодення свідчать про наявність достатньої кількості досліджень правового характеру, спрямованих на вирішення ключових питань ятрогенних патологій. Пов'язано це із загальною тенденцією розширення правової регламентації медицини, посиленням ролі захисту прав пацієнтів.

В даний час в юридичній і медичній літературі висвітлення ятрогеній здійснюється з різних позицій. Часто під ятрогеніями розуміють всі несприятливі результати спілкування пацієнтів з лікарями, тим самим піддаючи сумніву правомочність терміну "дефект надання медичної допомоги". В той же час зустрічається відношення до ятрогенії як до злочинів медичних працівників, маючи на увазі наявність наміру в ятрогенних діях і необхідність притягнення таких медиків до кримінальної відповідальності. Є прихильники первинного значення поняття ятрогенії, коли під останньою розуміли несприятливі прояви у хворих, викликані реакцією на неправильно інтерпретовані слова лікаря або порушеннями психологічного контакту між пацієнтом і медиком.

Значна кількість проблем, що виникають з визначенням місця ятрогенної патології в структурі несприятливих результатів медичних втручань, пов'язана з термінологічною невизначеністю. В зв'язку з цим доцільно дати визначення ятрогеній, яке можна використовувати при здійсненні правової кваліфікації несприятливого результату в медицині.

Перш за все необхідно зазначити, що ятрогенія - не конкуруюче поняття дефекту надання медичної допомоги. Представлена в підручнику класифікація дефектів надання медичної допомоги включає лікарські помилки, нещасні випадки і медичні злочини. В рамках сказаного вище, під ятрогенією необхідно розуміти нове, ненавмисно або неминуче виникаюче захворювання або патологічний стан, що є прямим наслідком медичного втручання при діагностиці, лікуванні або профілактиці.

Використання в щоденній практиці такого визначення надає можливість чіткої кваліфікації правової суті виникаючого патологічного стану. Перш за все необхідно вказати на новий характер захворювання, якого раніше, до медичного втручання, не було. Ятрогенне захворювання - це не ускладнення, це за механізмом розвитку не зв'язаний з основним захворюванням стан. Важливо зазначити, що дії медика при ятрогенії характеризуються відсутністю наміру на здійснення ятрогенних дій. Варто вказати, що патологічні реакції можуть бути викликані як неправильними, так і

правильними в своїй основі медичними діями. Як приклади, що характеризують таку ситуацію, можна привести наступні:

- пошкодження ребер при непрямому масажі серця з метою збереження життя;
- порушення цілісності тканини печінки при діагностичній біопсії.

Представлений підхід до визначення і основних ознак ятрогенії як у медичній, так і в медико-юридичній практиці дозволить більш якісно визначати і кваліфікувати виникнення патологічних станів у пацієнтів у процесі надання їм медичної допомоги.

Історично склалася ситуація, при якій під ятрогеніями розумілися захворювання або хворобливі стани, виникнення яких пов'язане з неправильною поведінкою лікаря по відношенню до хворого. Німецький психіатр О. Бумке, основоположник самого терміна, в статті "Лікар як причина душевних розладів" (1925) звернув увагу на шкідливі наслідки неправильного впливу лікаря на психіку хворого і назвав такого роду психогенні захворювання "ятрогенні". У вітчизняній літературі це питання вперше висвітлив Р.А. Лурія, який у виданні "Внутрішня картина хвороб та іатрогенні захворювання" також пов'язував ятрогенії з наслідками неправильного психологічного контакту лікаря і хворого. Подібне відношення до ятрогенії зберігалось тривалий час, визначаючи відношення і лікарів і юристів до кваліфікації цієї патології. Підтвердженням цьому були визначення ятрогенії, що поміщаються в різні енциклопедичні джерела. Наприклад, Енциклопедичний словник медичних термінів (1984 р.) містить таке визначення ятрогенного захворювання - "обумовлене необережними висловлюваннями або вчинками лікаря (чи іншої особи з числа медичного персоналу), що несприятливо впливали на психіку хворого".

