

Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого
Департамент охорони здоров'я
Полтавської обласної державної адміністрації
Полтавське обласне комунальне підприємство «Полтавафарм»
Полтавський юридичний інститут
Кафедра цивільного, господарського та екологічного права

*П'ята Всеукраїнська
науково-практична конференція*

**ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ
ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ
СУЧАСНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА
В УКРАЇНІ**

*Збірник матеріалів V Всеукраїнської науково-практичної
конференції*

24 листопада 2016 р.

Полтава
ТОВ “Фірма“Техсервіс”
2016

УДК 34
ББК 67.300.02
Т34

Редакційна колегія:

Гетьман Анатолій Павлович, д.ю.н., професор, академік НАПрНУ, проректор з наукових питань Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого;

Лисак Віктор Петрович, к.м.н., директор Департаменту охорони здоров'я обдерждаміністрації;

Прядко Валерій Григорович, в.о. директора Полтавського обласного комунального підприємства «Полтавафарм», депутат Полтавської обласної ради;

Гуторова Наталія Олександрівна, д.ю.н., професор, академік НАПрНУ, директор Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого;

Пашков Віталій Михайлович, д.ю.н., доцент, завідувач кафедри цивільного, господарського та екологічного права Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого;

Олефір Андрій Олександрович, к.ю.н., асистент кафедри цивільного, господарського та екологічного права Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого.

Т34 «Теоретико-правові засади формування сучасного медичного права в Україні», науково-практична конференція (5; 2016; Полтава)

Матеріали науково-практичної конференції «Теоретико-правові засади формування сучасного медичного права в Україні». [Текст]: Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції, 24 листопада 2016 р. / НЮУ ім. Я. Мудрого; [ред. кол.: Гетьман А.П., Лисак В.П., Прядко В.Г., та ін.]. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2016. – 390 с.

ISBN 978-617-7038-46-6

До збірника увійшли матеріали науково-практичної конференції викладачів, здобувачів і студентів Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (далі – НЮУ ім. Я. Мудрого), Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого (далі – ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого), а також інших викладачів, практичних працівників і студентів, що висвітлюють різні аспекти формування сучасного медичного права в Україні. За зміст публікацій відповідальність несе автор.

УДК 34
ББК 67.300.02

ISBN 978-617-7038-46-6

© Національний університет
“Юридична академія України
імені Ярослава Мудрого”, 2016
© Полтавський юридичний
інститут, 2016
© ТОВ “Фірма “Техсервіс”, 2016

ПЕРЕДМОВА

У сучасній медичній та юридичній літературі все більшого поширення набуває концепція медичного права як самостійної галузі права та галузі законодавства. Незважаючи на те, що проблемам медичного права останнім часом приділяється значна увага з боку науковців і практичних працівників, законодавство у сфері охорони здоров'я лишається вельми суперечливим, що негативно впливає на ефективність правового регулювання суспільних відносин у цій сфері. Іншими негативними факторами, що призводять до погіршення ситуації, є правовий нігілізм і неповага до законодавства. Як наслідок, створюється вкрай негативне середовище для проведення в Україні будь-якого реформування сфери охорони здоров'я, що залишилась у спадок від колишньої адміністративно-командної системи. Ще однією проблемою сьогодення є те, що навіть необхідні нормативно-правові акти не спрацюють. Це пов'язано або з відсутністю механізмів їх реалізації, або з кризовим станом, в якому перебуває наша держава. У багатьох випадках існуючі юридичні норми по суті не здатні впорядкувати суспільні відносини, розв'язати велику кількість колізій в законодавстві, й тому іноді нормативно-правові акти існують незалежно від практичного життя. Непродумані програми, які залишаються лише на папері, породжують недовіру до владних структур та до законодавчих актів, що ними приймаються. В соціальній сфері нормативно-правові акти часто приймаються не для здійснення їх реального впливу на суспільні відносини, а з метою зняття соціального напруження.

У зв'язку з цим, важко переоцінити важливість належного рівня правової підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я, які щодня приймають відповідальні рішення, від яких залежать життя і здоров'я людей. Повною мірою сказане відноситься і до професійної діяльності правознавців, що супроводжують діяльність медичних та фармацевтичних працівників. І не випадково у 1977 р. на IV міжнародній медико-правовій конференції в м. Празі було визнано за необхідне розробити спеціальний вид (розділ) права – медичне право, зосередивши його зміст на юридичних аспектах прав і обов'язків працівників сфери охорони здоров'я.

Необхідно також зауважити, що морально-етичні вимоги, що пред'являються до медичних і фармацевтичних працівників, складаючи основу професійності фахівців у сфері охорони здоров'я, межують з правовими нормами. Тому сучасні правові основи функціонування сфери охорони здоров'я не залишають іншого вибору фахівцям у цій сфері, ніж отримання відповідних знань з питань правової регламентації професійної діяльності.

Необхідно доповнити, що медичне право в Україні, як й інші галузі вітчизняного права, розвивається на принципах континентальної системи права, в якій основним джерелом права визнається нормативно-правовий акт. Нормативно-правові акти, в підготовці яких приймають участь як правознавці, так і інші фахівці сфери охорони здоров'я, у сукупності створюють систему медичного законодавства. І не остання роль в цьому процесі належить фахівцям, у тому числі Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого. А теорія і практика сучасної системи охорони здоров'я переконливо свідчать, що здійснення прав громадян на охорону здоров'я можливе лише за умов розвинутих суспільних відносин, врегульованих на належному рівні нормами права.

Саме це слід враховувати, вивчаючи співвідношення суспільства, держави та права.

Крім того, невизнання основоположної сутності охорони здоров'я як цілісної та органічної системи, яка самостійно набуває розвитку, стримує її реформування у відповідності до об'єктивних суспільних законів. Як наслідок, законодавчі приписи втрачають об'єктивну можливість здійснювати правове регулювання суспільних відносин у цій сфері, у тому числі методами прямого та опосередкованого управління. І навпаки, розуміння об'єктивної форми та сутності сучасної охорони здоров'я, вивчення та врахування при здійсненні правового регулювання об'єктивних законів її існування та розвитку дозволяє не лише впливати на систему згідно управлінських завдань, але й реалізовувати метод наукового прогнозування варіантів розвитку сфери охорони здоров'я.

Тому в умовах побудови в Україні правової держави стрімко зростає роль медичного права, як основоположного регулятора суспільних відносин у такій виключно важливій сфері, як охорона здоров'я. А у зв'язку з тим, що здоров'я завжди було є і буде головним багатством людини, в сучасному світі проблематика правового супроводження надання медичного та фармацевтичного обслуговування є невід'ємною частиною життя будь-якої людини.

Зважаючи на потреби сьогодення, особлива увага нами приділяється правовому регулюванню окремих видів діяльності в сфері охорони здоров'я, виявленню та усуненню дефектів надання медичної допомоги, а також юридичній відповідальності за правопорушення в сфері медичної та фармацевтичної діяльності. Тому діяльність Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого з розповсюдження й пропаганди спеціальних медико-правових знань є досить актуальною і своєчасною.

Н.О. Гуторова

В.М. Пашков

ТЕЗИ НАУКОВИХ ПОВІДОМЛЕНЬ ВИКЛАДАЧІВ, ПРАКТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА МАГІСТРІВ

Козаченко А. І.,

д. ю. н., доцент,

*завідувач кафедри теорії та історії
держави і права*

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

УПРАВЛІННЯ ЗЕМСЬКИМИ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ У ПОЛТАВСЬКІЙ ГУБЕРНІІ НАПРИКІНЦІ ХІХ – ПОЧАТКУ ХХ СТ.

З огляду на актуальність проблеми оптимізації управління комунальними медичними закладами України та розширення їх автономії, може бути корисним досвід діяльності земського самоврядування кінця ХІХ – початку ХХ ст.

Наприкінці ХІХ – початку ХХ ст. до установ, які забезпечували функціонування закладів охорони здоров'я, належали губернські й повітові земські збори та управи. Губернські й повітові земські збори мали право розглядати урядові законопроекти і вносити до них свої пропозиції, звертатися до уряду з клопотанням про уведення в дію нормативних актів. Земські збори розглядали та затверджували плани заходів, звіти управ і комісій про виконану роботу в галузі охорони здоров'я. Стаття 108 «Положення про губернські і повітові земські установи» 1890 р. помітно розширила повноваження губернських земських зборів, надавши їм право ухвалювати обов'язкові для виконання місцевим населенням постанови з питань охорони здоров'я, профілактики епідемій і дотримання санітарних норм [1, с. 508]. Згідно «Інструкції із завідування лікувальними установами Полтавського губернського земства» 1913 р. земські збори вирішували питання створення земських медичних закладів, їх фінансування, встановлювали штати, ухвалювали рішення про проведення санітарно-епідеміологічних заходів, формували спеціальні медичні і санітарні комісії та ради при управах [2, с. 2].

Земській управі належало право призначати і звільняти земських службовців, здійснювати управління земськими медичними закладами та контролювати їх діяльність, встановлювати форму діловодства. У складі управи діяв медичний відділ, на який покладалося організаційне забезпечення діяльності медичних закладів, благодійних установ, пенсійне забезпечення й надання соціальної допомоги [3, с. 68].

Безпосереднє управління земськими лікувальними закладами за «Статутом лікувальних закладів» 1893 р. здійснювали головний лікар і правління лікарні, до складу правління входили головний лікар і два лікарі [4, с. ХІІІ]. Контроль за діяльністю земських медичних установ, земських зборів та управи в галузі охорони здоров'я покладался на Міністерство внутрішніх справ, якому підпорядковувалися Медичний департамент, губернатор, інспектори губернського лікувального відділу і повітової лікувальної управи. Функціонування такої системи державних контролюючих органів викликало незадоволення повітових земств.

При губернських і повітових земських управах почали діяти санітарно-медичні ради та бюро. Основним напрямком їх діяльності була організація

функціонування повітових земських лікувальних установ з метою встановлення причин епідемій, провадження профілактичних заходів і лікування хворих.

Згідно Інструкції 1913 р. земська управа зараховувала на посади і звільняла земських лікарів та фельдшерів. Право ініціювати звільнення їх із займаних посад належало губернському лікувальному відділу, повітовій лікувальній управі, земським зборам і земській управі [2, с. 2, 3]. Працівників молодшого медичного персоналу управа зараховувала й звільняла з посад за поданням земського лікаря або фельдшера. Скарги і клопотання медичного персоналу розглядала губернська лікарська рада, до складу якої входили лікарі державних, земських і приватних лікарень [4, с. 88, 89].

Прийнятий у 1893 р. губернськими земськими зборами «Табель посад» мав за мету наблизити систему управління земськими медичними закладами до управління державними медичними закладами, прирівнявши посади земських службовців до посад державних чиновників. Так, до II класу Табелі відносив старших лікарів губернських лікувальних закладів, до III класу – ординаторів губернських лікувальних закладів і земських лікарів, до IV – ветеринарних лікарів, до V – аптекарів і провізорів, до VII й VIII – фельдшерів та акушерок відповідно [3, с. 133-135].

Таким чином, земські нормативно-правові акти детально регламентували систему управління медичними закладами. Земське самоврядування Полтавської губернії користувалося широкими повноваженнями з питань управління медичними закладами. Земство здійснювало заходи з метою підвищення ефективності управління, оптимізації медичного персоналу, намагалося обмежити надмірний контроль за діяльністю медичних установ з боку держави.

Література:

1. Положение о губернских и уездных земских учреждениях 1890 г.// ПСЗ. – СПб., 1893. – Собр. 3. – Отд. 1. – Т. X. – № 6927. – С. 493-511.
2. Инструкция по заведыванию лечебными учреждениями Полтавского губернского земства. – Полтава : Тип. Попиловых, 1913. – 46 с.
3. Систематический свод постановлений и распоряжений Полтавского губернского земства (далее – ПГЗ) за вторые четыре трехлетия (с 1883 по 1894 г.). – Полтава: Типо-Литограф. Л. Фришберга, 1898. – Вып. 1. – 528 с.
4. Систематический свод постановлений и распоряжений ПГЗ за вторые четыре трехлетия (с 1883 по 1894 г.). – Полтава : Типо-Литограф. Л. Фришберга, 1901. – Вып. II. – 1237 с.

Котвіцька А.А.,

д. фарм. н., проф. кафедри соціальної фармації НФаУ
Бардакова Л. В.,

асистент кафедри соціальної фармації НФаУ

ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМ ПАРЛАМЕНТСЬКОГО КОНТРОЛЮ У СФЕРІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

У сучасних умовах розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я, важливим залишається питання державного контролю за обігом ЛЗ. Провідне місце у механізмі контрольної діяльності держави посідає парламентський контроль, оскільки є єдиним законодавчим та вищим представ-

ницьким органом державної влади, який має виключне право виступати від імені українського народу. Парламентський контроль здійснюється Верховною Радою України (ВРУ) як безпосередньо, так і її органами, посадовими особами, народними депутатами України та спеціалізованими допоміжними інституціями – Уповноваженим ВРУ з прав людини тощо. Контроль в аналізованій сфері означає здатність і можливість впливу держави на поведінку людей та суб'єктів забезпечення контролю за обігом ЛЗ.

Відповідно до ст. 85 п. 13 Конституції України, закріплено право ВРУ на здійснення контролю за діяльністю КМУ, а п. 33 на здійснення парламентського контролю у межах, визначених цією Конституцією. Контрольні повноваження Верховної Ради України передбачені ст. 85 та іншими статтями Основного закону [1].

Тому метою нашої роботи стало дослідження форм здійснення парламентського контролю у сфері обігу ЛЗ.

Для розкриття сутності парламентського контролю в сфері обігу ЛЗ нами здійснено характеристику законодавства, що регламентує державний контроль у сфері обігу ЛЗ. Так, Законом України від 04.04.1996 № 123/96-ВР встановлено порядок державного контролю, повноваження органів виконавчої влади, права та обов'язки фізичних і юридичних осіб у сфері обігу ЛЗ [2]. Контрольні повноваження суб'єктів контролю за додержанням фізичними особами вимог законодавства у сфері обігу ЛЗ покладено на Держлікслужбу України, МОЗ України, МВС України, СБ України, Держмитслужбу України та інші органи у межах їх повноважень.

Варто зазначити, що особливістю досліджуваного питання є багатосуб'єктність органів, що здійснюють контроль в зазначеній сфері. Контрольна функція ВРУ реалізується через відповідні повноваження, а її специфіка виявляється в тому, що контрольні повноваження присутні у всіх функціях ВРУ і на всіх стадіях парламентського процесу. При цьому контрольна функція реалізується через дві групи повноважень, а саме: повноваження, які мають тільки контрольне значення; повноваження, які мають комплексний характер і належать як до контрольної, так і до інших функцій ВРУ [1].

Стосовно об'єкту парламентського контролю серед науковців існують різні думки. Так, О. М. Музичук, вважає, що об'єктом є усі суб'єкти суспільних відносин, діяльність яких регулюється законодавчими актами парламенту, а виявлення недоліків у їх діяльності є підставою внесення змін та доповнень до законодавчих актів, прийняття нових або скасування чинних [3].

Враховуючи вищенаведене, можна стверджувати, що об'єктом парламентською контролю у сфері обігу ЛЗ є суб'єкти суспільних відносин, діяльність яких регулюється законодавчими актами парламенту у досліджуваній сфері.

Для парламентського контролю у сфері обігу ЛЗ характерні спеціальні форми реагування на порушення законності в діяльності суб'єктів контролю: прийняття, зміна чи скасування законодавчого акту, який регламентує їх діяльність; парламентське слухання з питань дотримання суб'єктами контролю в цій сфері конституційних гарантій та законності в забезпеченні прав і свобод людини у сфері обігу ЛЗ, тощо.

Висновок. Досліджено форму здійснення парламентського контролю за виконанням прийнятих законів, постанов та інших актів, шляхом дотриман-

ня їх приписів усіма суб'єктами контрольних правовідносин у сфері обігу ЛЗ у їх практичній діяльності. Встановлено, що особливістю досліджуваного питання є багатосуб'єктність органів, що здійснюють контроль в зазначеній сфері. Діяльність парламенту України зі здійснення контролю за виконанням законів у сфері обігу ЛЗ, необхідно розглядати як один із основних напрямів контрольної діяльності ВРУ в цій сфері.

Література:

1. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96 – ВР // ВВР. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>
3. Музичук О. М. Парламентський контроль за діяльністю правоохоронних органів в Україні / О. М. Музичук // Європейські перспективи. – № 2 ч. 1. – 2011. – С. 24-28.

Котвіцька А. А.,

д. фарм. н., проф. кафедри соціальної фармації НФаУ

Суріков О. О.,

к. фарм. н., доц. кафедри соціальної фармації НФаУ

Бортяна Н. В.,

студентка фармацевтичного факультету №2 НФаУ

ВИВЧЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ УТИЛІЗАЦІЇ ТА ЗНИЩЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В МІЖНАРОДНІЙ ТА ВІТЧИЗНЯНІЙ ПРАКТИЦІ

Фармацевтична продукція належить до однієї із найбільш специфічних категорій відходів, оскільки в разі неправильної утилізації наносить величезну шкоду оточуючому середовищу й людям. Турбота про навколишнє середовище виступає одним із основних завдань аптечних закладів й передбачає забезпечення епідеміологічного благополуччя у разі здійснення фармацевтичної діяльності.

Метою нашої роботи став аналіз нормативно-правового регулювання процесу утилізації та знищення лікарських засобів (ЛЗ).

Аналізуючи міжнародний досвід щодо регулювання утилізації ЛЗ нами встановлено, що у Спільних рекомендаціях Міжнародної фармацевтичної федерації та Всесвітньої організації охорони здоров'я із Належної фармацевтичної практики «Стандарти якості фармацевтичних послуг» (Женева, 2011) зазначено, що фармацевтичні працівники повинні сприяти забезпеченню утилізації відходів ЛЗ у аптеках, а також здійснювати заходи щодо заохочення повернення населенням прострочених чи непотрібних ліків й медичних виробів. Також фармацевтичні працівники мають надати відповідну інформацію хворим щодо безпечної утилізації прострочених чи непотрібних ліків [1, 2].

Наступним етапом нашого дослідження стало вивчення нормативно-правового регулювання знищення ЛЗ в Україні. Необхідно зазначити, що за останні два роки в Україні втратили чинність низка нормативно-правових актів, що регулюють даний аспект. Серед документів, що втратили чинність необхідно відзначити «Порядок одержання дозволу на виробництво збері-

гання, транспортування, використання, захоронення, знищення та утилізацію отруйних речовин, у тому числі продуктів біотехнології та інших біологічних агентів», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 20.06.1995 р. № 440 та «Правила проведення утилізації та знищення неякісних лікарських засобів» затверджених наказом МОЗ України від 08.07.2004 р. № 349.

Останній документ було скасовано з прийняттям Наказу МОЗ України від 24.04.2015 р. № 242 «Про затвердження Правил утилізації та знищення лікарських засобів», якими визначено загальні вимоги поводження з ЛЗ, що не підлягають використанню, з метою недопущення їх подальшого обігу. Положення наказу стосуються усіх суб'єктів господарювання, які здійснюють діяльність, пов'язану з обігом ЛЗ, утилізацією та знешкодженням відходів та є обов'язковим для виконання.

Нові правила утилізації містять наступні важливі положення [3]:

- ЛЗ, що не підлягають подальшому використанню, набувають статусу «відходів» та передаються для утилізації або знешкодження до суб'єктів господарювання, які мають відповідні ліцензії на провадження господарської діяльності у сфері поводження з небезпечними відходами;
- суб'єкти господарювання, які мають ЛЗ, що не підлягають подальшому використанню, надають органам державного контролю за місцем провадження діяльності інформацію про передачу таких ЛЗ на утилізацію або знешкодження;
- суб'єкти господарювання, яким були передані для утилізації або знешкодження ЛЗ, що не підлягають подальшому використанню, щокварталу надсилають до державного органу, який видав ліцензію на провадження господарської діяльності у сфері поводження з небезпечними відходами.

Висновки. З урахуванням міжнародного та вітчизняного досвіду щодо нормативно-правового регулювання утилізації та знищення ЛЗ, нами встановлені принципові відмінності, які полягають у тому, що в Україні жоден з чинних нормативно-правових актів не висвітлює проблему утилізації ЛЗ, термін придатності яких закінчився та залишків невикористаних ЛЗ серед населення. Враховуючи національні особливості та менталітет громадян України щодо поводження з відходами, враховуючи небезпечність ЛЗ для населення й навколишнього середовища, вважаємо за необхідне опрацювання норм, щодо діяльності аптек у цьому напрямку, та встановлення порядку прийому відходів ЛЗ від населення.

Література:

1. Кривомаз Т. Питання утилізації ліків залишається відкритим. – «Фармацевт Практик». – 2015. – № 9. – Режим доступу: <http://fp.com.ua/articles/pitannya-utilizatsiyi-likiv-zalishayetsya-vidkritim/>.
2. НАЛЕЖНА АПТЕЧНА ПРАКТИКА: Стандарти якості аптекних послуг (Спільна настанова МФФ/ВООЗ з НАП). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/897_009.
3. Про затвердження Правил утилізації та знищення лікарських засобів: Наказ МОЗ України від 24.04.2015 р. – № 242. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0550-15>

*Котвіцька А.А.,
д. фарм. н., проф. кафедри соціальної фармації НФаУ
Черкашина А.В.,
к. фарм. н., доц. кафедри соціальної фармації НФаУ*

СУЧАСНИЙ СТАН НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОСУПРЕСИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Сучасним і важливим напрямком розвитку медицини є трансплантологія, яка вважається індикатором якості й рівня надання медичної допомоги, а також ступеня розвитку країни і суспільства в цілому.

Загальновідомо, що невід'ємною складовою продовження життя хворих після пересадки органів є профілактика відторгнення трансплантату, що передбачає безперерйний пожиттєвий прийом препаратів імуносупресивної терапії у індивідуально підібраній комбінації та дозах.

Метою нашої роботи став аналіз сучасного стану нормативно-правового регулювання з питань раціонального використання лікарських засобів (ЛЗ) імуносупресивної дії в Україні.

За результатами проведеного нами структурного аналізу фармацевтичного ринку України (за кількістю Міжнародних непатентованих назв (МНН) і торгових назв (ТН) з урахуванням лікарських форм та без урахування дозувань), встановлено, що даний сегмент імуносупресивних ЛЗ представлений 27 ТН та 13 МНН. Необхідно відзначити, що всі без винятку препарати імуносупресивної терапії для профілактики відторгнення органних трансплантантів є ліками закордонного (імпортного) походження, що знижує рівень фізичної та економічної доступності життєво необхідних ЛЗ для українських споживачів.