Проте надалі відношення до ятрогенних дій та їх кваліфікація змінилися. Від класичного (за версією О. Бумке та Р. Лурія) відношення до ятрогенних пошкоджень значна кількість дослідників перейшла до ширшого трактування ятрогенії: під ними стали мати на увазі не тільки порушення, пов'язані з етико-деонтологічними чинниками. Робилися спроби всі негативні наслідки спілкування медиків і пацієнтів вважати ятрогеніями. Зважаючи на інтенсивний розвиток медичних технологій, появу нових варіантів медичних втручань, всю велику "технізацію" надання медичної допомоги, такий підхід був пов'язаний частими звинуваченнями медиків в ятрогеніях при будь-якому варіанті несприятливих результатів медичних втручань. Аналіз подібного роду визначень, зроблених у кінці ХХ століття, дозволяє прийти до висновку про значне розширення переліку явищ, що зустрічаються в медицині, які належать до ятрогенії. Чи обґрунтовано таке розширення? Гадаємо, що не повною мірою.

Як аргументи проти невиправдано широкого ототожнення ятрогенії зі всіма несприятливими результатами медичних втручань, необхідно привести наступні:

- потенційна можливість приховувати під ятрогеніями всі несприятливі чинники стану медичної справи (неякісне обладнання, відсутність лікарських засобів, хронічне недофінансування ЛПУ тощо);
- під ятрогеніями можуть розуміти звичайні ускладнення, які достатньо часто зустрічаються в медицині і не пов'язані з лікарськими діями;
- посилюється напруженість між лікарями клінічного профілю і патологоанатомами, які при несприятливих результатах лікування виступають як своєрідні супротивники практикуючих лікарів.

Основним чинником, що вплинув на зміну точки зору щодо сфери дії і визначення ятрогенії, стала поява нового варіанту МКХ (Міжнародної класифікації хвороб) X перегляду, яка була прийнята 43-ою сесією ВОЗ. У передмові до цієї класифікації відмічено, що для забезпечення управління охорони здоров'я на сучасному рівні, розвитку медичної науки є необхідним постійний збір даних про здоров'я населення, діяльність установ охорони здоров'я, що у свою чергу стимулює інтенсивний розвиток, підвищення надійності інформаційних систем, створення яких не може бути здійснене без класифікаційних основ.

Однією з провідних класифікаційних основ є Міжнародна статистична класифікація хвороб, травм і причин смерті (МКХ), яка періодично (1 раз в 10 років) переглядається під керівництвом ВООЗ. МКХ є нормативним документом, що забезпечує єдність методичних підходів і міжнародну відповідність матеріалів. Річ у тім, що, на відміну від раніше існуючої моделі, в цій класифікації як основний діагноз присутня значна кількість ятрогеній. Таким чином, існує достатньо підстав вважати, що понад двох розділів Міжнародної класифікації хвороб містять перелік діагнозів, пов'язаних з ятрогенними пошкодженнями:

1. Ускладнення хірургічних і терапевтичних втручань, не класифіковані в інших рубриках (Т80-Т88);
2. Ускладнення терапевтичних і хірургічних втручань (Y40- Y84).

У Класі XIX передбачені рубрики (Т80-Т88) для деяких ускладнень, пов'язаних з хірургічними та іншими процедурами. Наприклад, хірургічні інфекції, ускладнення механічного походження, пов'язані з імплантованим пристроєм, шок та інше. Більшість класів, що належать до систем органів, також містять рубрики для кодування станів, які виникли або як наслідок спеціальних процедур і технічних методик, або як результат видалення органу. Наприклад, синдром лімфатичного набряку після мастектомії, післярадіаційний гіпотиреоз. Деякі стани (наприклад, пневмонія, емболія легенів), які можуть виникнути в післяпроцедурному періоді, не розглядаються єдиними у своєму роді захворюваннями і тому кодуються звичайним способом, але факультативний додатковий код рубрики Y83-Y84 може бути доданий з метою ідентифікації зв'язку з медичною процедурою.

Інтеграційні процеси, що відбуваються в Україні впродовж останнього десятиліття, позначаються і на системі охорони здоров'я. Принципи і підходи, прийняті в МКХ X перегляду, значною мірою повинні застосовуватися і в Україні. В зв'язку з цим, безумовно, ті патологічні стани, які виникли в результаті терапевтичного або хірургічного втручання (за вказаною класифікацією, як підгрупи даних розділів, містяться ускладнення після прийому лікарських засобів, інфузій і т.п.), повинні бути віднесені до ятрогеній. При цьому правова кваліфікація ятрогеній повинна будуватися за іншим принципом. У основі і визначення, і юридичної оцінки ятрогеній повинні бути такі критерії, як наявність вини, причинно-наслідковий зв'язок, визначення правомірності медичного ризику.

Актуальність розгляду і теоретико-правового аналізу ятрогеній у рамках медичного права пояснюється багатьма обставинами. Перш за все необхідно зазначити посилення в даний час ролі і значення правозахисних рухів, спрямованих на визначення і встановлення чіткого правового статусу пацієнтів. У зв'язку з цим пошкодження, що породжені медичними втручаннями, вже не розглядаються як внутрішня справа установ охорони здоров'я. Сам процес лікування, що до недавнього часу був винятковою прерогативою медиків, зараз, як ятрогенний чинник, повинен піддаватися ретельному контролю, у тому числі і щодо критеріїв ефективності і доцільності. Також необхідно зазначити, що медицина сьогодні - це не тільки позитивні емоції від одужання, це і збільшення кількості інвазивних (котрі проникають через тілесну оболонку) медичних втручань, які потенційно приховують в собі ризик виникнення ятрогеній. Можливо, саме це стало підставою для вживання терміну "агресивні медичні чинники", маючи на увазі можливість отримання нових захворювань у результаті відвідування лікувальної установи.

Важлива обставина - посилення уваги медичних працівників до проблем ятрогеній. Особливо необхідно зазначити той факт, що медична діяльність приховує в собі велику кількість непередбачених результатів лікування, так званих медичних ризиків. Ці фактори свідчать, перш за все, не про якість підготовки лікарів, а про об'єктивний розвиток медицини, де використовуються складні методи лікування, які підвищують ризик нанесення пошкоджень при їх проведенні.

За даними ВООЗ, ятрогенії зустрічаються у 20% хворих і складають 10% в структурі госпітальної смертності¹. Наявною є парадоксальна діалектична ситуація, коли разом з безперечною користю медицина може породжувати наслідки ще більш негативні, ніж основне захворювання. Залишення інструментів в організмі після операції, внутрішньолікарняне інфікування, лікарські алергії, післяопераційні захворювання - ось далеко не повний перелік ситуацій, при яких необхідно враховувати ятрогенні чинники.

Серед причин ятрогеній необхідно розрізнять об'єктивні і суб'єктивні фактори. До перших належать:

- недосконалість самої медицини;
- невиліковність тієї або іншої патології на сьогоднішній день наявним арсеналом медичних засобів;
- необхідність здійснення інвазивних процедур для підтвердження (спростування) діагнозу.

Суб'єктивні причини виникнення ятрогенних захворювань найчастіше пов'язані з індивідуальними якостями медичного працівника. Мова йде про:

- недостатність професійних навиків медичного працівника;
- невміння правильно зібрати інформацію про захворювання пацієнта;
- незацікавленість в оцінці стану хворого;
- інші чинники, які цілком залежать від самого лікаря.

Всі ці обставини свідчать про необхідність продуманого і зваженого підходу при правовому аналізі ятрогенного пошкодження. Емоційне забарвлення, яке часто присутнє при інтерпретації станів, викликаних лікарськими діями, повинне відійти на другий план. У основі правової кваліфікації повинні бути: вивчення початкового стану хворого, аналіз причинно-наслідкового зв'язку і його чинників, правильна оцінка медичного ризику і шкоди стану здоров'я. При такому підході до ятрогеній буде можливість адекватної і правильної правової кваліфікації, що враховує все різноманіття проявів нових патологічних станів, викликаних лікарськими діями.

§ 2. Класифікація ятрогеній, місце ятрогенної патології в структурі несприятливих результатів медичних втручань

Ятрогенні захворювання часто роблять пацієнтів інвалідами, потенційно знижують якість життя і зменшують її тривалість. Необхідність оптимальної класифікації ятрогеній, що відображає передові медичні і адекватні юридичні аспекти, не викликає сумнівів. Як основний аргумент необхідно вказати судову практику, що формується в даний час, так званих "лікарських справ", коли важливо встановити причину, наявність вини і відповідальності лікаря в тому або іншому несприятливому результаті лікування.