За результатами аналізу НД з питань раціонального використання ЛЗ імуносупресивної дії визначено їх неузгодженість. Негативною тенденцією, на нашу думку, є те, що до Національного переліку ОЛЗ та рекомендованого переліку ВООЗ входить лише два імуносупресанти – *азатіоприн* і *циклоsporин*. Відсутність інших імуносупресантів у Національному переліку ОЛЗ призводить до зниження їх економічної доступності, оскільки на них не розповсюджується дія ПКМУ від 17.10.2008 №955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» (у ред. ПКМУ від 09.12.2015 №1134) і ціни на них не підлягають державному регулюванню (не встановлюється граничний рівень постачальницько-збутової та роздрібної надбавки).

Аналіз складу регулюючих переліків щодо наявності ЛЗ імуносупресивної дії представлено в таблиці.

Аналіз складу регулюючих переліків щодо наявності лікарських засобів імуносупресивної дії

Лікарський засіб	Національний перелік ОЛЗ (ПКМУ №333)	Бюджетний перелік ЛЗ (ПКМУ №1071)	Державний формуляр ЛЗ (Наказ МОЗ №183)	Перелік ОЛЗ ВООЗ
Антитимоцитарний глобулін	-	-	+	-

Адалімумаб	-	+	+	-
Азатіоприн	+	+	+	+
Базиліксімаб	-	+	+	-
Еверолімус	-	+	+	-
Етанерцепт	-	+	+	-
Інфліксимаб	-	+	+	-
Лефлуномід	-	+	+	-
Мікофенолатмофетіл	-	+	+	-
Такролімус	-	+	+	-
Талідомід	-	+	+	-
Тоцилізумаб	-	+	+	-
Циклоспорин	+	+	+	+

Висновки. Як свідчать результати нашого аналізу, важливою медико-фармацевтичною проблемою забезпечення хворих після трансплантації є низький рівень економічної доступності імуносупресивних ЛЗ для хворих, що обумовлено імпортозалежністю вітчизняного фармринку, а також неузгодженістю НД з питань раціонального використання ЛЗ імуносупресивної дії, що ускладнює надання необхідної медико-фармацевтичної допомоги хворим на усіх етапах. Основними напрямками вирішення зазначеної проблеми є розширення Національного переліку ОЛЗ ЛЗ імуносупресивної дії, а також стимулювання вітчизняної фармацевтичної промисловості до виготовлення зазначеної групи препаратів.

Котвіцька А.А.,

д. фарм. н., проф. кафедри соціальної фармації НФаУ
Кубарєва І.В.,

к. фарм. н., доц., завідувач кафедри соціальної фармації НФаУ

СУЧАСНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Й ФАРМАЦІЇ

На сьогодні в Україні питання стандартизації та нормативно-правового визначення термінології різних галузей економіки й науки, в першу чергу соціально спрямованих, які підлягають державному регулюванню та контролю набуває особливої актуальності. Тому, *метою* нашої роботи стало здійснення аналізу положень чинного законодавства в аспекті фармацевтичної термінології з метою виявлення протиріч та визначення напрямів удосконалення відповідно до вимог сучасності.

Для досягнення зазначеної мети нами проведено контент-аналіз основних нормативно-правових актів (НПА), які регламентують діяльність системи охорони здоров'я України. За його результатами встановлена відсутність законодавчого визначення фармації як системи, що надає допомогу та (або) послуги [1, 3]. На сьогодні у вітчизняному законодавстві взагалі відсутні визначення таких термінів, як «фармація» й «фармацевтична діяльність», «фармацевтична допомога», «фармацевтична послуга». Позитивним фактом, на нашу думку, є наявність у вітчизняному законодавстві таких термінів, як «охорона здоров'я», «медична допомога», «медична послуга», «паліативна допомога», «екстрена «медична допомога», «орфанні захворюю-

вання» і, навіть, «нетрадиційна медицина». Разом з тим, стосовно фармації, надано визначення термінів «оптова торгівля лікарськими засобами», «роздрібна торгівля лікарськими засобами». Таким чином, на нашу думку, нівелюється медико-фармацевтична та соціальна складова діяльності всього потужного фармацевтичного сектору України. Окрім того, саме за відсутності законодавчого визначення основних організаційно-соціальних термінів спостерігається різновекторність теоретичної й практичної підготовки фахівців фармації, що в свою чергу, обумовлює її недостатню відповідність запитам практики. Враховуючи сучасний напрям реформування вітчизняної медицини й фармації, а саме запровадження страхової медицини і системи реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги населенню, постає необхідність законодавчого закріплення термінів, що набувають значного фінансового та соціально-економічного значення [2]. До таких термінів, в першу чергу, відносяться: « страхова медицина », « реімбурсація », « страховий рецепт ». Окрім того, враховуючи обмеженість ресурсів вітчизняної охорони здоров'я, вкрай необхідним є, на нашу думку, впровадження класифікації захворювань залежно від їх соціально-економічного значення. В першу чергу, необхідно надати нормативно-правове визначення «соціально-небезпечних» та «соціально-значущих» захворювань з наступним затвердженням відповідних переліків вказаних захворювань, як основних потенційних об'єктів у системі соціального медичного страхування та реімбурсації. Необхідно зазначити, що вітчизняними науковцями, зокрема Національного фармацевтичного університету, проводиться системна кропітка фахова робота з формулювання найважливіших дефініцій і термінів у фармації, що підтверджено виданням 3-ї редакції Фармацевтичної енциклопедії та новітнім виданням – Енциклопедичний тлумачний словник фармацевтичних термінів [4]. У згаданих виданнях надано визначення переважної більшості організаційних та соціально-економічних термінів в охороні здоров'я й фармації. Тем не менш, проблема їх законодавчого закріплення залишається не вирішеною.

Таким чином, першочерговим завданням у процесі реформування вітчизняної охорони здоров'я й фармації є, на нашу думку, удосконалення чинного законодавства в аспекті затвердження фармацевтичної термінології з урахуванням результатів наукових досліджень та провідного зарубіжного досвіду.

Література:

1. Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зі зм. та доп. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. Котвіцька А. А. Наукове узагальнення сучасних засад імплементації систем реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги в європейських країнах / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2015 р. – № 6. – С. 87-91.

2. Основи права та законодавства у фармації : нац. підруч. для студентів вищ. навч. закл. / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, О. О. Суриков та ін. ; за ред. А. А. Котвіцької. – Харків: НФаУ : Золоті сторінки, 2016. – 528 с. – (Національний підручник).

3. Фармацевтична енциклопедія. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/>.

Котвіцька А.А.,

д. фарм. н., проф. кафедри соціальної фармації НФаУ
Кубарєва І.В.,

к. фарм. н., доц., завідувач кафедри соціальної
фармації НФаУ

Волкова А.В.,

к. фарм. н., доц. кафедри соціальної фармації НФаУ

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРИНЦИПІВ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ

За сучасних умов реформування системи законодавства України, і вищої освіти зокрема, актуальним є питання впровадження принципів академічної чесності, правил і підходів оцінки якості й оригінальності наукових творів, навчально-методичних робіт і встановлення чітко визначених критеріїв притягнення до відповідальності за недотримання норма законодавства. На разі питання академічної доброчесності, як «культури з усталеними нормами», активно обговорюються у світі та в Україні у наукових і освітянських колах [1].

Метою нашої роботи стало проведення аналізу нормативно-правових засад регулювання академічної доброчесності в Україні з використанням методів контент-аналізу, історичного, порівняльного аналізу.

Сьогодні академічна доброчесність розглядається, в першу чергу, через призму плагіату [1]. Законом України (ЗУ) «Про авторське право і суміжні права» визначено термін «плагіат» [2], а поняття академічного плагіату окреслено положеннями ст. 69 ЗУ «Про вищу освіту», згідно якого «академічний плагіат – це оприлюднення (частково або повністю) наукових результатів, отриманих іншими особами, як результатів власного дослідження та/або відтворення опублікованих текстів інших авторів без відповідного посилання» [3].

За результатами аналізу нормативних документів і літературних джерел встановлено, що серед форм академічної недоброчесності науковців виділяють запозичення, фальсифікацію, самоплагіат, компіляцію, привласнення [1, 2, 4]. А за даними опитування студентів вищих навчальних закладів (ВНЗ) фахівцями Східноукраїнського Фонду соціальних досліджень, найбільш розповсюдженими формами плагіату серед українського студентства є рерайт (майже 50% опитаних студентів признали факт його використання), запозичення (більше 30% опитаних), дослівний і мозаїчний плагіат (більше 20% опитаних) і републікація або самоплагіат (15% опитаних) [1, 5]. Даний факт, на жаль, свідчить про широке поширення академічної недоброчесності ще на етапі формування молодих учених України.

Нами проаналізовано нормативно-правові акти щодо регулювання питань запобігання академічному плагіату, встановлення фактів і визначення відповідальності за його використання. Встановлено, що відповідно до ст. 16 ЗУ «Про вищу освіту» передбачено, що на рівні ВНЗ створюється система забезпечення якості освіти, у тому числі і шляхом «...забезпечення ефективної системи запобігання та виявлення академічного плагіату у наукових працях працівників ВНЗ і здобувачів вищої освіти», однак ст. 32 передбачено лише дисциплінарну відповідальність за виявлення фактів академічного плагіату [3]. Окрім цього встановлено, що незаконне використання об'єктів права інтелектуальної власності, порушення авторського права і суміжних прав відповідно до положень Кодексу України про адміністративні право-

порушення, Цивільного і Кримінального кодексів України передбачає адміністративну, цивільну або кримінальну відповідальність у вигляді штрафів, виправних робіт, конфіскації майна або позбавлення волі.

Також необхідно відзначити, що відповідно до положень Етичного кодексу ученого України, який затверджено 15.04.2009 р. Загальними зборами Національної академії наук України, принципи моралі, гуманізму, рівності є фундаментальними у роботі науковців. Учений при проведенні досліджень і оприлюдненні їх результатів повинен дотримуватись правил захисту інтелектуальної власності, не допускати використання фабрикування, фальшування даних, піратства, плагіату. Однак, недотримання норм даного Етичного кодексу передбачає лише моральну відповідальність ученого [6].

Таким чином, можна стверджувати про наявність певних неузгодженостей у законодавстві України щодо питань відповідальності за недотримання правил академічної доброчесності, що в свою чергу впливає на розвиток академічної культури серед студентів, науковців, викладачів ВНЗ України. Отже, одночасно з впровадження просвітницьких програм щодо зміни свідомості академічної спільноти у питаннях доброчесності, на нашу думку, потребує вдосконалення нормативна база забезпечення дотримання правил академічної чесності на рівні держави і навчальних закладів.

Література:

1. Академічна чесність як основа сталого розвитку університету / Міжнарод. благод. Фонд «Міжнарод. фонд. дослідж. освіт. Політики»; за заг. ред. Т. В. Фінікова, А. Є. Артюхова – К.; Таксон, 2016. – 234 с.
2. Про авторське право і суміжні права [Електронний ресурс] : закон ВР України від 23.12.1993 № 3792-ХІІ – Режим доступу : URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3792-12> – Верховна Рада України.
3. Про вищу освіту [Електронний ресурс] : закон ВР України від 01.07.2014 № 1556-VII. – Режим доступу : URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> – Верховна Рада України.
4. Малахов В. Етичний кодекс ученого: аксіологія і прагматика / В. Малахов // Вісн. НАН України. – 2009. – № 5. – С. 12-19.
5. Академічна культура українського студентства: основні чинники формування та розвитку [Електронний ресурс] : Режим доступу : URL : http://iro.org.ua/uploads/Матеріали_для_ознайомлення_за_результатами_проекту_№491691.pdf.
6. Етичний кодекс ученого України // Вісн. НАН України. – 2009. – № 7. – С. 64-68.

Куцепал С. В.,

д.філос.н., професор, завідувач кафедри гуманітарних та соціально-економічних навчальних дисциплін

ПЮІ ННУ ім. Я. Мудрого

МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ ЯК СОЦІАЛЬНА РЕАЛІЯ

Сучасний глобалізований світ, що характеризується лібералізацією відносин в галузі економіки, політики та міжнародних зв'язків, надає людині безліч можливостей для задоволення її нагальних потреб – освітніх, економічних, дозвільних, соціальних тощо. Характерною рисою людини XXI століття можна вважати мобільність (територіальну, виробничу, освіт-

ню, соціальну), що забезпечує здатність пристосовуватися до різних соціальних середовищ, міняти умови побуту, праці та лікування. В таких умовах одним з найбільш ефективних національних капіталовкладень у розвиток особистості та суспільства стає туристична галузь, оскільки є стабільним джерелом доходів держави та господарчих суб'єктів.

Серед значної кількості класифікацій туризму виокремимо розподіл туризму на активний та пасивний. До першого традиційно відносять різноманітні види подорожей та розваг, що вимагають спеціальної фізичної підготовки та супроводжуються значною фізичною напругою; до другого – різновиди усталеного відпочинку, що не потребують значних фізичних зусиль, орієнтовані на відпочинок та оздоровлення на морських, водолікувальних або гірських курортах, до цієї категорії можна віднести й так званий «зелений туризм», маршрути якого зазвичай пролягають в екологічно чистих місцевостях.

Оздоровчий туризм як різновид пасивного туризму поширений вже досить довгий час, проте в останні десятиліття минулого століття і особливо в наш час стрімко розповсюджується *медичний туризм*, метою якого є поїздки в ті країни або навіть регіони, де співвідношення «ціна-якість» медичних послуг суттєво відрізняється від того, що існує в рідній країні медичного туриста, де кращі умови стаціонарного лікування, більш досконала та сучасна база для проведення різноманітних медичних обстежень та досліджень, неабияке значення також має рівень кваліфікації медичного персоналу.

Серед найбільш затребуваних медичних послуг, за якими вирушають за кордон, можна назвати послуги пластичної хірургії, стоматології, репродуктивні послуги (штучне запліднення та лікування безпліддя), трансплантаційна медицина, реабілітація, лікування онкологічних захворювань.

Значним попитом також користується якісна діагностика, можливість отримати консультацію у лікарів, репутація яких визнана на міжнародному рівні.

Перевага подорожі за програмою медичного туризму також в тому, що окрім вирішення суто медичної проблеми (лікування або діагностика), людина має офіційний дозвіл на отримання унікальних лікувальних послуг, які в силу різноманітних причин відсутні або недоступні в країні постійного проживання, забезпечити собі найбільш комфортні умови проживання, розраховує на повний супровід та підтримку відповідної туристичної агенції протягом усього часу перебування на лікуванні, має змогу відкрити для себе культурну, соціальну, побутову самобутність іншої нації або держави.

Туризм загалом та медичний туризм зокрема варто розглядати як певний вид людської активності та мобільності, як соціальний інститут та дієвий чинник суспільного розвитку, що виступає важливою формою реалізації людиною свого сутнісного потенціалу і життєвих сил, завдяки чому людина має змогу відволіктися від повсякденності, отримати нові емоційні та естетичні враження, що також сприяє реабілітації. Ще одна перевага медичного туризму – забезпечення умов для психологічного розвантаження, оскільки вдале лікування чи діагностика позбавляють від щоденного тягара неминучості страждань або очікування смерті, дозволяють усунути із свого життя (та життя близьких) все, що породжує стрес і страх, дають людині сили та насагу для життя, сприяють появі нових чуттєво-емоційних проявів.

Олюха В.Г.,

*д.ю.н., доц., завідувач кафедри конституційного,
міжнародного та приватного права*

Криворізького факультету НУ «ЮАУ»

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЦИНИ

Одним із засобів впливу на стихійні ринкові процеси, і в ідеалі спрямування їх на вирішення суспільних завдань є дозвільні процедури і зокрема, встановлене на держаному рівні ліцензування. В той же час необхідним є гармонічне застосування таких публічно-правових методів, яке дозволить усунути зайве регулювання та надмірні адміністративні бар'єри, що можуть знижувати підприємницьку ініціативу, заважають отримувати легальний прибуток суб'єктам підприємництва. У сфері медицини необхідним є збереження ліцензування, оскільки державний контроль за господарською діяльністю у цій сфері є окрай важливим.

У науковій літературі ліцензія розглядається у декількох аспектах. І.Д. Пастух ліцензію визначає як документ державного зразка, виданий компетентним органом або уповноваженою ним особою, який засвідчує право його володаря на провадження зазначеного в ньому виду діяльності, виконання певних дій або використання прав [1, с. 13]. Інша група авторів вбачає, що ліцензія – це дозвіл на здійснення певного виду господарської діяльності [2, с. 11; 3, с.112].

Бачиться, що ліцензію можна розглядати в різних аспектах, а саме: а) як документ державного зразка (цілісність інформації (відомостей) і матеріального носія, оформленого у зведеному порядку і який, відповідно до норм чинного законодавства, має юридичну силу); б) як дозвіл на здійснення певного виду господарської діяльності (право здійснювати той чи інший вид господарської діяльності надане певній особі); в) законодавча вимога (обов'язок суб'єкта господарювання дотримуватися ліцензійних умов під час провадження певного виду господарської діяльності).

Збереження ліцензування має відбуватися з одночасним переглядом вимог до медичних закладів, що проводять медичну діяльність. Так сучасною тенденцією має стати спрямованість на зниження вартості медичних послуг. Напрямок тут може бути перегляд до площі медичних закладів, що містяться у ДБН В. 2.2 – 10 – 2001, оскільки занадто велика площа збільшує вартість будівельних робіт та згодом витрати на утримання таких приміщень. Також це стосується і ліцензійних вимог до оснащення медичних кабінетів. Незрозумілою є ліцензійні вимоги, що спрямовані на те, щоб у складі медичних приватних закладів збільшувалась кількість медичного персоналу, що працює за основним місцем роботи у цьому закладі, адже якість медичних послуг від цього не зростає, але створюються штучні перешкоди для лікарів та приватних медичних закладів.

Таким чином, такий господарсько-правовий засіб як ліцензування необхідно зберегти у сфері медичних послуг, але доцільно розглянути напрями спрощення щодо вимог, які не впливають по суті на якість медичних послуг.

Література:

1. Пастух І. Д. Організаційно-правові засади ліцензування господарської діяльності в Україні: Автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.07 / Національна академія держ. податкової служби України. – К., 2005. – 19 с.

2. Радик І.Л. Правові проблеми екологічного ліцензування: Дис... канд. юрид. наук: 12.00.06 / Національна юридична академія України ім. Ярослава Мудрого. – Х., 2001. – 178 с.

3. Саніахметова Н.О. Підприємницьке право: Суб'єкти підприємництва. Кредитування. Оренда. Лізинг. Зовнішньоекономічна діяльність. Інвестиції. Антимонопольне законодавство. Захист від недобросовісної конкуренції. Реклама: Навч. посібник, 2-е вид. – К.: А.С.К., 2002. – 704 с.

Пашков В.М.,

*д.ю.н., доц., завідувач кафедри цивільно-
го, господарського та екологічного права
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРАВОВИЙ ГОСПОДАРСЬКИЙ ПОРЯДОК ЯК СКЛАДОВА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВОЮ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Проблема охорони здоров'я як невід'ємної частини соціальної безпеки та вироблення оптимальної стратегії її забезпечення у нерозривній єдності з формами реалізації державою економічної політики (ст. 9 ГК) вимагає застосування передбачених ст. 10 ГК основних напрямів економічної політики держави. Отже, принципово важливим є усвідомлення того, що в галузі охорони здоров'я загрозу становить не лише саме явище, а, насамперед, системні чинники, що його обумовлюють та призводять до неефективності впровадження державної політики в галузі охорони здоров'я, невідповідності між визначеними пріоритетами щодо забезпечення здоров'я громадян та ходом реформування економіки країни. Йдеться, зокрема, про створення нормативно-правових та економічних умов і механізмів, які б оптимізували розподіл відповідальності, саме держави, суб'єктів господарювання всіх форм власності та всього українського суспільства, як суб'єкта формування і практичної реалізації державної політики щодо охорони здоров'я. Тобто, галузь охорони здоров'я повинна стати органічною й ефективною складовою суспільно-економічного комплексу держави. З цієї точки зору, серед умов, що сприятимуть докорінному вдосконаленню як самої державної політики у галузі охорони здоров'я, так і підвищенню ефективності її практичного впровадження, та дозволять значною мірою нейтралізувати загрози національній безпеці, що зумовлені соціальними факторами ризику, слід розглядати: розроблення та реалізація єдиної концепції та програми розвитку галузі охорони здоров'я як невід'ємної частини соціальної безпеки України, яка б була органічно пов'язаною із суспільно-політичними і, особливо, економічними перетвореннями в державі, адже стан та розвиток галузі охорони здоров'я знаходиться у нерозривному причинно-наслідковому зв'язку зі станом та умовами розвитку реального сектору економіки, з впроваджуваною бюджетною, інвестиційною, кредитно-фінансовою, податковою політикою тощо. Нова єдина концепція та програма розвитку галузі охорони здоров'я як невід'ємної частини соціальної безпеки повинна базуватись на засадах забезпечення конституційно визначених соціальних гарантій та реалізації стратегічних пріоритетів соціально-економічного розвитку у нерозривній єдності з євроінтеграційними та глобалізаційними орієнтирами України. Інтереси та загрози пов'язанні із забезпеченням здоров'я громадян, а відтак і

соціальні пріоритети повинні визначатись в єдиній соціально-економічній площині щодо забезпечення соціальної безпеки як складової національної безпеки України; системне вдосконалення нормативно-правової бази з регулювання взаємовідносин у галузі охорони здоров'я, яке, зокрема, передбачало б формування механізмів підтримання балансу між зобов'язаннями держави щодо надання безоплатної медичної допомоги та якісного медичного обслуговування та її реальними можливостями; реформування організаційної структури управління та формування механізмів централізованого координування процесів впровадження державної політики у галузі охорони здоров'я, за умов об'єктивно існуючої розосередженості функцій щодо управління закладами охорони здоров'я за органами виконавчої влади та місцевого самоврядування і зростаючого рівня активності у цій сфері суб'єктів господарювання всіх форм власності, проблеми підвищення ефективності державного управління процесами забезпечення безоплатною медичною допомогою та якісного медичного обслуговування, захисту інтересів населення, протидії зловживанням у цій сфері набирають актуальності і ваги національної безпеки; істотне вдосконалення системи статистичної звітності щодо стану медичного обслуговування в країні, аналізу та прогнозування процесів у цій сфері, адаптація цієї системи до сучасних європейських стандартів; вдосконалення науково-аналітичного та прогнозного соціально-економічного обґрунтування законодавчих актів і урядових рішень та впровадження фахової експертизи їх регуляторного впливу.