Найбільш оптимальною і визаною серед медичної громадськості класифікацією ятрогеній можна вважати запропоновану патологоанатомом, професором В. Некачаловим (1998 р.), яка враховує місце ятрогеній у структурі діагнозу. Відповідно до неї, виділяють 3 категорії ятрогеній:

I патологічні процеси, що патогенетично не пов'язані з основним захворюванням або його ускладненням і не відіграють істотної ролі в загальній танатологічній оцінці випадку;

II патологічні процеси, що обумовлені медичним впливом, проведеним за показаннями і виконаним правильно;

III патологічні процеси, незвичайні смертельні реакції, зокрема обумовлені неадекватними, помилковими або неправильними медичними діями, такими, що з'явилися причиною летального результату.

Особливості правової регламентації медичної діяльності вимагають зваженого підходу до визначення головних критеріїв, на основі яких повинна будуватися класифікація ятрогенних ускладнень. У рамках медичного права виправдано попереднє теоретико-правове осмислення критеріїв класифікації ятрогеній. Доцільно як основу використовувати комплексний підхід, що враховує як вірогідну

причину розвитку, так і етап медичної допомоги, на якому сталася ятрогенія. Подібний підхід дозволить більш кваліфіковано підходити до юридичної оцінки ятрогенного захворювання і ролі в ньому медичного персоналу. Таким чином, з позицій сучасного розвитку медичного права, необхідно розрізняти такі види ятрогеній:

1. Діагностичні:

- невстановлений діагноз;
- дефекти виконання діагностичних процедур;
- гіпердіагностика, тобто визначення неіснуючих ознак і захворювань.

2. Лікувальні:

- дефекти виконання лікувальних процедур (напр., кровотечі при ендоскопічних операціях);
- пошкодження органів або тканин при операції;
- залишення інструменту в порожнині тіла;
- радіаційне ураження при променевої терапії.

3. Профілактичні:

- несприятлива реакція організму на профілактичні щеплення;
- негативний вплив зовнішніх чинників (засоби масової інформації, гігієнічне виховання);
- погрішності в проведенні профілактичних заходів.

4. Фармацевтичні:

- наслідки неправильного застосування медикаментів;
- порушення режиму прийому або дозування;
- призначення не показаних при даному захворюванні лікарських засобів.

5. Інформаційно-деонтологічні:

- слова медичного працівника, що неправильно тлумачать;
- недостатня інформація у пацієнта щодо свого захворювання;
- відступ медика від належних правил взаємин з пацієнтом;
- порушення режиму збереження лікарської таємниці.

Зупиняючись на співвідношенні ятрогеній з несприятливими результатами медичних втручань, необхідно зазначити особливу важливість поставленого завдання. Якщо ми всі випадки несприятливих результатів розглядатимемо як ятрогенії, то при такому підході останні увібрали б у себе все різноманіття дефектної роботи лікарів. Суспільство у такому разі мало б ситуацію, при якій існує велика спокуса перекласти всі соціальні, організаційні, економічні та інші труднощі охорони здоров'я на плечі медичних працівників. Тоді лікарі зіткнуться з економічною (позовні вимоги пацієнтів) і юридичною (можлива відповідальність) складовими, що обумовлять невідповідність

впровадження нових методів лікування, медичних експериментів, інших способів допомоги пацієнтам, які мають потенційну небезпеку ускладнень і несприятливих результатів. У такому разі еволюційний розвиток медицини відбуватиметься із значними труднощами, однією з причин яких є неопрацьованість правового регулювання надання медичної допомоги.

Розглядаючи сучасний стан ятрогеній, їх зв'язки з дефектами надання медичної допомоги, відношення до них права, необхідно ще раз підкреслити, що ятрогенні патології патогенетично (за механізмом розвитку) не пов'язані з основним захворюванням.

§ 3. Ключові правові проблеми ятрогеній і пошук шляхів їх вирішення

Розгляд медико-правових особливостей кваліфікації ятрогенних пошкоджень виглядав би неповним у разі відсутності аналізу основних проблем ятрогеній і пошуку шляхів їх вирішення. З погляду вивчення медичного права необхідно висвітлити дві проблеми, що виникають у разі ятрогенного пошкодження:

1. критерії правомірності ятрогенії;
2. питання економічних аспектів правових наслідків ятрогеній.