Між тим, основними негативними факторами діяльності в системі охорони здоров'я є: несприятливі прогнози розвитку демографічної ситуації; недосконалість правового забезпечення діяльності галузі охорони здоров'я, в тому числі щодо правового регулювання діяльності державних, комунальних і приватних закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів господарювання, що здійснюють діяльність у галузі охорони здоров'я; відсутність правових підстав запровадження многоканального фінансування в галузі охорони здоров'я в зв'язку з неприйняттям законодавства про медичне страхування; відсутність управлінської вертикалі у системі охорони здоров'я; недосконала система прогнозування та планування діяльності в галузі охорони здоров'я; неефективне використання бюджетних коштів в системі охорони здоров'я та неможливість ефективного використання державних коштів державними та комунальними підприємствами, що здійснюють діяльність в галузі охорони здоров'я; недосконалість організаційно-правової форми державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що знижує ефективність їх діяльності в умовах ринкової економіки; недосконалість державної інноваційної політики в галузі охорони здоров'я тощо.

Сенюта І.Я.,

к.ю.н., доцент, завідувач кафедри медичного права ФПДО

ЛНМУ ім. Д. Галицького

МЕЖІ ЗДІЙСНЕННЯ ПРАВОВІДНОСИН МІЖ АДВОКАТОМ І ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КРІЗЬ ПРИЗМУ АДВОКАТСЬКОГО ЗАПИТУ

При провадженні медичної практики заклади охорони здоров'я нерідко розглядають численні звернення фізичних та юридичних осіб і в цьо-

му калейдоскопі необхідно знати нормативні алгоритми роботи з кожним суб'єктом. Одним з особливо складних видається механізм взаємовідносин із адвокатами. При розгляді адвокатських запитів слід пам'ятати такі аксіоми:

1) до адвокатського запиту додаються посвідчені адвокатом копії: 1) свідоцтва про право на заняття адвокатською діяльністю; 2) ордера або доручення органу (установи), уповноваженого законом на надання безоплатної правової допомоги. Вимагати від адвоката подання разом з адвокатським запитом інших документів забороняється;

2) при розгляді ордера слід з'ясувати:

а) чи прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи, що вказане в ордері, відповідає тому, яке зазначене в запиті, аби перевірити чи адвокат прагне отримати інформацію, копії документів про свого клієнта;

б) чи правильно вказано орган, у якому надається правова допомога. Відповідно до Рішення Національної асоціації адвокатів України № 61 від 4-5.07.2014 р. «Щодо інформації, яка зазначається в ордері адвоката та можливості його подання у декілька установ», в ордері потрібно обов'язково зазначати повну та точну назву того органу, в якому надається правова допомога, що не позбавляє можливості видачі адвокатом одного ордеру на декілька органів (установ), в яких буде надаватись правова допомога, з обов'язковим зазначенням в ордері усіх їх назв. Отож, медичний працівник, який уповноважений відповідати на адвокатський запит, повинен проаналізувати копію ордеру на предмет того чи з-поміж установ вказано заклад охорони здоров'я, у який надіслано запит. Якщо серед органів (установ) не передбачено конкретного закладу, який представляє медпрацівник, розгляд адвокатського запиту завершується інформуванням адвоката про те, що його запит оформлено всупереч чинному законодавству, з метою захисту персональних даних фізичної особи, він не підлягає розгляду в конкретному закладі охорони здоров'я, адже адвокат не підтвердив своїх повноважень на виконання професійних функцій щодо представництва інтересів клієнта саме в цій інституції.

в) аби при розгляді адвокатського запиту не помилитись щодо обсягу повноважень адвоката щодо його клієнта, а для закладу охорони здоров'я – пацієнта чи колишнього пацієнта, слід врахувати, що згідно з п. 14 Положення про ордер на надання правової допомоги та порядок ведення реєстру ордерів, затвердженого рішенням Ради адвокатів України від 17.02.2012 р. № 36 зі змінами і доповненнями, ордер, встановленої цим Положенням форми, є належним та достатнім підтвердженням правомочності адвоката на вчинення дій в інтересах клієнта. Про обмеження правомочності адвоката, встановлені угодою про надання правової допомоги, адвокат або керівник адвокатського об'єднання (бюро) зобов'язані вказати на звороті ордеру. Відтак, якщо на звороті ордеру не зазначено обмежень щодо правомочності, то для медичного працівника, що розглядає запит, діє презумпція повноти управленості адвоката.

г) варто підкреслити, що поряд з ордером можна використовувати такий інструмент як доручення органу (установи), уповноваженого законом на надання безоплатної правової допомоги, типова форма яких затверджена Наказом Координаційного центру з надання правової допомоги «Питання видання доручень центрами з надання безоплатної вторинної правової допомоги» від 25.12.2014 р. № 33. Слід враховувати, що в типових формах відра-

зу чітко зазначено обсяг вторинної правової допомоги, яку надаватиме адвокат, і в дуже невеликій кількості форм прописано представництво інтересів перед іншими особами, що передбачає і перед закладами охорони здоров'я.

Відтак, аби забезпечити дотримання прав людини, адвокатам і закладам охорони здоров'я слід максимально чітко дотримуватись нормативних меж при підготовці адвокатських запитів і наданні на них відповідей.

Стеценко В.Ю.,

*д. ю. н., проф., завідувач кафедри
галузевих юридичних дисциплін
НПУ ім. М.П. Драгоманова*

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Реалії сьогодення засвідчують важливість здійснення державою певних організаційно-правових кроків, спрямованих на покращення стану справ із охороною здоров'я громадян. На наше переконання, одним із важливих кроків на цьому шляху є запровадження на законодавчому рівні обов'язкового медичного страхування. Крок, доцільність якого наразі позиціонує і Міністерство охорони здоров'я України, і наукова і експертна спільнота. Рок, який здатен покращити якість надання медичної допомоги та збільшити фінансування медичної галузі.

З точки зору державної політики нагальна необхідність у запровадженні на законодавчому рівні обов'язкового медичного страхування обумовлена низкою факторів, які відображають, що це необхідно для таких суб'єктів:

а) громадян України, переважна більшість яких виступають час від часу як пацієнти, оскільки вони за результатами різних соціологічних досліджень значною мірою невдоволені доступністю та якістю медичної допомоги;

б) медичних працівників, оскільки у них з'явиться матеріальна заінтересованість якісно виконувати свою роботу, адже більш затребуваний спеціаліст буде отримувати більшу заробітну плату;

в) лікувально-профілактичних установ, оскільки вони реально отримуватимуть кошти за кожного пролікованого пацієнта і не так страждатимуть від одноканального фінансування, яке здійснюється виключно з бюджету;

г) суспільства у цілому, оскільки воно буде сприймати обов'язкове медичне страхування як додатковий аргумент соціального забезпечення та уваги з боку держави;

г) власне держави, оскільки механізм витрат коштів на фінансування медичних послуг стане прозорішим, а механізм впливу на лікувально-профілактичні установи, які надають неякісну медичну допомогу, дієвішим тощо.

Сутність та основні пріоритети державної політики в галузі охорони здоров'я в контексті медичного страхування повинні полягати у пошуках шляхів максимально можливого рівня медичного забезпечення населення при 100-відсотковому гарантуванні мінімуму надання медичних послуг. Іншими словами, кожен, хто б не звернувся за медичною допомогою, має її отримати в тому обсязі, в якому держава через різні механізми, і насамперед обов'язкове медичне страхування, профінансувала.

Загалом ми вважаємо, що принципами української державної політики в галузі охорони здоров'я в контексті медичного страхування повинні стати такі:

- законність, тобто чітке та неухильне виконання приписів законів, які стосуються загальної організації охорони здоров'я та обов'язкового медичного страхування;
- гуманістичність, котра виявляється у людиноцентристській спрямованості реформування вітчизняної медицини. Іншими словами, реформи не заради реформ, а реформи заради забезпечення реалізації прав людини;
- фінансова обумовленість – це чітка залежність пропонованих кроків тим коштам, котрі виділяються у бюджеті на охорону здоров'я;
- стадійність, щоб обов'язкове медичне страхування вводилося в практичну площину послідовно, крок за кроком, без зупинок та перерв.

Стеценко С.Г.,

*д. ю. н., проф., член-кореспондент НАПрН України,
заслужений діяч науки і техніки України,
перший заступник начальника*

Інституту кримінально-виконавчої служби

БІОЮРИСПРУДЕНЦІЯ ЯК НОВИЙ НАПРЯМ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Наразі медичне право як новітнє правове утворення потребує, серед іншого, здійснення теоретико-правових та методологічних наукових розвідок, які спрямовані на формування власного понятійно-категоріального апарату, предмету, системи цієї галузі права, показу шляхів її розвитку. У цьому зв'язку одним із важелів такого роду діяльності може стати пропозиція виокремлення біоюриспруденції як нового напрямку наукових досліджень.

Розглядаючи теоретичні можливості поєднання життя людини у якості об'єкта дослідження та використання правового інструментарію як способу отримання нових знань, на порядку денному виникає питання назви та обґрунтування інтегруючого цих двох явищ поняття. Іншими словами, задання полягає у пошуку відповіді на запитання: чи є реально можливим запропонувати напрям сучасної правової науки, котрий би займався вивченням життя людини як ключової біосоціальної цінності? Цей напрям повинен здійснити переорієнтування права як такого з відображення домінування природи людини (природне право) чи нормативно закріпленого веління держави (позитивне право) до визнання пріоритету життя людини. Як видається, таким напрямом здатна стати біоюриспруденція.

Термін «біоюриспруденція» в науковий обіг вперше увів польський дослідник Роман Токарчик, професор Люблінського університету імені Марії Кюрі-Скłodowskiej. У 2008 році світ побачила його монографія «Біоюриспруденція. Засади права для ХХІ століття». У самому широкому розумінні походження поняття біоюриспруденції пов'язане із грецьким словом «bios» – життя та латинським «juris prudentia» – знання про право.

Стосовно визначення, то нами пропонується наступне: біоюриспруденція – це новітнє науково-правове утворення, в основі якого лежить сприйняття життя людини у якості найвищої біосоціальної цінності, метою яко-

го є забезпечення та захист правовими засобами життя людини у зв'язку з інтенсивним розвитком біології та медицини. Таке визначення дозволяє чітко усвідомити життя людини у якості альфи та омеги біоюриспруденції, а також окреслити її практичну спрямованість – забезпечення та захист життя людини у зв'язку із інтенсивним розвитком нових біомедичних технологій.

Значною мірою розвиток біоюриспруденції стимулювався завдяки проведенню наукових досліджень, присвячених теоретико-правовим та галузевим юридичним аспектам регулювання:

- виникнення, сутності, наповнення та припинення права на життя;
- антропологічних характеристик сучасного праводержавознавства;
- людської гідності та права на достойне життя;
- трансплантації органів і тканин людини;
- клонування, сурогатного материнства та інших маніпуляцій з генетичним матеріалом;
- евтаназії та формулювання наукових підходів до наявності / відсутності права на смерть;
- особистих немайнових прав, що забезпечують фізичне і психологічне благополуччя людини тощо.

Що торкається структури біоюриспруденції, то нами пропонується виокремлювати три її складових частини: правова перинатологія; правова соматологія; правова танатологія.

Стрілець В.В.,

д.і.н., к.ю.н., проф. кафедри теорії та історії держави і права

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ІНСТИТУТ МЕДИЧНОГО ПРЕДСТАВНИЦТВА ЗА ДОВІРЕНІСТЮ В ЦИВІЛЬНОМУ ПРАВІ США

Завчасні розпорядження особи стосовно медичного втручання є ефективним способом вирішення проблеми її перебування у стані тимчасової, тривалої чи незворотної нездатності до волевиявлення стосовно методів та форм її лікування. Одним із проявів завчасного планування лікування є інститут медичного представництва за довіреністю, який широко застосовується за кордоном, зокрема, в Сполучених Штатах Америки, що забезпечується федеральним законом «Про самовизначення пацієнта» від 1990 р., а також нормативно-правовими актами на рівні штатів.

Питання медичного представництва за довіреністю досить детально врегульоване на рівні законодавства більшості штатів США. Так, Департаментами охорони здоров'я штатів Нью-Йорк, Вісконсин прийняті інструкції про складання медичної довіреності, де вказується, які дії мають вчинити обидві сторони для дійсності довіреності, передбачається перелік можливих аспектів лікування тощо, а в додатках міститься модельна форма медичної довіреності [1].

Медична довіреність («medical or health care power of attorney») є формою завчасного розпорядження, в якій одна особа (довіритель) призначає іншу особу (повірений), котра буде приймати рішення стосовно медичного лікування довірителя на випадок, коли останній, у зв'язку із станом здоров'я

(перебування в комі, вегетативному стані тощо) не здатний буде проявити свою волю. Особа також може зазначити одного чи декількох альтернативних повірених, котрі будуть діяти від її імені на випадок нездатності виконувати свої обов'язки основним повіреним [2].

У довіреності довіритель може визначити розмір повноважень особи, котра виступатиме від його імені, вказати на основні напрями здійснення медичного лікування, викласти інструкцію стосовно медичного втручання, якої повірена особа має дотримуватися. У медичній довіреності особа може також надати дозвіл чи заборонити трансплантацію власних органів та тканин. Характерним є те, що побажання стосовно медичного втручання включають як вибір методів лікування, так і відмову від його здійснення, в тому числі, відмову від штучного підтримання життя [2].

Відмінною рисою медичної довіреності є те, що повірена особа може на власний розсуд, в залежності від ситуації, за обов'язкової умови врахування орієнтовних побажань довірителя, визначати різноманітні аспекти лікувальної діяльності.

Медична довіреність є дійсною з моменту, коли пацієнт потрапляє в стан, що не дозволяє йому самостійно та свідомо висловити свою волю. Довіритель може визначити термін припинення дії довіреності або умови, за яких вона буде вважатися припиненою. Загальним правилом є припинення дії довіреності у зв'язку зі смертю будь-якої сторони. Сторони можуть відмовитися від довіреності до моменту початку її дії [1]. Однак на рівні штатів питання відмови від довіреності з боку представника під час її дії, а також правові наслідки такої відмови не встановлені.

Варто зауважити, що завчасні розпорядження про медичні рішення, які поширені в цивільному праві багатьох країн світу, та медична довіреність є різними видами правочинів, оскільки в першому випадку особа видає особисте розпорядження, в другому – наділяє правом іншої особи діяти від її імені [3, с. 120].

Отже, інститут медичного представництва за довіреністю, що є особливим різновидом представництва особи, детально врегульований в США, при чому різноманітні аспекти укладання медичної довіреності (наприклад, вимоги до свідків) кожен з штатів визначає по-своєму. Так, Інструкція про складання медичної довіреності, прийнята Департаментом охорони здоров'я штату Вісконсин, передбачає додаткові вимоги до свідків, які, зокрема, не повинні перебувати в родинних зв'язках з довірителем [1].

Література:

1. Instruction to Complete the Power of Attorney for Health Care Form Department of Health Services State of Wisconsin [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/f00085.pdf>
2. Appointing Your Health Care Agent in New York State [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.health.ny.gov/publications/1430.pdf>
3. Миронова Г. Представництво пацієнта за довіреністю: цивільно-правова характеристика правочинів / Г. Миронова // Вісник Національної академії правових наук України. – Харків, 2011. – № 3 (66) – С. 117 – 128.

Тітко І.А.,

*д.ю.н., доц., т.в.о. завідувача кафедри
кримінального та адміністративного
права і процесу*

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

Скрипник А.В.,

студент 5 курсу

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ПРИТЯГНЕННЯ ДО КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВИЛ ОБІГУ КОДЕЇНОВІСНИХ ПРЕПАРАТІВ: ОГЛЯД СУДОВОЇ ПРАКТИКИ

Останнім часом значного поширення набули випадки купівлі лікарських препаратів, що містять наркотичні засоби, в тому числі з метою викремлення та вживання останніх, а тому аналіз судової практики у кримінальних провадженнях, пов'язаних із порушенням правил їх обігу, стає особливо актуальним.

Під час проведення дослідження було виявлено, що у переважній більшості судових рішень не вказані способи викриття злочинів. Оскільки абсолютна більшість правопорушень за ст. 320 Кримінального кодексу України (далі – КК) відносно кодеїновмісних препаратів вичиняється у формі порушення правил відпуску останніх (продаж їх без рецепта або у кількості, що перевищує допустиму), це питання особливо гостро постає у світлі практики Європейського суду з прав людини, який неодноразово визнавав порушення п.1 ст. 6 Конвенції через провокацію або підбурювання особи до вчинення злочину правоохоронцями (рішення у справах «Тейксера де Кастро проти Португалії», «Раманаускас проти Литви»). Серед тих рішень суду, де способи виявлення злочину знайшли відображення, найпоширенішими є такі: добровільне повідомлення про злочин, випадкове безпосереднє виявлення працівниками правоохоронних органів, виявлення в рамках проведення негласної слідчої дії – контроль за вчиненням злочину (у формі оперативної закупки). Стосовно останнього з названих способів фіксування факту вчинення кримінального правопорушення, слід зазначити, що відповідно до чинного кримінального процесуального законодавства (ч. 1 ст. 271 Кримінального процесуального кодексу України (далі – КПК)) проведення негласної слідчої дії контроль за вчиненням злочину дозволяється лише для отримання доказів стосовно тяжких та особливо тяжких злочинів, до числа яких злочин, передбачений ст. 320 КК, не відноситься. Тож, визнання інформації, отриманої вищезазначеним шляхом, допустимим доказом, видається доволі сумнівним. При цьому, жодного випадку, коли б суд дав юридичну оцінку вказаному факту з позиції допустимості такого роду доказів, нами виявлено не було.

Більшість кримінальних проваджень завершуються винесенням обвинувального вироку за результатами розгляду угоди про визнання винуватості. «Класичний» судовий розгляд проводиться переважно у скороченому порядку (ч. 3 ст. 349 КПК), проте трапляються випадки розгляду проваджень у загальному порядку. Звільнення осіб від кримінальної відповідальності відбувається переважно у зв'язку з передачею їх на поруки трудовому колек-

тиву (ст. 47 КК) – , та зі зміною обстановки (ст. 48 КК), викликану у переважній більшості звільненням обвинувачених із займаних посад.

Найбільш часто призначуваним видом кримінального покарання виступає штраф (від 30 до 80 неоподаткованих мінімумів доходів громадян – залежно від частини ст. 320 КК, за якою кваліфіковано діяння), а ось обов'язкове додаткове покарання у вигляді позбавлення права обіймати посади (ст. 55 КК) призначається строком на 1 рік (в одному випадку 2 роки було призначено особі, яку звільнили від його відбування на підставі ЗУ «Про амністію у 2014 році») або ж на підставі ч. 2 ст. 69 КК не призначається взагалі. Засуджені особи позбавлялися права обіймати такі посади: фармацевта, провізора, а також посади, пов'язані з відпуском з виготовленням та торгівлею фармацевтичними засобами.

Виправдувальних вироків виявлено не було. Лише в одному випадку ухвалою апеляційного суду кримінальне провадження щодо обвинуваченої було закрито у зв'язку з відсутністю в її діях складу злочину. Рішення було вмотивоване тим, що обвинувачена відпустила медичний препарат «Солпадеїн», який містить не кодеїн, а лише його сіль, не маючи при цьому умислу на реалізацію наркотичних засобів; і сам покупець, у свою чергу, мав намір використати препарат за призначенням, а не у кримінально-караних цілях; істотним порушенням було визнано вилучення медичного препарату, здійснене до початку досудового розслідування, при цьому навіть у подальшому тимчасового доступу до вилучених речей отримано не було (Ухвала Апеляційного суду Івано-Франківської області від 29.04.2015 року у справі № 342/766/14-к). Проте рішення апеляційного суду про виправдання було скасовано судом касаційної інстанції через недостатню вмотивованість та неправильне тлумачення норм закону при його постановленні, з поверненням на новий судовий розгляд, який завершився винесенням обвинувального вироку.

*Батигіна О. М.,
к.ю.н., доц. кафедри цивільного,
господарського та екологічного права
ПЮІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ПРИ ЗАСТОСУВАННЯ ПЕСТИЦИДІВ У СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ ЗА ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ

Найважливішим фактором забезпечення та гарантування продовольчої, а відповідно й стратегічної безпеки країни є сталий та ефективний розвиток сільського господарства. Забезпечити такий розвиток можуть ряд факторів серед яких можна виділити і застосування засобів боротьби із різного роду шкідниками, які значно знижують продуктивність сільського господарства. Але для конкретної людини застосування засобів захисту рослин несе потенційну загрозу для життя та здоров'я.

Для захисту сільськогосподарських культур від різного роду шкідників у сільському господарстві активно використовуються пестициди. З метою забезпечення безпеки для здоров'я людини у законодавстві встановлені чіткі правила застосування, обігу, транспортування, рекламування, маркування,

зберігання та знищення пестицидів, які є обов'язковими для всіх аграріїв. Зокрема у Законі України «Про пестициди і агрохімікати» від 02.03.1995 № 86/95-ВР, у Законі України «Про захист рослин» від 14.10.1998 № 180-XIV та відомчих наказах, основним з яких є Державні санітарні правила Міністерства охорони здоров'я України, затверджені наказом № 1 від 03.08.1998 року про «Транспортування, зберігання та застосування пестицидів у народному господарстві» та інших нормативно-правових актах встановлені правові гарантії збереження здоров'я людини при застосування пестицидів у сільському господарстві.

У ст. 3 Закону України «Про пестициди та агрохімікати» зазначено основні принципи державної політики у сфері діяльності, пов'язаної з пестицидами і агрохімікатами: пріоритетність збереження здоров'я людини і охорони навколишнього природного середовища по відношенню до економічного ефекту від застосування пестицидів і агрохімікатів; державна підконтрольність їх ввезення на митну територію України, реєстрації, виробництва, зберігання, транспортування, торгівлі і застосування; обґрунтованість їх застосування; мінімалізація використання пестицидів за рахунок впровадження біологічного землеробства та інших екологічно безпечних, нехімічних методів захисту рослин; безпечність для здоров'я людини та навколишнього природного середовища під час їх виробництва, транспортування, зберігання, випробування і застосування за умови дотримання вимог, встановлених державними стандартами, санітарними нормами, регламентами та іншими нормативними документами тощо. На першому місці зазначено принцип пріоритетності життя і здоров'я людини перед очікуваним позитивним ефектом від використання пестицидів. Але в реаліях українського суспільства при використанні пестицидів доволі часто відбувається порушення норм та правил застосування пестицидів, зокрема норм витрат, способів внесення, кратності обробки, очікування строків після обробки тощо, що призводить спочатку до їх накопичення у довкіллі, згодом до потрапляння до організму тварин і нарешті негативного впливу на здоров'я людини. Значні порушення відбуваються і у сфері дотриманням вимог по гранично допустимій кількості залишків пестицидів у продукції, ґрунті, воді, робочій зоні застосування препарату. Потенційними суб'єктами негативного впливу від пестицидів є люди, які мешкають в сільській місцевості поряд з місцями застосування пестицидів, які вживають продукти харчування із залишками пестицидів, які п'ють воду з джерел, що знаходяться поряд із захороненнями невикористаних і заборонених пестицидів, які професійно пов'язані з виробництвом і застосуванням пестицидів тощо.

Підводячи підсумок, потрібно підкреслити, що не можна відкидати можливість застосування пестицидів у сільському господарстві, але слід значно зменшити їх використання і таким чином зменшити негативний вплив на організм людини. Постає необхідність фактичної реалізації закріплених у законодавстві заходів направлених на реалізацію принципу максимального убезпечення здоров'я людини від дії пестицидів, які є токсичними для всіх живих організмів.

Белікова І.В.,

*доц. каф. соціальної медицини,
організації та економіки охорони
здоров'я ВДНЗУ «УМСА»*

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ СТАТИСТИЧНОГО ОБЛІКУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Медична статистика є специфічним розділом суспільної практики, зміст якої полягає в проведенні *обліку* та *звітності* в системі охорони здоров'я. Правильно побудований процес обліку дає підґрунтя для раціонального управлінського рішення, організації роботи медичного персоналу, підвищення якості медичного обслуговування, накопичування якісної інформації.

Основні принципи сучасної офіційної статистики були закладені у 1994 році Статистичною комісією ООН. За ініціативою Комітету ЄС у 1999-2001 роках було підготовлено та прийнято Декларацію якості Європейської статистичної системи (ESSQualityDeclaration). З метою підвищення довіри користувачів к діяльності органів державної статистики та забезпечення статистичною інформацією високої якості були впровадженні принципи діяльності органів державної статистики. Міжнародні стандарти знайшли своє відображення у Державних нормативно-правових актах, в тому числі Законі України «Про державну статистику», який регулює правові відносини в галузі державної статистики в Україні, визначає права і функції органів державної статистики, організаційні засади здійснення державної статистичної діяльності. Даний Закон є підставою для розробки та прийняття відомчих нормативних актів в галузі охорони здоров'я.

Медична статистика є основною складовою державної статистики та регулюється низькою законів. До статистичних даних в системі Міністерства охорони здоров'я України належать: всі дані статистичних звітів (державних і галузевих) закладів і організацій системи МОЗ України; зведені статистичні дані по областях; зведені статистичні дані диспансерів (туберкульозних, онкологічних та інших), санаторіїв, спеціалізованих центрів різного рівня підпорядкування; статистичні дані про кількість народжених та померлих за віком і статтю, а також про причини смерті, які збираються Держкомстатом України за участю МОЗ України.

Побудова правових основ для реалізації державної політики в сфері офіційного статистичного обліку дає змогу задовольнити інформаційні потреби держави та суспільства в якісній статистичній інформації з метою отримання всебічної та об'єктивної інформації щодо демографічних показників, показників захворюваності та інвалідності населення, а також економічної ситуації в галузі.

Медична звітність має загальнодержавну обов'язкову програму збору, накопичування та узагальнення даних. Але, діюча система статистичних показників не в повній мірі дає уявлення про стан здоров'я населення, про об'єм, якість та доступність медичної допомоги та інших не менш важливих аспектів медичної діяльності суспільного здоров'я. На сьогодні відсутній взаємозв'язок між закладами охорони здоров'я різних форм власності та аптеками; відбувається дублювання інформації та збираються дані, які у подальшому не використовуються; неможливо відслідкувати причини-

наслідковий зв'язок між захворюваннями та факторами ризику, а також немає можливості прогнозування хронізації хвороб та інвалідизації.

Зміни які відбуваються в галузі охорони здоров'я вимагають вдосконалення нормативно-правової, що регламентує обіг облікової документації та зведення звітної.

Літерата

1. Наказ Держкомстату «Про затвердження Принципів діяльності органів державної статистики» № 216 від 14.06.2010 р

2. Порядок формування зведених державних та галузевих статистичних звітів Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської і Головного управління охорони здоров'я Київської міської держадміністрацій / МОЗ України ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» – електронний ресурс, режим доступу – [<http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>]

Богомазова І.О.,

*к.ю.н., старший викладач кафедри
медичного права ФПДО
ЛНМУ ім. Д. Галицького*

ТОРГОВЕЛЬНА НАЗВА ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ: ДЕЯКІ ПРАВОВІ АСПЕКТИ

Лікарські засоби належать до особливої категорії товарів, отож, обрання торговельної назви для новоствореного лікарського засобу є одним з найважливіших питань, що постають перед фармацевтичними компаніями. Торговельна марка є одним із засобів індивідуалізації, що підлягає правовій охороні. Відповідно до ст. 492 Цивільного кодексу України, торговельною маркою може бути будь-яке позначення або будь-яка комбінація позначень, які придатні для вирізнення товарів, що виробляються однією особою, від товарів, що виробляються іншими особами. Такими позначеннями можуть бути, зокрема, слова, літери, цифри, зображувальні елементи, комбінації кольорів [1]. Проте водночас чинна нормативно-правова база закріплює деякі обмеження щодо надання охорони позначенням як товарним знакам. Зокрема, ч. 3 ст. 6 Закону України «Про охорону прав на знаки для товарів і послуг» передбачає, що не можуть бути зареєстровані як знаки позначення, які є тотожними або схожими настільки, що їх можна сплутати із знаками, раніше зареєстрованими чи заявленими на реєстрацію в Україні на ім'я іншої особи для таких самих або споріднених з ними товарів і послуг [2]. Позначення вважається тотожним з іншим позначенням, якщо воно збігається з ним у всіх елементах, а схожим вважається настільки, що його можна сплутати з іншим позначенням, якщо воно асоціюється з ним в цілому, незважаючи на окрему різницю елементів [3].

З'ясування питання про схожість торгових назв окремих лікарських засобів вимагає застосування знань не лише з права інтелектуальної власності, а і з таких галузей, як фармакологія, хімія, медицина. З огляду на це, судові справи про визнання прав на назви лікарських засобів є справами підвищеної складності. При вирішенні справи про визнання недійсним свідоцтва на знак суд вправі призначити судову експертизу об'єктів інтелектуальної влас-

ності. При здійсненні експертного дослідження назв лікарських засобів експерт враховує хімічну (наукову) новизну лікарського засобу, його міжнародну непатентовану назву та інші фактичні дані, що впливають на формування торговельної марки лікарського засобу. Для прикладу, наведемо рішення суду [4], в якому йдеться про порушення прав на торговельну марку шляхом використання позначення, схожого до ступеня змішування із зареєстрованою торговельною маркою, при реєстрації як торговельного найменування лікарського засобу. Отож, Господарський суд Київської області встановив, що ТОВ «Фарма Стар» зареєструвала на своє ім'я лікарські засоби «Кормагніл-75» та «Кормагніл-150». Цим, як зазначив суд, було порушено право компанії «Nycomed Danmark ApS» (Данія) на торговельну марку «Кардіомагніл» (зареєстровану для товарів п'ятого класу Міжнародної класифікації товарів і послуг для реєстрації знаків на лікарські (анти тромботичні) засоби), оскільки торговельне найменування лікарського засобу «Кормагніл», як було встановлено за результатами судової експертизи, схоже з торговельною маркою іноземної компанії за фонетичним, семантичним та графічним критеріями. Зазначимо, що Вищий господарський суд України підтримав позицію Господарського суду Київської області у даній справі і залишив рішення Господарського суду Київської області без змін [5].

Отже, здійснюючи реєстрацію назви лікарського засобу як торговельної марки, необхідно враховувати, що не можуть використовуватися як торговельні марки назви лікарських засобів, що зазначені у системі міжнародних непатентованих назв. Окрім цього, виробникам лікарських засобів слід пам'ятати одну з важливих функцій, яку виконує торговельна марка, а саме захист споживача від введення його в оману та недопущення медичними працівниками помилок, які несуть ризик для життя і здоров'я пацієнта.

Література:

1. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
2. Закон України «Про охорону прав на знаки для товарів і послуг» від 15.12.1993 № 3689-XII – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3689-12/print1218034688041545>
3. Наказ Держпатенту України «Про затвердження Правил складання подання заявки на видачу свідоцтва України на знак для товарів і послуг» № 116 від 28.07.1995 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0276-95/page>
4. Рішення Господарського суду Київської області від 28 квітня 2011 р., справа № 19/050-10. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/1587112>
5. Постанова Вищого господарського суду України від 01 листопада 2011, справа № 19/050-10 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://vgsu.arbitr.gov.ua/docs/28_3466766.html

*Бражник А.А.,
к.ю.н., ас. кафедри кримінального та
адміністративного права і процесу
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ОКРЕМІ ПИТАННЯ КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ НЕНАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРОМУ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ (СТ. 139 КК УКРАЇНИ)

Аналізуючи межі застосування кримінально-правової норми, яка міститься у ст. 139 КК України, перш за все, необхідно звернути увагу на особливості такої ознаки складу цього злочину, як особа потерпілого. У тесті ч. 1 ст. 139 КК України мова йде про «ненадання ...допомоги хворому». Системний аналіз досліджуваної норми переконливо свідчить про те, що потерпілим від цього злочину може виступати не будь-який хворий, якому без поважних причин не надали допомогу, а лише такий, який знаходився у тяжкому стані, за наявності загрозливих для його здоров'я і життя симптомів. У медичній термінології такий стан визначається як невідкладний. У ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» невідкладний стан людини визначається як раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Також слід звернути увагу, на те, що законодавець вживає на позначення особи потерпілого термін «хворий». У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» цей термін використовується (ст. 5, 34, 36 тощо), однак його зміст не розкривається. Разом із тим, у ст. 3 Закону, де міститься роз'яснення основних термінів, дається визначення пацієнта, під яким розуміється фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога. Відтак можливо констатувати, що статус особи як пацієнта підтверджує наявність реально існуючого юридичного зв'язку між закладом охорони здоров'я (медичним працівником) і особою, яка звернулася до нього. Під терміном «хворий» відповідно до тлумачних словників ми розуміємо людину, яка хворіє, має якесь захворювання, безвідносно того, звернулася вона до медичного закладу або ні. Використовуючи правила формальної логіки, взаємозалежність та співвідношення цих двох категорій можливо відобразити наступним чином: «не кожний хворий є пацієнтом». У цьому випадку перший термін видається більш широким за обсягом. Однак, цілком справедливою буде і зворотна залежність – «не кожний пацієнт є хворим». Так як статус пацієнта має на меті засвідчити наявність двостороннього зв'язку (пацієнт – лікар), у межах лікувальної діяльності, наявність у нього хвороби є передбачуваною, однак не обов'язковою складовою.

Отже, потерпілим від цього злочину може бути особа, що перебуває у невідкладному стані: 1) пацієнт, який звернувся до медичного працівника, дії якого потребують правової оцінки; 2) хворий, який не звертався за медичною допомогою, за умови, що медичний працівник, дії якого потребують правової оцінки, обізнаний про те що конкретна особа, перебуває у невідкладному стані, і відсутні обставини, які унеможливають надання невідкладної медичної допомоги таким працівником.

Далі, вважаємо за необхідне, дослідити механізм об'єктивації цього посягання.З об'єктивної сторони цей злочин виражається у не вчиненні

відповідними суб'єктами дій, що входять до кола їх професійних або службових обов'язків, за відсутності поважних причин такої бездіяльності. Ненадання допомоги хворому, який знаходиться у невідкладному стані може полягати у неяви до хворого на виклик, відмові від госпіталізації хворого, відмові доставити хворого у лікарню, відмові надати первинну невідкладну медичну допомогу тощо. Разом із тим, у науці неодноразово зазначалося, що під ознаки об'єктивної сторони цього злочину підпадають не лише акти повної бездіяльності, а і акти поведінки медичних працівників, які свідчать про неналежне виконання останніми своїх професійних обов'язків у ситуаціях необхідності надання невідкладної медичної допомоги. До них відносять такі випадки: здійснення формальних оглядів хворого, замість повних і детальних; постановку діагнозу, при якому невідкладна допомога не потрібна, без попереднього належного огляду; проведення оглядів замість термінової госпіталізації тощо.

Бланкетний характер диспозиції вимагає аналізу правових актів, якими встановлюються правила надання медичної допомоги хворим, що знаходяться у невідкладному стані, для встановлення наявності об'єктивної сторони досліджуваного посягання. Зasadничі положення, що стосуються надання медичної, у тому числі і невідкладної медичної допомоги містяться у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» Так, у ч 1 ст. 33 цього закону зазначається, що медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно-підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами у цивільно-правових відносинах. Ч. 1 ст. 35 Основ визначає екстрену медичну допомогу, як медичну допомогу, яка полягає у здійсненні медичними працівниками відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Ч. 1 ст. 37 Основ визначається, що медичні працівники зобов'язані невідкладно надавати необхідну медичну допомогу у разі виникнення невідкладного стану людини. Положення щодо організації проведення цього виду медичної допомоги деталізуються у ЗУ «Про екстрену медичну допомогу». У ньому визначаються засади організації і надання екстреної та невідкладної медичної допомоги. Зокрема, у законі визначається, що принципами надання цього виду медичної допомоги є безоплатність, доступність, своєчасність та якість, визначаються обов'язки центрів екстреної медичної допомоги, їх оперативно-диспетчерських служб тощо. Безпосередньо ж правила надання невідкладної допомоги хворим за наявності різних медичних показань визначаються на рівні затверджених МОЗ протоколів і стандартів надання медичної допомоги.

Встановлення факту невиконання медичним працівником будь-яких дій або лише їх частини, всупереч покладеним на них обов'язкам само по собі не може свідчити про наявність діяння як ознаки об'єктивної сторони складу злочину, передбаченого ст. 139 КК. Саме відсутність поважних причин,

як підстави ненадання такої медичної допомоги у сукупності із порушенням певних правил надання невідкладної медичної допомоги свідчить про наявність злочинної бездіяльності медичного працівника. У кримінальній науці в якості поважних причин, як підстави виключення кримінальної відповідальності за ненадання допомоги хворому називають непереборну силу, випадки крайньої необхідності, відсутність засобів надання медичної допомоги, необхідного досвіду тощо. Слід зазначити, що з урахуванням положення ч. 2 ст. 43 Основ, відсутність згоди пацієнта чи його законного представника на медичне втручання у разі наявності ознак прямої загрози його життю не може визнаватися поважною причиною нездійснення медичної допомоги. Також у науковій літературі зазначається, що не виключається кримінальна відповідальність і у разі відмови медичного працівника надати невідкладну медичну допомогу у неробочий час або не за місцем роботи.

Наостанок, хотілося б визначитися і з питанням, суб'єкта відповідальності за ст. 139 КК України. У вказаній статті текстуально позначений у якості суб'єкта цього злочину медичний працівник. Віднесення працівників до медичних регулюється наступними нормативними актами. Ст. 74 Основ визначає, що медичною і фармацевтичною діяльністю можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Єдині кваліфікаційні вимоги до зазначених осіб встановлюються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Такі вимоги визначені наказами МОЗ України від 25.12.92 р. № 195 Про затвердження переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю" та від 29.03.2002 р. № 117, яким затверджено Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я (випуск 78 "Охорона здоров'я"). З огляду на викладене, до медичних працівників відносяться особи, які допущені до медичної діяльності – професіонали з повною вищою медичною освітою та фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою, які закінчили вищі заклади медичної освіти. Також до медичної діяльності на посадах лікарів та середнього медичного персоналу допускаються особи з повною вищою та неповною вищою (немедичною) освітою, які закінчили:

- вищий або середній спеціальний навчальний заклад, здобули вищу або неповну вищу економічну, економіко-статистичну, статистичну та інженерно-економічну освіту, пройшли спеціальну підготовку і мають сертифікат лікаря-спеціаліста, мають право працювати на посадах лікарів-статистиків, у тому числі й керівників відділів обліку та медичної статистики, та на посадах медичних статистиків (пункт 8 розділу II та пункт 13 розділу III наказу № 195 та примітки до цих розділів);

- вищий навчальний заклад за спеціальностями "Біологія", "Фармація", "Хімія", "Хімія-фармація", "Біохімія", пройшли спеціальну підготовку і отримали звання лікаря-спеціаліста з конкретної лікарської спеціальності або мають сертифікат, що дає право обіймати посаду лікаря-спеціаліста, можуть працювати на посадах лікарів-лаборантів, у тому числі на посаді завідувача лабораторії, за наявності стажу роботи на посаді лікаря-лаборанта не менше 5 років (пункт 8 розділу II наказу № 195 та примітка до нього);

– вищий або середній спеціальний навчальні заклади та здобули фізкультурну освіту, можуть працювати на посадах інструкторів з лікувальної фізкультури та сестер медичних з масажу (пункт 11 розділу III наказу № 195);

– середній спеціальний навчальний заклад за спеціальністю "Лаборантська справа" (техніки-хіміки) та можуть працювати на посадах лаборантів санітарно-профілактичних закладів (пункт 8 розділу III наказу № 195);

– рентгенівський або медичний електротехнічний технікум за спеціальністю "рентгенотехнік", можуть працювати на посадах рентгенолаборантів (пункт 9 розділу III наказу № 195);

– медико-біологічний факультет вищих навчальних закладів, здобули вищу освіту за спеціальностями "Біофізика", "Кібернетика", "Біохімія" і були зараховані на лікарські посади в заклади охорони здоров'я до 01.04.95 р. згідно з вимогами наказу МОЗ України від 25.12.92 р. № 195 та зберігають право на подальшу роботу на лікарських посадах тих же найменувань.

Крім того, для працівників, яких було зараховано до 01.01.93 р. на посади середніх медичних працівників в заклади охорони здоров'я згідно з вимогами наказів МОЗ СРСР від 09.09.64 р. № 496 (додаток 3), від 21.10.74 р. № 990 та від 13.07.89 р. № 418, збережено право роботи на цих посадах. У подальшому зарахування на ці посади можливе лише за умови набуття відповідної медичної освіти (пункт 1 примітки до розділу III наказу № 195). До таких працівників належать особи, які закінчили річні курси з підготовки медичних сестер для дитячих ясел та допущені до роботи на посадах постових сестер медичних у будинках дитини, дієтичних сестер в молочних кухнях, медичних сестер у поліклініках (поліклінічних відділеннях) з обслуговування дітей дошкільних установ, інструкторів-дезінфекторів.

Також згідно із роз'ясненнями МОЗ «До медичних працівників належать і лікарі-інтерни, які згідно з Державним класифікатором мають повну вищу освіту за напрямом підготовки "Медицина", проходять спеціалізацію за певною спеціальністю медичного профілю та зараховані на ці посади до штату закладу охорони здоров'я».

Бруслик О. Ю.,

*ас. кафедри кримінального та
адміністративного права і процесу
ППОІ НЮУ ім. Я. Мудрого,*

Норик В. В.,

*провізор, завідувача аптекою № 14
аптечної мережі ТОВ «АВК-ФАРМ», м. Житомир*

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЗАКОНОДАВЧОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАВІДУЮЧОГО АПТЕКОЮ

Українською Конституцією визначено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ч. 1 ст. 49 Конституції України)[1]. Наша держава в прагненні створити умови для реалізації цих соціальних прав людини, пішла по шляху надання права займатися медичним обслуговуванням не лише державним та комунальним закладам охорони здоров'я, а й приватним. Незалежно від форми власності всі заклади охорони здоров'я поділяються на п'ять груп: 1) лікувально-профілактичні;

2) санітарно-профілактичні; 3) фармацевтичні (аптечні); 4) заклади медико-соціального захисту; 5) інші заклади [2, с. 103 – 104].

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібно торгівлі лікарськими засобами», аптека – це заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій лікарськими засобами шляхом здійснення роздрібно торгівлі [3]. Прийнято вважати, що фармацевтичні (аптечні) заклади відіграють допоміжну, вторинну роль в системі закладів охорони здоров'я та при реалізації права людини на медичну допомогу. Разом з тим слід визнати, що в умовах здорожчення медичної допомоги, яка формально є безоплатною, інколи через недоступність професійного медичного обслуговування, громадяни часто намагаються самостійно вирішити проблеми зі здоров'ям. Як наслідок, роль і значення співробітників фармацевтичних (аптечних) закладів значно підвищується.

Якість обслуговування та професіоналізм персоналу аптечного закладу значною мірою залежить саме від завідуючого аптекою. Згідно з Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників, випуск 78 «Охорона здоров'я», що був затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 № 117 та погодженого Міністерством праці та соціальної політики України [4] завідуючий аптечним закладом віднесений до групи «керівники» закладів охорони здоров'я.

До посади завідуючого аптекою вітчизняним законодавством ставляться достатньо високі кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки "Фармація", спеціальність "Фармація". Проходження інтернатури за спеціальністю "Провізор загального профілю" з наступною спеціалізацією за фахом "Організація і управління фармацією". Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом не менше 2 років стаж.

У своїй діяльності завідуючий аптекою керується низкою нормативно-правових актів, серед яких особливо слід виділити: Закон України «Про лікарські засоби» [5], Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібно торгівлі лікарськими засобами» [3], Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.09.2014 № 677 «Про затвердження Порядку контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібно торгівлі» [6], Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15.05.2006 № 275 «Про затвердження Інструкції із санітарно-протиепідемічного режиму аптечних закладів» [7], тощо.

У вітчизняному законодавстві визначено сферу необхідних знань для завідуючого аптекою: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; організацію фармацевтичної служби в державі; організацію ефективної діяльності аптечних закладів; організацію процесу

виготовлення і контролю якості ліків, відпуску виготовлених лікарських форм і готових лікарських засобів, зберігання лікарських засобів і товарів медичного призначення; основні принципи ціноутворення на медикаменти, формування ринку фармацевтичних товарів, визначення попиту та потреби в лікарських препаратах і товарах медичного призначення з урахуванням кон'юнктури фармацевтичного ринку; міжнародні правила здійснення експортно-імпорتنих операцій; основи бухгалтерського обліку і звітності; здійснення вхідного контролю, що порівнюється до функцій уповноваженої особи; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розпис закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації фармацевтичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації; організацію матеріальної відповідальності членів колективу залежно від структури закладу; методи фармацевтичного обстеження (інспектування) аптекних закладів; сучасну літературу за фахом, методи її аналізу та узагальнення; організацію фармацевтичної інформації.