Відомо, що в реаліях сьогоdnішнього дня не можна говорити про те, що єдиним суддею дій лікаря є його совість. Сучасний розвиток охорони здоров'я і медичного права свідчить про адекватний стан правових механізмів його регулювання, що додає самій медицині впорядкованого збалансованого характеру. Будь-який медичний працівник, виконуючи професійні функції, повинен представляти свої права і обов'язки і ту межу, за якою наступає відповідальність. Не є виключенням і ятрогенні пошкодження, які, за визначенням, мають на увазі тісний зв'язок із процесом надання медичної допомоги. Здійснюючи правову кваліфікацію дефекту надання медичної допомоги, важливо знати критерії правомірності надання медичної допомоги. За наявності останніх медичного працівника не можна звинувачувати в незаконності здійснення тієї або іншої дії, виконаної при медичному втручанні.

Розглядаючи критерії правомірності надання медичної допомоги і, відповідно, обставини, за яких лікар не може бути звинувачений у настанні несприятливого результату і ятрогенії, можна виділити такі основні умови, які будуть критеріями правомірності ятрогенії:

- отримана інформована добровільна згода хворого на медичне втручання;
- медична допомога була надана відповідно до стандартів (протоколів) лікування хворих на таку патологію, а за відсутності таких - відповідно до канонів медичної науки і практики;
- вибраний найбільш оптимальний і найменш інвазивний метод діагностики (лікування), здатний привести до ятрогенії;
- враховані індивідуальні характеристики і особливості стану здоров'я конкретного хворого;
- належним чином і своєчасно ведеться медична документація;
- у всіх необхідних випадках здійснюються консультації пацієнта іншими фахівцями, поважаються права пацієнта.

Наявність всіх вказаних критеріїв, у поєднанні з повагою і дотриманням прав пацієнта, робить можливість виникнення ятрогенії мінімальною, а правова кваліфікація несприятливого результату здійснюється на основі ознак дефекту надання медичної допомоги (лікарська помилка або нещасний випадок). Необхідно зазначити, що роботу лікаря не можна позбавляти права на обґрунтований професійний ризик, коли позитивні результати лікування не могли бути досягнуті іншими діями, не

пов'язаними з ризиком. При такому підході діяльність лікарів не буде позбавлена розумності, що в медицині, яка займається питаннями життя і здоров'я людини, у край необхідно.

Розглядаючи зв'язок ятрогенних пошкоджень і економічних аспектів, слід зазначити, що мова йде про необхідність осмислення ятрогенної патології крізь призму майнових відносин. Оскільки ятрогенна патологія в загальнолюдському аспекті - це проблеми для хворого, по суті і відповідно до чинного законодавства, останній повинен володіти правом на відшкодування шкоди і компенсацію збитку. Відповідальність лікаря і медичної організації повинна наступати тільки у разі коли, згідно правової кваліфікації дефекту, медики відповідальні за погіршення здоров'я пацієнта. У таких випадках необхідно говорити про правопорушення і відшкодування збитку. Шкода, заподіяна хворому, за загальною юридичною практикою компенсується в грошовій формі. Установа охорони здоров'я має право вимагати в порядку регресного позову стягнення грошових коштів з особи, яка безпосередньо заподіяла шкоду. За наявності дійсного порушення хоч б одного критерію правомірності надання медичної допомоги така ситуація є виправданою.

Відмічені тут особливості дають підстави говорити про те, що ятрогенії — це і правові проблеми системи охорони здоров'я. Особливе значення, зважаючи на різноманіття агресивних медичних чинників, відіграють лікарські засоби, які застосовуються в переважній більшості медичних втручань. Дійсно, велика кількість лікарських засобів, що з'являються зараз на ринку медичних послуг, містить у собі крім користі також і значну кількість ускладнень, що виникають часто у вигляді алергічних реакцій. Збільшення частоти виникнення ятрогенних ускладнень, розвиток медицини і паралельне збільшення значущості медичних втручань як ятрогенних чинників примушують суспільство по-новому, комплексно, сприймати всю систему надання медичної допомоги.