Серед завдань керівника аптеки визначено обов'язки щодо керівництва аптекою (аптечним закладом) відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.

Завідуючий організовує ефективну діяльність аптечного закладу (аптеки, аптечного магазину тощо). Визначає організаційну та управлінську структуру, завдання і функції фармацевтичного закладу та його структурних підрозділів. Організовує та контролює забезпечення населення, лікувально-профілактичних закладів та інших оптових покупців лікарськими засобами, товарами медичного призначення. Проводить маркетингові дослідження, створює необхідні умови для зберігання медикаментів. Організовує роботу з добору, розстановки і використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації. Створює належні виробничі умови, організовує своєчасне проходження медичного огляду працівниками аптеки (аптечного закладу), забезпечує дотримання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту. Аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання.

Наведена вище амальгама завдань, обов'язків, кваліфікаційних вимог що ставляться до осіб для заняття посади завідуючого аптекою, засвідчує складність роботи, яку виконує керівник аптечного закладу. Обіймання розглядуваної керівної посади вимагає високого рівня професіоналізму та відповідальності, адже кожен завідуючий аптекою має пам'ятати про те, що він та його підлеглі працюють задля охорони здоров'я людини, а як наслідок, захисту життя людини.

Література:

1. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. Організаційно-правові засади медичної та фармацевтичної діяльності: навчально-методичний матеріал / Ю. О. Худяк, В. М. Пашков, В. С. Близнюк та ін.; за заг. ред. Ю. О. Худяка, В. М. Пашкова. – Полтава : Дивосвіт, 2016. – 408 с.

3. Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 31.10.2011 № 723 Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1420-11>

4. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників, випуск 78 «Охорона здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://cct.com.ua/2015/78_03022014.pdf

5. Закон України Про лікарські засоби [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>

6. Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.09.2014 № 677 «Про затвердження Порядку контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібної торгівлі» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1515-14>

7. Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15.05.2006 № 275 «Про затвердження Інструкції із санітарно-протиепідемічного режиму аптечних закладів» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0642-06>

Бударна В.О.,

здобувачка каф. господарського права

ННУ ім. Я. Мудрого

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНВЕСТИВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Для забезпечення населення країни якісними і доступними лікарських засобів та виробів медичного призначення необхідно проведення державних заходів щодо стимулювання вітчизняного виробництва життєво необхідних і найважливіших лікарських препаратів, що включають субсидії, податкові пільги та інші преференції. Зрозуміло, що оригінальні вітчизняні розробки інноваційної фармацевтичної продукції, які є в країні, повинні отримати широку державну підтримку. Велике значення в цьому зв'язку набувають доступ фармацевтичних підприємств до результатів державних фундаментальних досліджень і реалізація інноваційних проектів в рамках створюваних фармацевтичних центрів. Хоча окремі фармкомпанії з метою скорочення витрат відкривають наукові центри та клінічні бази в країнах з фармацевтичними ринками для створення нових оригінальних лікарських засобів, розвиваючи коопераційні відносини з конкуруючими фірмами – виробниками дженериків з країн, що розвиваються і передають ліцензії своїх основних патентованих препаратів. Тому основною тенденцією сучасного фармацевтичного ринку є його зміщення в країни з економікою, що формується, мають відповідний науковий потенціал, великий внутрішній ринок і чітку стратегію виробництва.

Однак, інвестування фармринку України на сьогодні знаходиться у кризі, причинами якої є недосконале інституційне середовище, деіндустріалізація економіки, переважання споживчого кредитування над інвестиційним.

Загальні аспекти щодо державного регулювання інвестиційної діяльності в Україні викладено в Законі України «Про інвестиційну діяльність». У

статті 11 цього Закону зазначається, що державне регулювання інвестиційної діяльності здійснюється з метою реалізації економічної, науково-технічної та соціальної політики. Згідно зі статтею 12 цього Закону, а саме: 1) державне регулювання інвестиційної діяльності включає управління державними інвестиціями, а також регулювання умов інвестиційної діяльності і контроль за її здійсненням усіма інвесторами та учасниками інвестиційної діяльності; 2) регулювання умов інвестиційної діяльності здійснюється шляхом: застосування системи податків з диференціацією суб'єктів та об'єктів оподаткування, податкових ставок і пільг; проведення кредитної та амортизаційної політики, в тому числі завдяки прискоренню амортизації основних фондів; надання фінансової допомоги у вигляді дотацій, субсидій, субвенцій; впровадження державних норм і стандартів; вжиття антимонопольних заходів; роздержавлення та приватизації власності; проведення політики ціноутворення; інших заходів.

Для окремих суб'єктів господарської діяльності, які здійснюють інвестиційні проекти із залученням іноземних інвестицій, що реалізуються відповідно до державних програм розвитку пріоритетних галузей економіки, соціальної сфери і територій, може встановлюватися пільговий режим інвестиційної та іншої господарської діяльності.

Законами України можуть визначатися території, на яких діяльність іноземних інвесторів та підприємств з іноземними інвестиціями обмежується або забороняється, виходячи з вимог гарантії національної безпеки держави.

Органами державного управління загальної компетенції, до повноважень яких входить управління інвестиційною діяльністю, є Кабінет Міністрів, місцеві органи самоврядування та державні адміністрації. Загальні функції державного управління цією сферою здійснює Президент України. Лише останнім часом прийнята ціла низка Указів Глави держави з питань інвестиційної діяльності в економічних зонах у ряді регіонів України, в тому числі в Закарпатті. В свою чергу Кабінет Міністрів України згідно з компетенцією забезпечує проведення інвестиційної політики та здійснення зовнішньоекономічної діяльності. Правовий статус місцевих державних адміністрацій визначений «Про місцеві державні адміністрації». У межах своїх повноважень останні здійснюють в установленому порядку регулювання інвестиційної діяльності (наприклад, реєструють іноземні інвестиції, контракти про спільну інвестиційну діяльність, укладають договори (контракти) з суб'єктами підприємницької діяльності щодо умов реалізації інвестиційного проекту, здійснюють контроль за інвестиційною діяльністю суб'єктів підприємницької діяльності спеціальних економічних зон та територій пріоритетного розвитку, вносять в установленому порядку до відповідних органів пропозиції щодо залучення іноземних інвестицій для розвитку економічного потенціалу території тощо).

Verlan-Kul'shenko O.O.

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsya

Lavrenchuk O.A.

Ukrainian Military Medical Academy

THE COMPETENT MEDICAL OFFICER OF JUSTICE ARMED FORCES OF UKRAINE

In terms of global changes in Ukraine, a new social consciousness. The basic dimensions of which are professionalism, responsibility for their work, respect for social justice and the lack of bribery and corruption. All this leads to a rethinking of the traditional categories when to change the legal nihilism and apathy develop an updated legal culture and legal consciousness. Depth reflection legal reality of justice should distinguish between the everyday, competent, professional and scientific. Casual justice expresses a subjective attitude to the current law. It is formed based on the daily life of their own when an individual or social group. The Armed Forces of Ukraine casual level of justice inherent in ordinary and sergeants. Casual justice involves the display of military legal phenomena in contact with the law in the military life and activities. It is organically linked with direct daily practice the right of this category of servicemen, their empirical experience, so is limited. Professional justice – a justice people who have a law degree and included in legal activity: judges, prosecutors, lawyers, legal advisers and others. Professional justice in the Armed Forces of Ukraine inherent officers with legal education and practice in the field of law. Legal awareness of inherent scientific jurists and high levels of legal reflection of reality, a deep penetration into the essence of legal phenomena.

Competent of person justice characteristic for which the determining factor is their competence, they must implement a system of social relations. Competent legal awareness in the Armed Forces of Ukraine is inherent throughout the officers (excluding persons with legal education and practice in law). The competent officers of justice includes legal knowledge, emotional, sensual and volitional states and values, expressing the ratio of officers to applicable law and the success of their professional activities. Explanations and detailed description of justice becomes competent in law directly on specific subjects of competence. Basic Law of Ukraine repeatedly testifies to this. In particular, regulation of the legal competence of medical officer embedded in the articles of the Constitution of Ukraine, Civil Code of Ukraine, the Criminal and Criminal Procedure Code, the Law of Ukraine "Fundamentals of the legislation of Ukraine about health care" and other laws. The essence of the competent medical officer of justice is manifested in the ability to properly prepare documents that have legal implications. These military medical records is necessary to: conduct a military medical examination, medical and social expertise, establishing the status of combatants, war invalids and others. As mentioned competent justice includes legal knowledge, emotional, sensual and volitional states and values, expressing attitude to the current law and successful professional activity. Therefore, we believe that there is a problem it is in the military health workers to harmonize their legal knowledge and values with the emotional and sensual and volitional states. Since the military should primarily be guided by military regulations, the provisions of which do not always coincide with their emotional and sensual states. What causes a number

of problems that primarily reflected when the officer has to commit disciplinary or other penalties under the statute, although performance reasons perpetrator known to him and saying that to do otherwise was not possible. Depending on the depth of reflection legal reality of justice should distinguish between the everyday, competent, professional and scientific. As a competent justice medical officer of the Armed Forces of Ukraine includes a system of knowledge, emotional, sensual and volitional states and values, expressing their attitude to the current law, legally enforceable requirements and regulations, there may be problems in the harmonization of components of justice, which can affect the performance of official duties. To prevent this, you need to achieve the formation of an officer a clear system of value orientations based on fundamental knowledge systems minimizing the impact of emotional and sensory components.

Гаркуша А.О.,

к.ю.н., доц. кафедри

цивільного, господарського та екологічного права

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ПЕРСПЕКТИВИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ 3-D БІОДРУКУ

Технологія можливості 3-D друку живих тканин людини, в тому числі шкіри та органів, швидко розвиваються. Коли ця технологія стане доступною, етичні питання повинні бути вирішені. Нещодавні дослідження демонструють схильність зацікавлених осіб до застосування аналогічності врегулювання 3-D друку як з використанням біологічних, так і небіологічних матеріалів, посилюючись на технічну однаковість вказаних процедур. Проте зазначену проблематику не варто надто примітивізувати, оскільки подальші наукові дослідження лише породжують нові політичні, юридичні та етичні дебати, особливо в аспекті можливості використання матеріалу від людини.

Глобальна дискусія останніх років зводиться до вагання між спробою врегулювати сферу 3-D біодруку та повною заборонаю такої діяльності. Заборона є найпростішим виходом із ситуації, проте неминуче тягнутиме за собою зупинення прогресу науки та технологій, намагання ж врегулювати – ставить складне завдання вироблення ключових засад, оскільки регулятивні положення чинної синтетичної біології не є настільки всеохоплюючими, щоб забезпечити фактичне виведення продуктів синтетичної біології з лабораторії до оселі кожного бажаного. Тому адекватною відповіддю на вказаний виклик є поміркована позиція між заборонаю та саморегулюванням, що полягатиме в ухваленні помірної кількості регулятивних правил та норм, серед яких можна виокремити:

Надання прав інтелектуальної власності на технології 3-D біодруку. Стимулювання інновацій та інвестицій R&D за рахунок надання прав інтелектуальної власності дозволить інвесторам окупати понесені витрати та зберегти поступ розвитку технологій та доступ до результатів досліджень вказаної сфери, економлячи при цьому наукові ресурси. [1] Зворотнім боком таких заходів стане підвищення вартості технології 3-D біодруку, що певною мірою затримуватиме загальнодоступність та загальнопоширеність «споживання» такої технології. Ускладнюватиме патентний захист і той факт, що

правом інтелектуальної власності зможе охоронятися лише способом друку, а не самий об'єкт, оскільки він (як, наприклад, людський орган) є «дарунком природи» [2].

Заборона продажу результатів 3-D біодруку. Доступність результатів 3-D біодруку не має ставитися у залежність від комерційних інтересів, оскільки така тенденція мала б очевидно антинаукове спрямування, що, у поєднанні з і без того високим рівнем антинаукових дискусій у суспільстві, які базуються на морально-релігійних та технофобічних догматах, ускладнювало б впровадження таких технологій в життя. Заборона продажу, зрозуміло, може «оминатися» шляхом провадження 3-D біодруку на «краудфандинговій» або іншій заснованій на «пожертвах» основі, проте наявність загальної заборони все одно мала б загальний позитивний ефект.

Створення системи контролю за діяльністю щодо 3-D біодруку. Такі функції можуть бути покладені або на вже існуючі органи (такі як FDA, NHS США), або на новостворювані установи, сформовані зі спеціалістів медичної сфери. [3] Постає закономірне питання про те, що така адміністративна діяльність має більшою мірою юридико-політичний ніж медичний зміст, проте, враховуючи значний рівень «етико-моральної» складової, на користь залучення саме представників медичної сфери говорить більш високий рівень науково-технічної обізнаності у розглядуваній сфері, вищий рівень суспільної довіри у питаннях охорони здоров'я, здатність об'єктивно оцінити баланс між розвитком технології та потребами людства та окремого індивіда [4].

Регулювання доступу фізичних осіб. Таке регулювання безумовно має стосуватися не лише доступності самого обладнання, а й доступності сировини, біоматеріалів, схем, креслень для здійснення 3-D біодруку [5]. Регулювання доступності устаткування для біодруку залежатиме від того, чи такий друк реалізується за рахунок використання принтеру, призначеного для звичайного 3-D друку (тому що в такому разі обмеження будуть доволі спірними), чи передбачає використання спеціалізованого обладнання (тоді доступ до такого устаткування повинні мати особи, що відповідатимуть встановленим вимогам). Обмеження доступу до «сировини» також матиме суттєве значення, враховуючи що до неї входитимуть як небезпечні хімічні речовини, так і людський біологічний матеріал. Регулювання обмежень щодо доступності креслень також є непростим питанням, яке не в останню чергу залежить від того чи є вони геннозалежними, чи ні. Не геннозалежні креслення мають бути забезпечені обмеженим доступом, який (в тому числі при розповсюдженні через онлайн-сервіси) потребуватимуть захисту шляхом встановлення разової ліцензії користувача.

Вищевказане є лише «вершиною айсбергу» розглядуваної проблематики і безумовно потребує спеціалізованих досліджень. Проте, наукові пошуки та нормативне врегулювання галузі 3-D біодруку мають в першу чергу гуртуватися на досягненні справедливого балансу між інтересами людства та окремих індивідів – з одного боку, та розвитку науки й комерційних вигід – з іншого.

Література:

1. Lila Feisee, LINKEDIN, <https://www.linkedin.com/in/lilafeisee>
2. Ass'n for Molecular Pathology v. Myriad, 133 S. Ct. 2107, 2116–17 (2013) (holding that naturally occurring DNA segments precludes patent eligibility). See generally 35 U.S.C. § 101 (2012)

3. Recommendations for Nanomedicine Human Subjects Research Oversight: An Evolutionary Approach for an Emerging Field, 40 J. LAW MED. ETHICS 716, 716 (2012).

4. Institute of Medicine, Conflict of Interests in Medical Research, Education & Practice (Bernard Lo & Marilyn J. Field eds, 2009)

5. V. Haufler, A Public Role for the Private Sector: Industry Self-Regulation in a Global Economy 105–22 (Carnegie Endowment for Int'l Peace 2001).

Гнедик Є.С.,

*здобувач кафедри господарського права
ННУ ім. Я. Мудрого*

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ В'ЇЗНОГО МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ

Закон України “Про туризм” від 16 вересня 1996 р. № 324/95-ВР у ч. 4 ст. 4 в якості одного із видів туризму називає лікувально-оздоровчий туризм, при цьому його визначення, а також порядок здійснення відповідної діяльності в зазначеному законі не надаються. У світі більш поширеною назвою цього виду туристичної діяльності є медичний туризм, під яким розуміють організацію та надання лікування, діагностики, профілактики захворювань та інші медичні послуги за кодоном. Залежно від того, надаються медичні послуги за кордоном громадянам країни чи особам, які постійно проживають на її території, або, навпаки, особи, які постійно не проживають, та території країни, отримують такі послуги в розташованих тут закладах охорони здоров'я, виділяють відповідно виїзний та в'їзний медичний туризм.

В'їзний медичний туризм (далі – ВМТ) являє собою вельми перспективний світовий напрямок розвитку сфери охорони здоров'я, оскільки сприяє залученню іноземних інвестицій в державу, суттєво підвищує рівень фінансування сфери охорони здоров'я та інших сфер економічної діяльності, які забезпечують виробництво товарів і надання послуг туристам (готельний бізнес, транспортні перевезення, харчування тощо). За даними видання Medical Travel, щороку у світі з метою отримання медичних послуг здійснюється близько 30 млн подорожей, а кількість запитів щодо МТ, яка реєструється у пошуковій системі Google протягом дня, перевищує 138 млн. Абсолютні лідери у сегменті ВМТ на сьогодні – Німеччина та Ізраїль (70 тис. та 30 тис. іноземних пацієнтів за рік відповідно). Проведеннями у 2013 році компанією MTA Patient Survey дослідженнями встановлено, що: медичний турист витрачає в 5-10 разів більше, ніж звичайний турист, у середньому це 7,4 – 15,8 тис.\$; майже 60% медичних туристів проводить у вибраній країні у середньому 10 ночей, а більш, ніж 80%, приїжджають з супроводжуючими. Все це свідчить про привабливість розвитку ВМТ для економіки нашої держави.

Україна має значний потенціал для розвитку ВМТ, що обумовлено низкою сприятливих для цього напряму діяльності факторів. На засіданні круглого столу, присвяченого проблемам та перспективам розвитку ВМТ, який відбувся 25 березня 2016 р. з ініціативи заступника голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я І.В.Сисоєнка, зазначалося, що в окремих сегментах ВМТ (зокрема, репродуктології, офтальмології, стоматоло-

логії, кардіохірургії, клітинній терапії, пластичній хірургії, естетичній медицині тощо) Україна здатна скласти гідну конкуренцію провідним у цій сфері країнам світу. Це, на думку І.В.Сисоєнко, підтверджується тим, що у вітчизняній медицині працює багато високопрофесійних профільних фахівців, які надають допомогу найвищої якості; ціни на послуги значно нижчі порівняно з такими у Європейському союзі; наша країна є географічним центром Європи та має досить розвинену готельну і транспортну інфраструктуру.

Поряд з перевагами розвитку ВМТ, в Україні існують суттєві проблеми, які гальмують розвиток цього виду діяльності. Перш за все, слід зазначити такі загальні проблеми, як несприятлива політична та економічна ситуацію, пов'язана з наявністю військових дій на сході країни, високий рівень насильницької і корисливої злочинності, недостатньо ефективна робота правоохоронної системи, корупція, недостатня прозорість у фінансовій сфері, недостатній рівень володіння населення англійською та іншими іноземними мовами тощо. Але, поряд з цими загальними проблемами, існують проблеми, які є специфічними для розвитку ВМТ, і які за наявності політичної волі можуть бути усунені в найближчій перспективі. Йдеться про створення системи державної підтримки ВМТ, яка повинна базуватися на належній нормативно-правовій базі.

Аналіз чинного законодавства свідчить, що суспільні відносини у сфері ВМТ практично не врегульовані: не визначене поняття медичного туризму, вимоги, які пред'являються щодо якості таких послуг, порядку оплати за умови їх надання державними або комунальними закладами охорони здоров'я та порядку використання зазначеними закладами отриманих коштів тощо. Існує нагальна проблема в здійсненні державного регулювання надання цих послуг, створенні окремих ліцензійних вимог щодо діяльності туристичних операторів, які налягають послуги з медичного туризму, розроблення порядку видачі таких ліцензій та здійснення контролю за додержання ліцензійних вимог. Поряд із запропонованими заходами контролю, які мають забезпечити відповідність якості надання медичних послуг стандартам Європейського Союзу, а також врегулюванням фінансових питань, важливим є розроблення та впровадження заходів державної підтримки ВМТ. Останні можуть мати вираз у створенні правової бази для взаємодії з міжнародними страховими компаніями щодо страхового відшкодування надання медичних послуг, сприятливому режимі оподаткування для закладів охорони здоров'я, у тому числі приватної форми власності, які надають здійснюють діяльність в межах ВМТ, участь держави в рекламуванні за кордоном можливостей України щодо надання високоякісних медичної послуг, гарантування якості таких послуг і відшкодування, в разі необхідності, завданої шкоди тощо.

Говорун О.В.,

*здобувач кафедри господарського права
НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ САМОРЕГУЛІВНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Необхідно зауважити, що порядок делегування повноважень СРО, в тому числі в сфері охорони здоров'я, залежить від функцій самої організації.

Так, вимогою до СРО, однією з її найважливіших обов'язків і часто характеристикою є прийняття внутрішніх документів, що встановлюють правила поведінки і стандарти діяльності суб'єктів підприємницької і професійної діяльності. Крім того, на нашу думку функції СРО є наслідком поставлених перед саморегулюванням завдань, що серед іншого, включають не лише розробку і встановлення стандартів і правил зазначеної діяльності, контроль за дотриманням вимог зазначених стандартів і правил, а і в тому числі додержання правил добросовісної конкуренції та професійної етики по відношенню до споживачів та контрагентів.

Тому, на нашу думку необхідно виділити наступну уніфіковану функцію СРО: 1) засновницька, щодо створення СРО в належній організаційно-правовій формі; 2) нормотворча щодо встановлення правил та стандартів професійної діяльності, в тому числі, запровадження кодексу професійної етики, в частині додержання правил добросовісної конкуренції та професійної етики по відношенню до споживачів та контрагентів; 3) забезпечувальна функція, в частині організаційно-господарського забезпечення діяльності в межах окремого виду професійної діяльності, в тому числі страхування ризиків за нанесену шкоду споживачам бо контрагентам; 4) захисна, в частині допуску до видів діяльності та забезпечення контрольних повноважень за дотриманням вимог професійних стандартів і правил, а і в тому числі додержання правил добросовісної конкуренції та професійної етики по відношенню до споживачів та контрагентів та вжиття заходів впливу; 5) кваліфікаційна та навчальна, що полягає в забезпеченні дотримання належного професійного рівня та наступної атестації, а також у своєчасному доведенні інформації щодо діяльності на конкретному виду професійної діяльності; 6) представницьку, в частині доведення колективних інтересів учасників СРО, що не суперечать суспільним інтересам.

Цікаво те, що сам перелік делегованих повноважень в Порядку відсутній, що на нашу думку свідчить про декларативність повноважень СРО в даному випадку.

Незважаючи на невеликий обсяг делегованих повноважень, відсутність СРО або їх мінімальна роль на ринку зазвичай пов'язані з підвищенням ролі органів державної влади. На цьому фоні, дуже актуально виглядає глобальна модель регулювання фінансових ринків в рамках СОТ.

Однак, необхідно відмітити, що сам факт наявності, хоча і незначного обсягу делегованих державою повноважень свідчить про наявність у СРО як суб'єкта приватного права публічної правової природи.

Отже, наявність у СРО ознак, властивих суб'єкту як приватного, так і публічного права, дозволяє зробити висновок про їх змішану правову природу і, як наслідок, про комплексну господарську компетенцію, що містить в єдності взаємно обумовлену публічно-правову компетенцію і господарсько-правову правосуб'єктність. Чинне законодавство передбачає існування конкретних СРО, але ніяк не саморегулювальних комплексних систем, які об'єднують комерційні і некомерційні, публічні і приватні організації.

В сучасних умовах оптимальна система державного регулювання може базуватися на законі, який дає спеціальні права, особливо в сфері взаємодії з органами державної влади СРО, що відповідають певним вимогам. А також на системі солідарної матеріальної відповідальності, зокрема, страхування

відповідальності членів організації перед тими, кому їх діяльність може на- нести шкоду.

Аналіз чинного законодавства дозволяє зробити висновок про те, що в діяльності СРО багато питань, які потребують уточнення. Для більш чіткого регулювання діяльності та порядку делегування повноважень держави СРО необхідне прийняття єдиного законодавчого акту з уніфікованим переліком делегованих державою повноважень.

Гончаров В.В.,

*старший викладач кафедри медичного права
ЛНМУ ім. Д. Галицького*

ПРОБЛЕМИ НАЦІОНАЛЬНО-ПРАВОВОЇ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДИНИ У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ

Всесвітній та регіональні режими захисту прав людини почали активно розвиватися після Другої світової війни, першим кроком до чого стало прийняття Загальної декларації прав людини (далі – ЗДПЛ). Саме тут постала потреба у встановленні «праволюдних показників», котрим мають відповідати всі національні правові системи. У Преамбулі ЗДПЛ вказується, що закріплені нею положення слід розглядати в якості «загальних стандартів» (англ. – «commonstandard») чи «загальних ідеалів (франц. – «commel'idéal»). У виступі на 3-ій сесії Генеральної Асамблеї ООН 1948 року голова Комісії ООН з прав людини Е. Рузвельт з цього приводу зазначила, що «схвалюючи Загальну декларацію з прав людини, надзвичайно важливо пам'ятати про основоположність документа ... це декларація основних принципів прав людини та свобод, яка має бути схвалена Генеральною Асамблеєю формальним голосуванням її членів та повинна служити загальним стандартом для досягнення усіма народами всіх держав» [1, с. 12].

Першою ознакою розглядуваних стандартів звичайно називають фіксацію а) певного змісту чи б) певного обсягу, чи в) водночас і змісту, й обсягу прав людини: ці стандарти становлять закріплені у міжнародних актах та інших міжнародних документах ті праволюдні показники, до досягнення яких зобов'язуються або заохочуються держави [2, с. 18].

В межах Європи діють декілька видів регіональних режимів захисту прав людини, найсильнішим з яких є режим в межах Ради Європи та Європейського суду з прав людини. І хоч Конвенція про захист прав людини й основоположних свобод (далі – Конвенція) звертається головним чином до цивільних і політичних прав, Страсбурзький суд здійснив вагомий внесок у розвиток стандартів захисту прав людини у сфері медичного права, фактично закріпивши у своїх позиціях: право на надання адекватної і своєчасної медичної допомоги («Петухов проти України», «Яковенко проти України»); обов'язок держави захистити здоров'я особи, яка позбавлена волі; обов'язок держави забезпечити незастосування забороненого Конвенцією поводження щодо всіх осіб, які знаходяться під її юрисдикцією, з боку приватних осіб; обов'язок держав притягати до відповідальності приватних осіб, що завдають шкоди свободі осіб від жорстокого і такого що принижує людську гідність поводження (покарання) («Претті проти Великобританії»); обов'язок

держав проводити об'єктивну експертизу перед поміщенням особи в психіатричний заклад («Вінтерверп проти Нідерландів»).

Зазначені рішення закріплюють показники, до досягнення котрих повинні прагнути держави, що є сторонами Конвенції. При цьому, стандарти захисту прав осіб в медичній сфері є лише мінімальними гарантіями, котрі повинні бути забезпечені громадянам за принципом субсидиарності: держави заохочуються до встановлення вищих гарантій на національному рівні.

Згідно частини 1 статті 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» суди застосовують при розгляді справ Конвенцію та практику Суду як джерело права. Особливість імплементації стандартів прав людини в медичній сфері таким чином полягає у тому, що в національній правовій системі повинні бути втілені не лише позиції Суду стосовно України, але й ті, котрі сформовані у рішеннях проти інших держав.

Література:

1. Антонович М. Україна в міжнародній системі захисту прав людини: Монографія. – Київ. Видавничий дім “KM ACADEMIA”. – 2000. – 262 с.
2. Рабінович П.М. Права людини і громадянина. Навчальний посібник / Рабінович П.М., Хавронюк М.І. – Київ: Атіка, 2004. – 257 с.

Греков Є. А.,

*к.ю.н., доц. кафедри цивільного,
господарського та екологічного права
ПЮІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ПРЕПАРАТІВ, ЩО МІСТЯТЬ МАЛУ КІЛЬКІСТЬ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ У ЗАКОНОДАВСТВІ УКРАЇНИ

Препарати, що містять малу кількість наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів є спеціальним терміном, що використовується у законодавстві України в сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а саме Законі України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» (далі – Закон), Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом від 03.06.2009 № 589, Наказі МОЗ від 23.04.2007 № 202 «Про затвердження переліків наркотичних (психотропних) комбінованих лікарських засобів, що містять малу кількість наркотичних засобів або психотропних речовин і прекурсорів, які підлягають контролю при ввезенні на митну територію України та вивезенні за її межі» тощо.

Проте, у законодавстві відсутнє нормативне визначення цього терміну, лише в ч. 2 ст. 2 Закону визначаються ознаки таких препаратів: 1) вміст малої кількості наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до таблиць II і III Переліку, та (або) прекурсорів, включених до таблиці IV Переліку; 2) відсутність ризику зловживання ними або він незначний; 3) зазначені засоби чи речовини не можна вилучити з таких препаратів легкодоступними способами в кількості, за якої можливе зловживання.

При цьому, стосовно цієї категорії препаратів на рівні закону закладено основу для створення окремого правового режиму у сфері контролю за обі-

гом та порядком їх застосування. Наприклад, зазначені препарати можуть вилучатися із сфери дії деяких заходів контролю у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів і Кабінету Міністрів України надано право визначати заходи контролю за обігом зазначених препаратів та порядок їх застосування (ч. 2 ст. 2 Закону). Крім того, встановленням у Законі вимог щодо обов'язкової наявності у фізичної особи рецепту на придбання лише наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II і III Переліку, порядку їх реалізації та контролю за обігом (ст. 27 Закону), а не усіх препаратів згідно Закону, також вказує на те, що препарати, що містять малу кількість наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів є спеціальною категорією препаратів з «послабленим» відносно інших препаратів режимом контролю за їх обігом. Елементи такого режиму простежуються і на рівні вищенаведених підзаконних актів.

Проте, відсутність чіткого врегулювання на рівні закону основних елементів такого правового режиму, виходячи із існуючого ланцюжка делегування повноважень у формі закон - постанова КМУ – наказ МОЗ, у кінцевому рахунку, призвели до виникнення проблем у правозастосуванні та поширенні випадків притягнення осіб до неспіврозмірного із суспільно-небезпечними наслідками рівня відповідальності за порушення у сфері обігу препаратів, що містять малу кількість наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. У ході обговорення шляхів вирішення таких проблем висувуються пропозиції в широкому спектрі – від поширення на останні усіх заходів контролю, встановлених для наркотичних засобів до максимальної дерегуляції їх обігу з відміною необхідності оформлення рецептів та ведення обліку операцій з ними тощо.

Слід враховувати, що можливість впровадження рішень, прийнятих за результатами обговорення певної проблеми, на пряму залежить від наявності та доступності механізмів їх втілення. У зв'язку з цим, постає питання щодо встановлених у законодавстві, у тому числі міжнародному, меж в яких діють такі механізми. Особливої уваги потребує необхідність визначення допустимих, з точки зору можливості втілення, рішень в аспекті їх відповідності міжнародному законодавству у цій сфері, в першу чергу положенням Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 року (далі – Конвенція).

Аналіз змісту Конвенції дозволяє констатувати, що у ній не йдеться взагалі про окрему категорію препаратів як таких, що містять малу кількість наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. Для визначення в Конвенції речовин, що підлягають контролю використовуються лише терміни «наркотичний засіб» та «препарат». Перелік заходів контролю у сфері торгівлі й розподілу для речовин, що підпадають під дію Конвенції закріплено у статті 30, зокрема ліцензування діяльності осіб, які здійснюють продаж наркотичних засобів та їх розподіл, контроль кількості таких речовин, що зосереджені у цих осіб, обов'язковий відпуск наркотичних засобів за рецептами, що бажано мають оформлюватися на спеціальних офіційних бланках, випущених під контролем уповноважених органів тощо. При цьому, заходи контролю, що мають застосовуватись щодо наркотичних засобів та препаратів визначено статтею 2 Конвенції залежно від їх приналежності до Списків, від I до IV. Слід зауважити, що перелік заходів щодо речовин, що належить до різних списків істотно різниться і, відповідно, можна вес-

ти мову про визначення для цих речовин різних правових режимів обігу, а точніше, мінімально встановлений рівень вимог, виконання яких має бути забезпечено кожною державою-учасницею Конвенції. Отже, питання можливості встановлення на рівні національного законодавства підвищеного рівня вимог до окремої категорії наркотичних засобів та препаратів цілком може бути вирішено позитивно.

З приводу допустимості максимальної дерегуляції обігу препаратів, що містять малу кількість наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, слід зауважити наступне. У даному випадку мова йде про препарати, з незначною місткістю речовин, включених до таблиць II і III переліку та (або) прекурсорів, включених до таблиці IV Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 № 770, які переважно тотожні Спискам наркотичних засобів та препаратів, що є додатками до Конвенції. Таким чином, вирішення поставленого питання залежить від вимог Конвенції до правового режиму речовин, віднесених до Списків II і III.

Згідно з ч. 2 ст. 2 Конвенції наркотичні речовини, включені в Список II, підлягають тим же заходам контролю, що й наркотичні засоби, включені в Список I, за винятком заходів, запропонованих у пунктах 2 і 5 статті 30 відносно роздрібної торгівлі. Частина 4 цієї ж статті закріплює, що препарати, включені в Список III, підлягають тим же заходам контролю, що й препарати, що містять наркотичні засоби, включені в Список II, за винятком того, що підпункт 1 (б) і пункти від 3 до 15 статті 31 можуть не застосовуватися й що для цілей обчислень (стаття 19) і статистичних відомостей (стаття 20) необхідна інформація обмежується кількостями наркотичних коштів, використаних для виготовлення таких препаратів.

Аналізуючи зміст наведених положень, є очевидним, що в частині виключення (непоширення) заходів, передбачених пунктами 2 і 5 статті 30 Конвенції, правові режими речовин, віднесених Конвенцією до Списків II і III є ідентичними. Саме пункт 2 ст. 30 Конвенції визначає вимоги до «пред'явлення медичних рецептів для доставки або видачі наркотичних коштів окремим особам». Таким чином, якщо постає питання щодо можливості скасування вимог у законодавстві України вимог стосовно продажу за рецептом препаратів, що містять малу кількість наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а за необхідності навіть і наркотичних засобів та препаратів, віднесених національним законодавством до Переліків II і III, то воно може бути також вирішено позитивно.

Підсумовуючи викладене вище, слід зазначити, що і міжнародне законодавство, і спеціальне національне законодавство у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, містять інструменти та механізми як для посилення вимог щодо такої категорії препаратів, що містять малу кількість наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, так і для зниження їх рівня. Тому складність питання у сфері їх регулювання знаходиться в іншій площині, ніж питання юридичної техніки, а саме у площині знаходження правильного балансу суспільних інтересів у державі.

Грекова М.М.,

*к.ю.н., доц. кафедри кримінального
та адміністративного права і процесу
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

КАТЕГОРІЯ «ВІКУ» У ТРУДОВОМУ ПРАВІ

В Основах законодавства про охорону здоров'я закріплено, що здоров'я це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Важливим чинником в оцінці стану здоров'я працівника є вік, оскільки розвиток патологій та окремих захворювань переважно розвиваються в певному віці людини. Розрізняють вік хронологічний (метричний, паспортний, календарний) і біологічний вік (анатомо-фізіологічний, медичний), що характеризує біологічний стан організму [1].

Слід зазначити, що всі складові здоров'я особи впливають на її біологічний вік. Шкідливі умови праці, несприятливі умови життя, постійна важка фізична праця, стрес на робочому місці, психологічний дискомфорт передчасно зношують організм, що, у свою чергу, призводить до захворювань та втрати (постійно або тимчасово) працездатності.

Дослідження питань часу і віку є ключовими у філософії, праві та медицині. Так, у праві вік розуміється, як визначений законодавством період у розвитку людини, з яким закон пов'язує настання певних правових наслідків. Особливих, своєрідних характеристик та значень набуває вік у трудовому праві. Зокрема у трудовому законодавстві вік відіграє значну роль при прийнятті на роботу, в процесі існування трудових правовідносин, а особливо при їх припиненні. Так, Рекомендація № 166 МОП закріплює, що законною підставою для припинення трудових відносин не повинен бути вік. Рекомендація МОП № 162 „Про трудящих похилого віку” пропонує державам спеціально заборонити дискримінацію таких працівників. Категорії працівників, які належать до осіб похилого віку, кожна держава визначає згідно з національним законодавством, практикою та місцевими умовами. Вихід на пенсію за можливістю здійснюється на добровільній основі. Під час реалізації положень Рекомендації № 166 щодо граничного віку, слід враховувати об'єктивні вимоги, які ставляться до фізичних, психологічних особливостей працівників, тобто вікові межі повинні бути встановлені, але з обов'язковим урахуванням реальності та національних особливостей. Наприклад, у деяких країнах (Швеції і Люксембурзі для всіх категорій працівників, для службовців у Нідерландах, у свою чергу законодавство Німеччини, Франції і Японії допускає закріплення такої причини у колективних договорах) причиною розглянутої групи підстав для звільнення працівника є досягнення ним пенсійного віку. У більшості інших країн законодавство не розглядає настання пенсійного віку як обґрунтовану причину звільнення, але встановлює вік примусового виходу на пенсію для визначених категорій працівників. Хоча, існує і такий варіант, коли особи, які досягли пенсійного віку, виключаються з під дії законів, що регулюють звільнення (Великобританія, Італія), тобто власне кажучи стають беззахисними перед рішенням роботодавця припинити з ними трудові відносини [2, с. 156].

Щодо норм національного законодавства, то загальні підстави розірвання трудового договору не передбачають звільнення у зв'язку з досягнен-

ням пенсійного віку. Більше того, у проекті Трудового кодексу пропонується встановити заборону звільнення працівника за ініціативою роботодавця з мотивів досягнення ним пенсійного віку чи отримання права на пенсію або допомогу, що призначається замість пенсії, крім випадків, встановлених законом (ст. 109).

У взаємозв'язку з цим виникає наступне питання: якими критеріями слід керуватися для встановлення граничного віку перебування на службі для окремих категорій працівників і службовців? При його вирішенні, по – перше, необхідно враховувати галузь, в якій здійснюється діяльність. Так, діяльність державних службовців пов'язана з реалізацією особливих функцій держави, гарантуванням належної та ефективної роботи державних органів відповідно до їх компетенції, здійсненням державно – владних повноважень. По – друге, до осіб, на яких покладено виконання державних обов'язків, ставляться більш високі вимоги щодо стану здоров'я та рівня фізичної підготовки. Державна служба, у свою чергу, пов'язана зі значними розумовими і психологічними навантаженнями, з можливістю застосування професійних знань і навичок. Вимоги ставляться до ділових та особистих (моральних) якостей. По – третє, з урахуванням специфіки роботи, фізичних та емоційних навантажень, яких зазнає особа, вона повинна залишатися здатною правильно оцінювати ситуацію в складних (надзвичайних) умовах, мати можливість адаптації до роботи в нових, раніше зовсім незнайомих їм ситуаціях, бути рішучою та безкомпромісною.

Важливо зауважити, що встановлення вікових меж при виконанні завдань та функцій держави не завжди є виправданим для тих осіб, які незалежно від віку можуть плідно та ефективно працювати, виконувати важливі та складні завдання державних органів та при цьому приносити користь державі.

Таким чином, досягнення граничного віку не повинно розглядатися як безумовна підстава для припинення трудових відносин. У свою чергу питання про звільнення щодо не відповідності працівника займаній посаді або виконуваній роботі повинно вирішуватися не за підставою віку працівника, а його фактичною працездатністю. В даному випадку необхідно більше уваги приділяти індивідуальним особливостям особи, її соціально-психологічним характеристикам, тобто вагомому значення набуває сукупність суб'єктивних (здатність особи виконувати покладені на неї обов'язки, незалежно від віку) та об'єктивних (досягнення граничного віку) критеріїв.

Література:

1. Тип конституции пациента. Возраст пациента // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://meduniver.com/Medical/pulmonologia/428.html> MedUniver

2. Киселев И. Я. Сравнительное и международное трудовое право: [учебник для вузов] / И. Я. Киселев – М.: Дело, 1999. – 728 с.

*Гринько Л.П.,
к.ю.н., доц. кафедри кримінального та
адміністративного права і процесу
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

МОДЕЛЮВАННЯ ЯК МЕТОД КРИМІНАЛІСТИЧНИХ ЗНАЇНЬ

Оптимізація процесу розкриття та розслідування злочинів потребує розроблення та впровадження у слідчу діяльність нових методів розслідування злочинів. Серед них особливе місце займає метод моделювання як найбільш ефективний засіб отримання інформації для виконання завдань кримінального судочинства. Моделювання як один з методів криміналістичних знань сприяє абстрактно-теоретичному узагальненню фактів і явищ дійсності.

Питання, пов'язані з криміналістичним моделюванням, докладно досліджувалися в працях Л.Й. Ароцкера, Р.С. Белкіна, А.І. Вінберга, Г.А. Густова, Г.О. Зоріна, І.М. Лузгіна, В.О. Образцова, О.Р. Ратінова, С.А. Шейфера та інших вчених-криміналістів.

Використання моделювання у слідчій практиці закладені в роботах засновника криміналістики Г. Гросса і містяться також у працях вчених-криміналістів В. Громова і І. Якімова. Саме вони рекомендували слідчим відтворити при розслідуванні уявну картину події та застосовувати її для розкриття злочину, при цьому не використовуючи у своїх працях термінів «модель» та «моделювання».

Термін «модель» у криміналістиці отримав широке поширення на початку 80-х років завдяки роботам І. М. Лузгіна під час розвитку криміналістичної методології та кібернетики. Різні аспекти використання моделювання в криміналістиці досліджувалися Г. А. Густовим, В.Я. Колдніним, Н. С. Польовим, М.М. Хлинцовим та ін. У їхніх роботах розглядалися актуальні для свого часу питання: робилися спроби визначення сутності моделювання, особливості використання окремих його видів, встановлювалися правові підстави та умови реалізації цього методу в кримінальному судочинстві. Однак у міру посилення інтересу вчених до проблеми моделювання, вивчення його сутності та змісту стало багатозначним. В криміналістиці моделями стали називати версію, ситуацію, план, програму, а також окремі графі в мережевому методі [2, с. 12]. Так само результати слідчої дії, виявлені сліди та деякі інші матеріальні об'єкти також іноді представлялися абстрактними моделями [1, с. 174]. Усе це сприяло тому, що в окремих роботах визначення моделі й моделювання ставали розпливчастими, а критерії застосування самого методу невизначеними [2, с. 90]. Іншою крайністю виявилися спроби представити моделювання в якості чи не єдиного засобу пізнання істини при розслідуванні злочинів [4, с. 18].

Моделюванню як методу наукового пізнання присвячено цілий ряд філософських досліджень, в яких досліджені його еволюція, логічні, гносеологічні та окремо наукові аспекти.

Моделювання як своєрідний інструмент пізнання визначає специфічні форми використання абстракції, аналогії, гіпотез, інших категорій і методів пізнання. Модель на деякому етапі дослідження заміщає оригінал, стає об'єктом вивчення і водночас є засобом пізнання. У процесі моделювання пізнання як би тимчасово переключається з даного об'єкта на дослідження допо-

міжного об'єкта (модель). Особливості досліджуваного об'єкта зумовлюють зміст процесу моделювання, а також схожість між моделлю і оригіналом, яка одночасно виключає їх повну тотожність. Це служить основним моментом, характерним для моделювання і відрізняє його від інших методів пізнання.

В криміналістиці під моделлю розуміють штучно створену матеріальну або ідеальну систему, що відтворює та замінює досліджувану кримінальну подію або окремі ситуації, обставини його вчинення, а також ситуації і обставини його розслідування таким чином, що її вивчення дозволяє одержати необхідну інформацію про оригінал, необхідну для успішного вирішення практичних, наукових і дидактичних криміналістичних завдань. Тобто, криміналістичне моделювання розуміється в цілому однозначно як використання в процесі пізнання моделі, яка «є засобом отримання інформації про об'єкт-оригінал, замінює його при постановці дослідів і в інших пізнавальних процедурах» [3, с. 4].

Важливою якістю моделі є те, що вона допомагає у вирішенні завдань, що стоять перед слідчим. Подібність моделі та оригіналу дозволяє слідчому надалі використовувати за аналогією криміналістичні алгоритми й програми розслідування при управлінні реальною слідчою ситуацією за певною схемою, що застосовувалися в моделюванні.

Таким чином, не дивлячись на збільшену інтенсивність досліджень у зазначеній області, проблематика, пов'язана з визначенням сутності моделювання, меж і можливостей його використання, відіграє значну роль при розслідуванні та розкритті злочинів.

Література:

1. Вартофский М. Модели: репрезентация и научноепонимание: пер. с англ. / М. Вартофский. – М.: Прогресс, 1988. – 470 с.
2. Ларин А. М. От следственной версии к истине / А. М. Ларин. – М., 1976. – 199 с.
3. Лузгин И. М. Моделирование при расследовании преступлений / И. М. Лузгин. – М.: Юрид. лит., 1981. – 152 с.
4. Сорокотягин И. Н. Роль психологических и других специальных познаний в планировании предварительного следствия / И. Н. Сорокотягин // Версии и планирование расследования. – Свердловск, 1985. – С. 10-11.