Сьогодні чітко постає необхідність вироблення адекватних правових способів і методів, спрямованих на регламентацію надання медичної допомоги, праці медичних працівників і відповідальності у разі несприятливих результатів і ятрогенних ускладнень. У загальному вигляді необхідно орієнтуватися на те, що лікар повинен бути відповідальний тільки за ті несприятливі наслідки в здоров'ї пацієнта, у виникненні яких він винуватий. Докази як правомірності, так і незаконності діяльності медика повинні ґрунтуватися на досягненнях правової і медичної науки. У тісній співпраці лікарів і юристів криється запорука успіху в роботі, що проводиться. Важливою обставиною є освіта - майбутні лікарі і юристи повинні знати правові аспекти ятрогенії. Нові проблеми, які поставили перед медичним і юридичним співтовариством ятрогенії, обумовлюють необхідність саме в рамках медичного права розглядати питання, що виникають, і шукати шляхи виходу з важких правових ситуацій.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. З чим пов'язана актуальність розгляду ятрогенії у рамках медичного права?
2. Приведіть доводи проти невинувато широкого ототожнення ятрогенії зі всіма несприятливими результатами медичних втручань.
3. Дайте визначення ятрогенії, наведіть приклади ятрогенії, викликаних правильними та неправильними медичними діями.
4. Яким чином ятрогенії пов'язані з міжнародною класифікацією хвороб (МКХ) X перегляду, яка була прийнята 43-ою сесією ВООЗ?
5. Назвіть об'єктивні і суб'єктивні чинники виникнення ятрогенії.
6. Які види ятрогенії необхідно розрізняти з позицій сучасного розвитку медичного права?
7. Приведіть критерії правомірності ятрогенії.
8. У чому виражаються економічні аспекти правових наслідків ятрогенії?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Беликов Е. Ятрогения: как ее квалифицировать? // Медиц. газета. - 1998. - 24 июня. - С. 7.
2. Вишняков Н.И., Рыбакова М.Г. и др. К проблеме ятрогенной патологии // Здравоохранение РФ. - 2001. - №5. - С. 9-11.
3. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. "Этюды критической медицины", т. 4. - Петрозаводск: ПетрГУ, 1998. -С. 184-192.
4. Караваева Е.И. Ятрогенные заболевания: медико-правовая классификация и основания привлечения к ответственности // Медицина и право - 2002. Сборник материалов международной научно-практической конференции / Под ред. проф. Ю.И. Григорьева. - Москва-Тула, 2002. -С. 60-62.
5. Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В., Шепилов В.В. Проблема ятрогенных заболеваний в системе оценки качества медицинской помощи // Проблемы городского здравоохранения. Вып. 3. - СПб., 1998. -С. 105-108.
6. Некачалов В.В. Ятрогения. (Патология диагностики и лечения). - СПб., 1998. - 42 с.
7. Пристансков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений: Автореф. дис.... канд. юрид. наук. - СПб., 2000. - 21 с.
8. Пристансков В.Д. Ятрогенные патологии: медицинские и правовые аспекты проблемы // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 26 марта 2004 г. / Под общ. ред. д.ю.н. С.Г. Стеценко. - М.: Юрист, 2004.-С. 200-203.
9. Сальников В.П., Стеценко С.Г. Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования. Научное издание. Серия: "Право и медицина". - СПб.: Университет, 2000. - С. 63-80.
10. Стеценко С.Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы // Российский следователь. - 2002. - № 5. - С. 7-11.
11. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебн. - СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. - С. 544-558.
12. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения. М.: Международный университет (в Москве), 2002. — С. 154-167.
13. Тимофеев И.В. Патология лечения. Руководство для врачей. - СПб.: Северо-Запад, 1999. - 656 с.
14. Федоров В.В., Пристансков В.Д. Ятрогенная патология. Медицинские и правовые аспекты // Мир медицины. - 1998. - № 7. - С. 6-7.
15. Федоров В.Д., Саркисов Д.С. О понятии "ятрогенные заболевания" // Судебно-медиц. эксперт. - 1992. С. 3-8.
16. Шапошников А.В. Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятия. Ростов-на-Дону: КНИГА, 1998. - 167 с.
17. Яровинский М.Я. Лекции по курсу "Медицинская этика" (биоэтика): Учебное пособие. - М.: Медицина, 1999. - Вып. 1. - С. 78-92.