Гриценко Г. Г.,

*к.ю.н., ас. кафедри цивільного,
господарського та екологічного права
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

МНОЖИННІСТЬ ОСІБ У СПАДКОВИХ ПРАВОВІДНОСИНАХ

Кілька співвласників, співавторів, кілька боржників чи кредиторів є звичним явищем для практики, так само як і кілька спадкоємців. Чи можна говорити про однопорядковість цих явищ, тобто чи утворюють спадкоємці певну множинність осіб у спадковому правовідношенні? Це питання лежить не тільки в теоретичній, а й у практичній площині, адже воно впливає на порядок здійснення ними своїх прав.

У літературі вже висловлювалась думка, що право на спадщину є спільним правом для всіх спадкоємців [1, с.28]. Цей висновок впливає з того, що не може бути кількох тотожних за змістом прав на один і той же об'єкт

(спадщину). Звідси, при спадкуванні виникають не кілька правовідносин, як вказують Б. С. Антимонов, К. А. Граве, а одне – з множинністю осіб.

На нашу думку, вирішення питання про наявність чи відсутність множинності осіб у спадкових відносинах, тобто суб'єктний склад, залежить насамперед від визначення об'єкту цих правовідносин. Ним є спадщина. Вона – досить специфічний об'єкт, навіть «локальний», бо фігурує лише в книзі шостій ЦК України [3, с.18]. Зважаючи на те, що правонаступництво є універсальним (ст.ст. 1218, 1236 ч. 3 ЦК України), кожен спадкоємець є наступником у всіх правах та обов'язках у сукупності, тобто у *всій* спадщині. Втім, вона створюється як один неподільний об'єкт з особливою метою – замінити спадкодавця його правонаступниками. Після досягнення цієї мети спадкові права трансформуються у права з набуття спадщини (речові, зобов'язальні, інші права в залежності від складу спадщини) і потреби в збереженні єдиного об'єкту вже немає.

Таким чином, об'єкт спадкового правовідношення єдиний – спадщина. Але при цьому ЦК України оперує і поняттям «частки у спадщині», тобто частини цього об'єкту. Так, спадкоємці відмовляються або приймають як спадщину (ст.ст. 1223 ч.2, 1244 ч.1, 1258 ч.2, 1268-1270 ЦК України), так і її частку (ст. 1274 ч.3 ЦК України), а в деяких нормах згадується одночасно і те, й інше – ст.ст. 1275 ч.1, 2, 1276 ЦК України. Це не суперечить універсальності правонаступництва. Поняття «частка у спадщині» означає ту частину спадкового майна, яку спадкоємець отримає *після* закінчення спадкових відносин і їх трансформації в речові, зобов'язальні правовідносини тощо.

На вказаний спільний об'єкт (спадщину) у спадкоємців виникають спадкові права. Більшість вчених вважають, що кожен спадкоємець має самостійне абсолютне право на всю спадщину. При цьому кожне з цих прав обмежується фактичною наявністю інших таких же універсальних спадкоємців (В. І. Серебровський). «Внаслідок взаємної протидії двох і більше рівною мірою необмежених прав на весь об'єкт право кожного спадкоємця «практично» обмежене «абстрактною часткою», що виражається дробом» [1, с.29].

Думається, спадкоємців слід все ж таки наділяти одним спільним правом. Цей висновок випливає з того, що спадщина належить всім спадкоємцям з часу її відкриття (ст.1268 ч.5 ЦК України). «Оскільки належність будь-якого майна можлива на певному праві, а при спадкуванні відбувається правонаступництво, виходить, що спадкоємцям належить спадкоємцям належить спадщина на праві власності. *Отже, вони є співвласниками*» [2, с.389]. Це *спільне* право називають правом з набуття спадщини. Воно виникає на другому етапі спадкових правовідносин. До того, як набути спільне право, у кожного потенційного спадкоємця є *своя, окрема* можливість вибору, приєднатися до множини майбутніх співвласників спадщини чи ні – право на набуття спадщини. Це т.з. перший етап спадкових відносин, який триває до того, як остаточно визначаться всі учасники майбутньої множинності.

Незважаючи на спільність права, спадкоємці його практично не реалізують, хіба що спільно призначають виконавця заповіту (ст.1287 ч.2, 3 ЦК України). Це є прикладом зовнішніх зв'язків множинності спадкоємців. Наявні й внутрішні зв'язки. Так, спадкоємці можуть укладати між собою угоди про зміну черговості одержання права на спадкування (ст.1259 ч.1 ЦК України) або зміну розміру часток у спадщині (ст.1267 ч.2, 3 ЦК України).

На заключному етапі спадщина розподіляється між спадкоємцями і спадкові відносини трансформуються в речові, зобов'язальні та інші. Головною ознакою множинності осіб у спадкових правовідносинах є її *тимчасовий характер*. Із закінченням шестимісячного строку множинність спадкоємців перетворюється на множинність співвласників спадщини.

Таким чином, можемо зробити висновок, що у спадковому правовідношенні одне абсолютне право належить кільком спадкоємцям, які утворюють множинність осіб у спадкових правовідносинах.

Література:

1. Зырянов А.И., Кузнецова Э. А. Множественность лиц в наследственных правоотношениях // Наследственное право. – 2006. – №1. – с.28-30

2. Цивільний кодекс України: Науково-практичний коментар (пояснення, тлумачення, рекомендації з використанням позицій вищих судових інстанцій, Міністерства юстиції, науковців, фахівців). – Т.12: Спадкове право / За ред.. проф.. І.В.Спасибо-Фатєєвої. – Серія «Коментарі та аналітика». – Х.: ФО-Право Колісник А.А., 2009. – 544 с.

Губанова О.В.,

*к.ю.н., ас.кафедри цивільного,
господарського та екологічного права
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ЩОДО ПРОБЛЕМ СТРАХУВАННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Заради перевірки нових лікарських засобів частим є проведення клінічних досліджень за участю людини для попередження ризиків, які можуть виникнути при його широкому застосуванні.

Неможливість повного виключення ризику для життя й здоров'я людини, яка бере участь у клінічних дослідженнях, вимагає формування системи захисту інтересів досліджуваних (пацієнтів та здорових добровольців) у випадку нанесення шкоди їх здоров'ю. У міжнародних актах (Конвенціях Ради Європи, Організації Об'єднаних Націй) сформувався принцип переваги інтересів досліджуваних (пацієнтів та здорових добровольців) над інтересами науки і суспільства. Тому одним із важливих факторів захисту учасників клінічних досліджень є гарантія відшкодування можливих ризиків з боку життя й здоров'я шляхом укладення договору страхування.

Наразі на національному рівні основними нормативно-правовими актами, що зобов'язують укладати договір страхування при проведенні клінічних досліджень, є Закон України № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. "Про лікарські засоби", Наказ МОЗ від 23.09.2009 р. № 690 "Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики".

Відповідно до Директиви 2001/20/ЕС (стаття 3.2.f): «клінічне дослідження може проводитися, тільки якщо... передбачені страхування або відшкодування збитків, що забезпечують відповідальність дослідника й спонсора».

П. 3.5. Розділу III Наказу МОЗ № 690 «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів

клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики» встановлює, що «усі клінічні випробування розпочинаються після прийняття рішення ... та укладення договору про страхування життя і здоров'я пацієнта (добровольця) у порядку, передбаченому законодавством».

Пункт 9.1. Розділу IX вищезгаданого Наказу встановлює, що «Клінічне випробування може розпочинатися ... після укладення договору про страхування життя та здоров'я пацієнта (добровольця) у порядку, передбаченому законодавством».

Таким чином, вбачається неоднаковий підхід до визначення суб'єктів страхування у національному та європейському законодавстві. В той час, коли національне законодавство акцентує увагу на страхуванні життя і здоров'я пацієнта/добровольця, європейське законодавство зосереджується на страхуванні відповідальності спонсора й дослідника.

Для того, щоб оцінити адекватність європейського підходу, слід звернутися до національного законодавства, що регулює порядок укладення та зміст договору страхування. Наразі немає жодного нормативно-правового акту, який би встановлював особливості договору страхування при здійсненні клінічних досліджень, а тому вказані відносини регулюються загальним страховим законодавством, зокрема Законом України «Про страхування». В Законі встановлюється норма, відповідно до якої «договір страхування повинен містити: назву документа; назву та адресу страховика; прізвище, ім'я, по батькові або назву страхувальника та застрахованої особи, їх адреси та дати народження; прізвище, ім'я, по батькові, дату народження або назву вигодонабувача та його адресу; ... інші умови за згодою сторін; підписи сторін».

Підхід європейського законодавця може бути цілком виправданим, адже в договорах страхування відповідальності замовника клінічних випробувань перед третіми особами (пацієнтами, здоровими добровольцями) щодо нанесення шкоди їх життю та здоров'ю під час проведення клінічних випробувань лікарських засобів, страхувальник не призначає застраховану особу (яку треба персонально зазначити), а страхує відповідальність перед третіми особами, що не потребує їх ідентифікації при укладанні договору. Це значним чином спрощує вказані відносини, робить залучення пацієнтів/добровольців більш гнучким за своєю процедурою, а також розширює коло осіб, які можуть звернутися до страхової компанії з вимогою про відшкодування шкоди. Також це спрощує процедуру проведення клінічного дослідження, оскільки на момент укладання договору відсутня інформація стосовно списку та ідентифікації третіх осіб – набір пацієнтів /добровольців здійснюється після укладання договору та одержання дозволу на проведення клінічних випробувань.

Одночасно типовою вимогою іноземних фармацевтичних компаній є вимога до страхування професійної відповідальності дослідників й інших лікарів, які беруть участь у випробуваннях, але в Україні вимога до такого обов'язкового страхування відсутня, тому при проведенні клінічних досліджень застосовується лише в поодиноких випадках [4].

Отже, ми можемо дійти висновку, що наразі національне та європейське законодавство містять певні розбіжності, які стосуються відносин страхування при проведенні клінічних випробувань. Діяльність кожного суб'єкта клінічних досліджень поєднана з певними ризиками, як з боку

спонсора (фармацевтичної компанії), так і з боку дослідника або учасника дослідження (пацієнта/добровольця), тому використання лише одного виду страхування не може в повній мірі забезпечити інтереси всіх сторін цього процесу. Звідси вбачається, що найкращим підходом буде комплексне страхування учасників клінічного випробування (тобто не тільки страхування життя та здоров'я пацієнта/добровольця та відповідальності спонсора, а і ризиків, пов'язаних із дослідниками та місцями проведення клінічних досліджень, адже пацієнт може постраждати і від помилки або упущення медичного персоналу, несправності медичного обладнання тощо).

Література:

1. Закон України «Про лікарські засоби» № 123/96-ВР від 04.04.1996 р.
2. Наказ МОЗ України від 23.09.2009 № 690 "Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09>
3. Directive 2001/20/EC of the European Parliament and of the Council of 4 April 2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2001_20/dir_2001_20_en.pdf
4. Корнацький В.М., Талаєва Т.В., Силантьєва О.В. Правові проблеми клінічних випробувань лікарських засобів в Україні // Вісник Академії адвокатури України. – 2012. – Вип. 2 (24). – С. 15-18.

Дячишин Я.В.,

*к.ю.н., старший викладач кафедри медичного права
факультету післядипломної освіти
ЛНМУ ім. Д. Галицького*

ПРАВА ЗАКОННИХ ПРЕДСТАВНИКІВ ПАЦІЄНТА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Відповідно до ст. 34 Цивільного Кодексу України (далі-ЦКУ) учасники правовідносин, самостійно набувають цивільних прав та обов'язків шляхом укладення правочинів, тобто володіють цивільною дієздатністю. Проте є випадки, коли особи позбавлені можливості чи здатності самостійно вчиняти ті чи інші правочини. Саме тому законодавець, щоб усунути такі перешкоди, що не дають особі укласти той чи інший правочин, закріпив поняття представництва.

Фізична особа здійснює особисті немайнові права самостійно. А в інтересах малолітніх, неповнолітніх, а також повнолітніх фізичних осіб, які за віком або за станом здоров'я не можуть самостійно здійснювати свої особисті немайнові права, їхні права здійснюють батьки (усиновлювачі), опікуни, піклувальники (ст.272 ЦКУ).

Проаналізувавши ст. 237 ЦКУ, можна дати таке визначення представника, тобто, це особа яка зобов'язана або має право вчиняти правочини від імені та в інтересах другої сторони яку вона представляє. Представництво може виникати на підставі закону, договору, акта органу юридичної особи та з інших підстав, встановлених актами цивільного законодавства.

Представниками за законом можуть бути батьки, усиновлювачі, опікуни, піклувальники. В своїй діяльності медичний працівник стикається саме з

такими представниками. Законними представниками малолітніх та неповнолітніх є їх батьки або усиновлювачі. Опіка ж встановлюється над фізичними особами, які визнані недієздатними та малолітніми (до 14 років) особами, які є сиротами або позбавлені батьківського піклування. Відповідно, піклування встановлюється над фізичними особами, цивільна дієздатність яких обмежена та неповнолітніми (від 14 до 18 років) особами, які є сиротами або позбавлені батьківського піклування (ст. 242, 58, 59 ЦКУ).

На законних представників за законом поширюється весь спектр прав та обов'язків, якими наділений пацієнт. Проаналізувавши Основи законодавства України у сфері охорони здоров'я (далі-Основ) та ЦКУ законні представники мають такі права:

- вибір лікаря особи, яка не досягла 14 років (ст. 38 Основ, ст.284 ЦКУ);
- вибір закладу охорони здоров'я особи, яка не досягла 14 років (ст. 38 Основ, ст.284 ЦКУ);
- вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря особи, яка не досягла 14 років (ст. 38 Основ, ст.284 ЦКУ);
- право на отримання достовірної і повної інформації про стан здоров'я дитини або підопічного, а саме, особи до 18 років (ст. 39 Основ, ст.285 ЦКУ);
- право на згоду на медичне втручання щодо особи, яка не досягла 14 років, а щодо особи віком від 14 до 18 років – за письмовою як законних представників так і згодою пацієнта (ст. 43 Основ, ст.284 ЦКУ);
- право відмовитись від лікування, особи до 18 років (ст. 43 Основ, ст.284 ЦКУ);
- право відвідувати фізичну особу, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я (ст. 6 Основ, ст.287 ЦКУ);
- право давати письмову згоду на нові методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарські засоби, які знаходяться на розгляді в установленому порядку, але ще не допущені до застосування, особи віком до 14 років, а щодо особи віком від 14 до 18 років – за письмовою як законних представників так і згодою пацієнта (ст. 44 Основ);
- право бути присутніми при дослідженні причин смерті пацієнта та ознайомитися з висновками щодо причин його смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду, у разі смерті пацієнта (ст. 39 Основ, 285 ЦКУ).

Жарлінська Р.Г.,

*к.е.н., доц., завуч кафедри патологічної анатомії, судової медицини та права
ВНМУ ім. М.І. Пирогова,*

Телегузова О.В.,

*студентка 4-го курсу
ВНМУ ім. М.І.Пирогова.*

СКРИНІНГ ТА КОМПАРУВАННЯ СИСТЕМ СТРАХОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ СПОЛУЧЕНИХ ШТАТІВ АМЕРИКИ ТА ФРАНЦІЇ, У ВІДДЗЕРКАЛЕННІ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Оскільки питання формування якісної сфери охорони здоров'я – пріоритетне у державній політиці на сьогодні, необхідно усвідомлювати важливість та відповідність пертурбацій сучасному українському змісту.

Серед ключових завдань реформи існуючої системи охорони здоров'я в Україні є запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. У пояснювальній записці до проекту Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування в Україні» йдеться про те, що у результаті запровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування підвищиться ефективність використання кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів, створяться передумови для залучення інвестицій у систему охорони здоров'я.

Однак, транспарентним є те, що вводити страхову медицину за принципом «все і відразу» не є пуристичним, так як це ймовірно принесе лише негативний результат, про що свідчить, наприклад, сумний досвід деяких сусідніх країн. Тоді як поетапне впровадження страхової медицини в низці країн, навпаки, має високі показники ефективності. Так, у Молдові та Киргизії медстрахування впроваджено вже повністю і з хорошими результатами. Відповідно до законопроекту 2462а «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування», страхування пропонується почати з працюючого населення. До цієї групи належать і ті, хто ведуть приватну діяльність, яка пов'язана з отриманням доходу, а також особи, які проходять перепідготовку, підвищення кваліфікації.

Для того, аби обрати вдалу модель соціального медичного страхування та не допустити морганатичності, необхідно політесувати досвід інших країн. Відповідно до рейтингової системи ВООЗ, Франція посідає перше місце у світі за рівнем розвитку системи охорони здоров'я, тоді ж як США – перші за рівнем оснащення та видатків на сферу охорони здоров'я.

Проаналізувавши та порівнявши системи соціального медичного страхування у цих країнах, ми дійшли висновку, що окрім справно функціонуючої загальної системи, кожен пацієнт як активна та свідомо дисипативна система соціуму бере участь у реалізації охорони свого здоров'я. Це спонукало нас провести дослідження пацієнтів України на наявність вербальності та комунікації у рамках «пацієнт – лікар» стосовно призначеного лікування та його варіабельності. (Адже саме діалог є однією із відмінних складових страхової медицини). За результатами дослідження ми встановили необхідність створення інструменту, який дозволить порівнювати ціни та варіанти у сфері медичних консультації та лікування. Необхідно зазначити, що такі механізми реалізації прав пацієнта наявні у США та Франції, що підкреслює позитивні сторони систем. Однак, детально дослідивши сучасні літературні джерела, поспілкувавшись із фахівцями США, було встановлено ряд «кризових зон» функціонування сфери охорони здоров'я, що спонукає до продовження аналізу та компарування для розроблення якісної моделі запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Література:

1. Tymkiv Ya. Ukrainawobecproblemówiinstytucjonalizacjibezpieczeństwa europejskiego / Ya. Tymkiv. – Toruń : Wyd-wo Adam Marszałek, 2009. – 346 s. – Bibliogr.: s. 284–346

2. Проект Закону «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» № 2462 від 30.07.2015 зареєстрований на 2 сесії VIII скликання, <http://w1.c1.rada.gov.ua/>.

3. Eastern Mediterranean Health Journal / A. Bimouhen, F. El Falaki, H. Ihazmad, Z. Regragui, S. Benkerroum and A. Barakat: WHO's journal online, june 2016: p.34-38

4. Western Pacific Surveillance and Response Journal (WPSAR)/ care programme – Mewat, Haryana, India, 2013/ Latika Nath Sinha, Prabhdeep Kaur: p.11-13

5. Медичне право України: підручник. Затверджено Міністерством освіти і науки України як підручник для вузів. С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта, 2008 Всеукраїнська асоціація видавців "Правова єдність". К. 507стр.

Задихайло Д. Д.,

к.ю.н., ас. кафедри цивільного

господарського та екологічного права

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ОХОРОНА ДОВКІЛЛЯ ТА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН: ПОШУКИ ЕФЕКТИВНОГО ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ

Розвиток медичного і фармацевтичного права відбувається завдяки цілій низці суспільних, політичних, екологічних та економічних чинників. Втім можна стверджувати, що незадовільний стан охорони довкілля, неефективна система екологічної безпеки в суспільстві та державі безпосередньо впливають на формування суспільної потреби в цілому колі відповідних медичних послуг та фармацевтичних засобів.

Сьогодні безперечним є факт, що саме людська діяльність стала головним фактором забруднення природного середовища та основним чинником деградації довкілля. Відтак не випадково, що в цілому сучасна екологічна ситуація в Україні на всіх рівнях як офіційних так і неофіційних, однозначно визначається як кризова. І хоча екологічна криза має надзвичайно складну суспільно-природну феноменологію та не менш складну систему чинників власної детермінації можна стверджувати, що наслідки утворення та особливо накопичення виробничих, побутових та інших відходів є ключовим чинником екологічної кризи. Більше того, саме «завдяки» цьому чиннику криза зазвичай і переростає у якісно новий стан – стан екологічної катастрофи.

Зростання обсягів щорічно накопичуваних тільки побутових відходів в Україні у середньому становить 220-250 кілограмів на рік на одну особу, а у великих містах – 330-380 кілограмів. Сміттєзвалища та полігони для їх накопичення налічують 4157 одиниць і спільно займають площу 7,4 тисячі гектарів. Разом з тим, багато країн Заходу свого часу успішно вирішили подібні екологічні проблеми, що також набули в них кризової гостроти.

Тож Україні також треба розпочинати предметно, а не декларативно підходити до створення ефективних суспільно-правових механізмів вирішення дуже різних з змістом, але надзвичайно небезпечних екологічних проблем. Таке завдання передбачає необхідність продуктивної ревізії усього нормативно-правового забезпечення охорони довкілля. Але починати, як уявляється, необхідно в першу чергу з конституційно-правового регулювання.

Дійсно, що стосується відносин охорони довкілля у широкому розумінні (включаючи до них природо ресурсні та екобезпечні відносини), то

до них в Конституції України можна безпосередньо віднести статті 13, 14, 16, 50 та 116. Так, мова йде про: закріплення форм власності на природні ресурси та порядок реалізації права власності; фіксацію обов'язку держави забезпечувати екологічну безпеку, підтримувати екологічну рівновагу, зберігати генофонд Українського народ; а також про закріплення права людини на безпечне довкілля. Важливою є фіксація у нормах Основного Закону повноваження Кабінету Міністрів України забезпечувати проведення політики у сфері охорони природи, екологічної безпеки та природокористування.

Якщо виходити із тріади основних складових предмету екологічного права, а саме природоресурсного права, права охорони довкілля та права екологічної безпеки, слід зазначити, що конституційно-правову фіксацію отримали природо-ресурсні відносини – ст. ст. 13, 14 Основного Закону, екологічної безпеки – ст. 16 та ст. 50 Конституції України, а також усі названі складові в формі повноваження держави забезпечувати екологічну політику – ст. 116 Основного Закону.

Та чи можна вважати такий характер конституційно-правової фіксації екологічних відносин достатнім та ефективним, в умовах розгортання глобальної екологічної кризи? Чи достатньою є актуалізація та інструментально-правове забезпечення механізму вирішення екологічної проблематики з боку держави та суспільства? Очевидно, що ні. Адже ефективність конституційно-правового регулювання має передбачати: повноту та системність правової фіксації основних елементів регулюємої сфери суспільних відносин; визначення цілей і спрямування правового впливу; забезпечення інструментальної достатності складу механізмів реалізації в відповідних відносин; забезпечення стабільності конституційно-правових норм за рахунок уніфікації базових понять та засобів і, в той же час – необхідного рівня деталізації, що дозволяє задіяти можливості юрисдикції Конституційного Суду України у питаннях оцінки відповідності розвитку поточного законодавства положенням Основного Закону; визначення топографії основних джерел поточного законодавства тощо.

Важливо виходити також із того, що Основний Закон має закріпити не просто пов'язані між собою екологічні об'єкти, які інтегруються в поняття «довкілля», але «екологічну систему», як систему екологічних відносин в яку активною частиною входять людина, суспільство, держава, форми господарювання, інститути охорони довкілля та екологічної безпеки тощо. Така система має враховувати також і глобальний характер екологічної кризи та екології як такої, а також наявність тісного причинно-наслідкового зв'язку екологічних відносин з системою господарювання.

Завданням Основного Закону є також закріплення системи екологічних відносин як комплексу суспільних інститутів, головним з яких є система правового регулювання екологічних відносин з акцентуацією на інструментальних можливостях права і законодавства.

Таким чином, конституційно-правове регулювання екологічних відносин має містити у собі усі названі складові власного регулятивного феномену. Як уявляється, основними об'єктами конституційно-правової фіксації мають стати наступні елементи суспільних відносин в екологічній сфері та правові механізми їх реалізації: Глобальна екологічна криза та її територіальні особливості. Екологічна функція держави. Екологічна політика держа-

ви. Екологічна доктрина держави. Правові засади використання природних ресурсів. Правові засади охорони довкілля. Правові засади забезпечення екологічної безпеки. Організаційно-правовий та економічний механізм впливу держави на охорону довкілля. Правовий режим екологічного господарювання. Міжнародна співпраця держав щодо охорони довкілля. Система джерел екологічного законодавства

Звичайно, слід визнати, що суспільні механізми вирішення економічних, екологічних, інформаційних, етнокультурних та багато інших життєво важливих проблем знаходяться в прямій залежності від ефективного функціонування політичних відносин, адже держава була і залишається основним інструментом вирішення суспільних проблем. Разом з тим очевидно, що в сучасному світі екологічні, економічні, інформаційні проблеми та відносини все більше набувають самостійного і доленосного значення для суспільного розвитку. Відтак, настав час для перегляду ролі і місця екологічної проблематики в структурі Основного Закону і, відповідно, ролі і місця Основного Закону щодо, розвитку екологічного законодавства, діяльності органів держави в екологічній сфері.

Зінченко Н.О.,

*доц. кафедри філософських і суспільних наук
ВДНЗУ «Української медичної
стоматологічної академії»*

ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Проблеми здоров'я, здорового способу життя, цінності життя, реабілітаційних феноменів та процесів завжди перебували в центрі уваги дослідників різноманітних галузей наукового пізнання – від природнонаукових до гуманітарних та філософських, оскільки людина є інтегральною єдністю біологічного, психічного і соціального, підкоряється як біологічним, так і соціальним законам.

Стрімкий розвиток біосоціальних технологій, усвідомлення впливу останніх на існування та виживання людини в ХХ-ХХІ ст., створення цілого арсеналу методик та інструментів самовдосконалення або лікування, актуалізували проблему контролю та управління біосоціальними впливами на здоров'я людини. Реальністю стають наноінженерні, молекулярно-біологічні, геномні, комп'ютерно-мережеві технології, проводяться успішні дослідження в царині нанороботів, нейрочипів і штучного інтелекту, відбувається трансформація *Homo sapiens* у *Homo intelligens* (Й. Масуда).

Реальні практичні дії людей, прагнення управляти не лише соціальними, а й біологічними процесами, контролювати та скеровувати розвиток людини, дослідження вітальних і соціальних потреб людини, а також її взаємодія з суспільством задля входження у нормальний потік повсякденного життя соціуму й викликали до життя біосоціальні технології, оскільки останні являють собою певний вид соціальної діяльності, покликаної впорядкувати сферу людських прагнень та проявів через систему норм, правил, обмежень.

Біосоціальні технології важливі як для людей, що не мають суттєвих проблем зі здоров'ям (для удосконалення стану і функцій фізичного тіла), так і для осіб з обмеженнями життєдіяльності, оскільки в останньому випадку

біосоціальні технології перетворюються на інструменти надання зовнішньої допомоги у формуванні, збереженні, реабілітації і збагаченні здоров'я (лікування і повернення до нормального стану життєдіяльності фізичного тіла).

XXI ст. характеризується стрімким поширенням та «омолодженням» хвороб мозку, якщо раніше деменція та хвороба Альцгеймера вражали в основному літніх людей, то останнім часом жертвами цих страшних захворювань стають люди у більш молодому віці, тому надзвичайно нагальною є проблема розробки та вдосконалення технології нейрочипів та створення нейроімплантів, які дозволять виліковувати хвороби мозку шляхом дублювання втрачених природних функцій штучним чипом або створити біологічний суперкомп'ютер (О.О.Литвин).

Якщо ще декілька десятиліть тому штучне запліднення вважалося фантастикою, то зараз медицина здатна повністю замінити природний процес зачаття нового життя штучним, народження дитини «з пробірки» стало звичним явищем, завдяки якому тисячі жінок пізнали щастя материнства. Все частіше обговорюється проблема клонування, яка ставить під загрозу існування вічного природного закону біологічної зміни одного покоління іншим і може мати негативний вплив на соціум.

Проте, незважаючи на досягнення науково-технічного прогресу, покликаного покращити життя та здоров'я людства, сучасна людина, на жаль, рідко почувається абсолютно здоровою, причиною чого є постійне збільшення шкідливих факторів оточуючого середовища, створення нових хімічних сполук вигляді побутової хімії, харчових добавок та консервантів, медикаментів, косметики, негативно впливає на людину й нервово-психічне навантаження, зумовлене розвитком інфосфери та розповсюдженням мережевої комунікації, необхідністю сприйняття та обробки значної кількості нової інформації. Усі вищеперераховані причини актуалізують проблему формування, зберігання і використання життєвих, енергетичних, психічних та інтелектуальних ресурсів пересічної людини зокрема та людства загалом.

Зуб О. Ю.,

*ас. кафедри цивільного, господарського
та екологічного права
ППОІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТА: ОГЛЯД ПРАКТИКИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ

Європейська Конвенція про захист прав людини та основоположних свобод 1950 р. (надалі-ЄКПЛ) закріпила низку базових прав людини, які тлумачаться та захищаються Європейським судом з прав людини (надалі-ЄСПЛ). Все більшого відображення в практиці ЄСПЛ знаходить захист суб'єктивних прав, які регламентовані в рамках медичного права – комплексної галузі права, що включає сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини у сфері медичної діяльності [1, С. 7]. При цьому, у царині таких прав найбільш актуальним убачається дослідження захисту прав пацієнта, які повсякчас порушуються при зверненні, реалізації права на медичну допомогу.

Зважаючи на те, що медичне право є комплексною галуззю, то й права, які позиціонуються як такі, що випливають із цієї галузі права носять комп-

лексний характер, тобто виступають синтетичним поєднанням фундаментальних прав. А відтак, захист прав, що витікають із медичного права взагалі, та прав пацієнтів зокрема, здійснюється у контексті різних статей ЄКПЛ.

У цьому контексті, до основних напрямів захисту прав пацієнтів у практиці ЄСПЛ слід віднести:

- відшкодування шкоди завданої в результаті смерті пацієнта в медичних закладах, у контексті ст. 2 ЄКПЛ (рішення в справах *Vov. France, Byrzykowski. Poland, Prettyv. theUnitedKingdom* та ін., де громадяни скаржилися на порушення: обов'язку держави захистити здоров'я особи, яка позбавлена волі, а також обов'язку забезпечити незастосування забороненого ЄКПЛ поводження щодо всіх осіб, які знаходяться під її юрисдикцією, з боку приватних осіб [2, С. 16]);

- відшкодування шкоди завданої в результаті катуванням, нелюдського чи такого, що принижує гідність поводження, у контексті ст. 3 ЄКПЛ (рішення в справах *Yakovenkov. Ukraine, Kovalv. Ukraine* та ін., де скаржники вказували на неприпустиму поведінку з боку медичних працівників чи адміністрації медичних закладів, яка призводила до порушення прав пацієнтів);

- відшкодування шкоди завданої в результаті примусового обмеження свободи та особистої недоторканості особи, яка потребувала медичної допомоги через алкогольний, наркотичний стан чи психічне захворювання, у контексті ст. 4 ЄКПЛ (рішення в справах *Witold Litwa v. Poland, Winterwerp v. the Netherlands, Gorshkov v. Ukraine* та ін.);

- відшкодування шкоди завданої в результаті розголошення медичної таємниці, яка витікає зі ст. 8 ЄКПЛ (рішення в справах *M. C. v. Sweden, Z v. Finland* та ін.).

Між іншим, Суд, використовуючи доктрину «живого дерева» («живого інструменту»), постійно розширює сферу захисту конвенційних прав, що відповідно свідчить і про посилення захисту пацієнтів.

Отже, у контексті Європейської конвенції про захист прав людини та основоположних свобод та практики Європейського суду з прав людини, як продовження базових прав є захист прав пацієнтів, що випливають із них. При цьому захист таких втілюється у кількох напрямках, які постійно розвиваються й потребують подальших наукових розвідок.

Література:

1. Стеценко С. Г. Медичне право України: підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта / за заг. ред. С. Г. Стеценка. – К., 2008. – 507 с.

2. Сенюта І. Права пацієнтів у рішеннях Європейського суду з прав людини // Вісник Львівського університету. Серія юрид. – 2009. – Вип. 48. – С. 13-20.

Кабальський Р.О.,

к.ю.н., доц. кафедри теорії та історії держави і права

ПЮІ ННУ ім. Я. Мудрого

ЛІБЕРАЛЬНА ДЕРЖАВА: ДОКТРИНАЛЬНІ ОЗНАКИ

Представники сучасного лібералізму займаються проблемами державного регулювання, досліджуючи питання щодо вільної конкуренції та невтручання (або меж втручання) держави в економіку й інші сфери вільного

суспільства, які на їх думку сприяють процвітанню й стабільності набагато більше, ніж державна експансія, що ми могли спостерігати протягом останнього сторіччя.

Сучасний лібералізм належать до однієї традиції політичної думки. Спектр позицій усередині цієї традиції досить широкий: Дж. Локк, Дж. С. Міллз, А. Сміт, А. де Токвіль, Ф. фон Гайек, Р. Нозік.

Сформулюємо нормативні узагальнення щодо всієї доктрини, що об'єднують ліберальну традицію:

- ліберальна традиція є нормативно індивідуалістична, та стверджує цінність кожного окремого індивіда. Життя кожного індивіда, його добробут або задоволення переваг вважаються найвищою цінністю самі по собі, а не тільки як елемент суспільного життя, добробуту або задоволення переваг суспільства;
- нормативний індивідуалізм (автономна значимість життя кожного індивіда, його добробуту або задоволення переваг) є підставою безумовних моральних домагань кожного індивіда на невтручання в його життя та добробут;
- ліберальна традиція приймає індивідуальну свободу як політичну або правову норму, індивідуальна свобода це те, чого кожний індивід може легітимно зажадати від іншого;
- священність права приватної власності – відповідно до ліберальної традиції, повага до прав індивіда і його свободи вимагає поваги права цього індивіда розпоряджатися зовнішніми об'єктами (майновими і немайновими правами) придбаними ним способом, що не порушує рівну свободу інших; гарантії приватної власності є основною умовою економічного процвітання, свобода можлива тільки в умовах приватної власності й вільного ринку («свобода є власність»);
- у ліберальній традиції бажаний громадський порядок є асоціацією індивідів, кожний з яких ставить і переслідує свої власні законні цілі, при цьому не поділяючи ніяких цілей з іншими;
- громадський порядок, що виникає з волі індивідів при гарантії їхніх прав, є більше бажаним, чим порядок, спланований централізовано, тому що він дає індивідам можливість і заохочує їх до застосування власних індивідуальних і різноманітних знань при прийнятті рішень.
- законне використання примусу обмежується припиненням правопорушень або відшкодуванням їх наслідків; будь-яке використання примусу, що зазіхає на право індивіда розпоряджатися своєю власністю, є неприпустимим;
- ліберальна традиція заперечує базове розходження між етикою, що застосовується в цілому до індивідів, і етикою, що застосовна до суспільних інститутів і посадових осіб;

Таким чином, ми приходимо до розуміння мінімальної держави – монополістичного агентства із законним правом використовувати силу і погрозу сили винятково для захисту життя, здоров'я, свобод, майна й контрактних прав людини від внутрішніх і зовнішніх зазіхань. Така мінімальна держава забезпечує захист цих правомірних домагань тільки способами, які самі по собі також поважають правомірні домагання людей. Ефективна реалізація цих домагань має своєю метою створення основних умов, які ведуть до ви-

никнення взаємовигідного й коштовного соціального й економічного порядку, що виростає із власних мотивованих дій індивідів на підставі своїх гарантованих свобод.

*Клапатий Д.Й.,
асистент кафедри медичного права
ЛНМУ ім. Д. Галицького*

**ЗАПОБІЖНИЙ ЗАХІД У ВИГЛЯДІ ПОМІЩЕННЯ ОСОБИ
ДО ПСИХІАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ В УМОВАХ,
ЩО ВИКЛЮЧАЮТЬ ЇЇ НЕБЕЗПЕЧНУ ПОВЕДІНКУ:
ОКРЕМІ ПИТАННЯ ПРАВОРЕАЛІЗАЦІЇ**

Серед запобіжних заходів, які обираються до осіб, стосовно яких передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, Кримінальний процесуальний кодекс України (далі – КПК України) у ст. 508 передбачає поміщення таких осіб до психіатричного закладу в умовах, що виключають їх небезпечну поведінку. Слід констатувати, що вже з часу набрання чинності КПК України, виникло чимало проблем як правового, так і організаційного характеру щодо застосування цього запобіжного заходу, які потребують невідкладного вирішення. Застосування окресленого запобіжного заходу неодноразово дебатувалося у професійних колах лікарів-психіатрів [1] і стало фокусом уваги Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини [2].

До основних проблем застосування окресленого запобіжного заходу слід віднести: 1) не узгоджено правову термінологію КПК України, у якому вжито термін «поміщення», із Законом України «Про психіатричну допомогу», де використано термін «госпіталізація»; 2) відсутній порядок застосування такого запобіжного заходу; 3) не врегульовано питання щодо суб'єкта, який повинен створювати умови, що виключають небезпечну поведінку особи. Як правило, такі умови створюються власними силами персоналу психіатричних закладів, що створює сприятливе середовище для порушення прав як осіб, до яких застосовуються такі запобіжні заходи, пацієнтів психіатричного закладу і медичних працівників, адже нерідко такі особи становлять значну суспільну небезпеку; 4) не врегульовано питання щодо можливості поміщення таких осіб у психіатричні заклади різного типу (зі звичайним, посиленням і суворим наглядом); 5) не визначено питання щодо строку, протягом якого такі особи поміщаються до психіатричного закладу; 6) не зрозуміло чи передбачає застосування такого запобіжного заходу, крім перебування особи в психіатричному закладі, ще також надання їй медичної допомоги; 7) не врегульовано питання щодо того, хто встановлює факт розладу психічної діяльності чи психічної хвороби (ч. 2 ст. 508 КПК України), зокрема, чи обрання такого запобіжного заходу повинно відбуватись після проведення щодо особи судово-психіатричної експертизи.

Безумовно, не врегульованість значної кількості питань породжує різну судову практику, яка не завжди є на користь осіб, щодо яких застосовано такий запобіжний захід. Зокрема, Ухвалою Шостківського міськрайонного суду Сумської області від 22.02.2016 р. до особи застосовано окреслений запобіжний захід строком на 60 днів [3]. В ухвалі Звенигородського районного суду Черкаської області від 23.12.2015 р. строк застосування зазначеного

запобіжного заходу не визначено [4]. Є різною судова практика і в контексті встановлення факту наявності психічного розладу або психічної хвороби в особи, як цього вимагає ч. 3 ст. 508 КПК України. Зокрема, в одних випадках проводиться судово-психіатрична експертиза [4], в інших випадках суди приймають рішення про обрання запобіжного заходу, враховуючи довідки про перебування особи на лікуванні у психіатричному закладі [5].

З метою удосконалення правового регламенту застосування зазначеного запобіжного заходу слід чітко: 1) визначити на рівні закону, чи поміщення особи у психіатричний нагляд передбачає також і її лікування, якщо так, то чи таке лікування здійснюється примусово, чи необхідна усвідомлена згода особи; 2) передбачити, що поміщення у психіатричний заклад здійснюється лише після отримання висновку судово-психіатричної експертизи, яка встановить факт розладу психічної діяльності чи психічної хвороби в особи; 3) регламентувати строк застосування запобіжного заходу; 4) закріпити порядок продовження, зміни або припинення застосування такого запобіжного заходу, зокрема визначивши питання: чи видужання особи або зміна її психічного стану є підставою для зміни або припинення запобіжного заходу.

Література:

1. Результати обговорення застосування запобіжних заходів (ст. 508) за новим Кримінальним процесуальним кодексом України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/37539>

2. Уповноважений звернувся з поданням до Прем'єр-міністра України щодо забезпечення прав громадян при застосуванні статті 508 КПК [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: http://www1.ombudsman.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=3095:508-&catid=14:2010-12-07-14-44-26&Itemid=75

3. Ухвала Шосткінського міськрайонного суду Сумської області від 22.02.2016 р. Справа № 589/4965/15-к [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/58546608>

4. Ухвала Звенигородського районного суду Черкаської області від 23.12.2015 р. у справі № 694/1223/15-к [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/55755415>

5. Ухвала Вінницького міського суду Вінницької області від 17.03.2016 р. у справі № 127/5107/16-к [Електронний ресурс]. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/56659291>

Козаченко Ю.А.,

к.ю.н., викладач кафедри філософії та суспільних наук

ВДНЗУ «УМСА»

ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВОВОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТА В УКРАЇНІ

Стаття 24-1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачила, що правові, економічні, організаційні основи захисту прав та законних інтересів пацієнтів визначаються спеціальним законом [1]. Такий закон на сьогоднішній день Верховною Радою України не прийнятий. Хоча, слід зазначити, що в останні роки в нашій державі велася

активна законопроектна робота у сфері законодавчого врегулювання правового статусу пацієнта. Починаючи з 2003 року існувало чотири законопроекти щодо прав пацієнтів: «Про права пацієнтів в Україні» (2003 р.), «Про права пацієнтів в Україні» (2005 р.), «Про захист прав пацієнтів» (2007 р.), «Про права пацієнтів» (2013 р.).

На необхідності встановлення правового статусу пацієнтів і формування правових механізмів захисту їх прав підкреслюється у міжнародних стандартах, зокрема в Амстердамській декларації Всесвітньої організації охорони здоров'я політику в галузі забезпечення прав пацієнта у Європі (1994 р.), Лісабонській декларації Всесвітньої медичної асоціації стосовно прав пацієнта (1981 р.).

Американський дослідник Д. Брок наголошує, що у правовідношенні «лікар-пацієнт» закладена первинна природна нерівність: спеціальні знання, якими володіє лікар, дають йому владу над пацієнтом у тій сфері, яка є для останнього особливою цінністю [2, р. 180]. Поділяючи думку І. Я. Сенюти, що «відсутність належної нормативної регламентації правового статусу пацієнта є ключовою прогалиною у медичному законодавстві будь-якої держави» [3, с. 17], вважаємо, що прийняття закону «Про правовий статус пацієнтів в Україні» дозволить: визнати пріоритетність прав пацієнтів і їх безумовне дотримання; досягти вищого рівня забезпечення прав пацієнтів; виключити будь-які прояви дискримінації щодо доступу до медичної допомоги; забезпечити ефективність і безпечність надання медичної допомоги відповідно до затверджених стандартів у сфері охорони здоров'я; підвищити доступність і якість надання медичної допомоги та за рахунок цього покращити вплив системи охорони здоров'я на зниження показників смертності, захворюваності, інвалідності; підвищити обізнаність пацієнтів щодо їхніх прав; збільшити контроль за діяльністю медичних фахівців на робочих місцях, покращити професійну етику і трудову дисципліну [4, с. 81].

У законі про правовий статус пацієнта доцільно відобразити перспективні можливості не лише пацієнтів, але й лікарів. Такий документ повинен передбачати взаємообумовлюючу природу прав і обов'язків: пацієнти несуть обов'язки під час отримання медичної допомоги по відношенню до себе і свого здоров'я та перед лікарями, а лікарі можуть розраховувати на такий самий захист своїх прав, як і всі громадяни. Закон «Про правовий статус пацієнтів в Україні» має не лише поставити перед українськими лікарями підвищені вимоги стосовно їх діяльності, але й сприяти формуванню правової культури пацієнтів та усвідомленню своєї відповідальності під час звернення за медичною допомогою. Нормативний акт має ґрунтуватися на принципі взаємної підтримки та поваги у відносинах між пацієнтом і лікарем (закладом охорони здоров'я).

Література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 лист. 1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.
2. Brock D. Legal rights and moral responsibility in the health care process / D. Brock // The law-medicine relation : philosophical exploration / Ed. by Spikier St. F. et al. – Dordrecht etc., 1981. – P. 179–184.

3. Сенюта І. Я. Право на медичну допомогу в Україні / І. Я. Сенюта // Харківська правозахисна група; уклад. А. О. Роханський. – Х. : Права людини, 2009. – С. 9–24.

4. Козаченко Ю. А. Международный опыт обеспечения прав пациентов / Ю. А. Козаченко // *Lege si Viata*. – 2014. – № 8. – С. 78–82.

Кононова О.,

*здобувач кафедри господарського права
НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ВІДНОСИН З РОЗПОВСЮДЖЕННЯ РЕКЛАМНИХ ПРОДУКТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Загальні вимоги до реклами зводяться до такого: реклама не повинна принижувати людську гідність, містити ознаки дискримінації за расовою, статевою та іншими ознаками, обмежувати релігійні та політичні переконання, заохочувати поведінку, яка може призвести до заподіяння шкоди здоров'ю, безпеці, довкіллю.

Крім того, забороняється прихована реклама (ч. 4 ст. 10 Директиви), використання в процесі створення реклами технічних засобів, що впливають на підсвідомість (ч. 3 ст. 10 Директиви), переривання рекламою богослужінь та окремих видів передач тривалістю до 30 хвилин (ч. 5 ст. 11 Директиви). У ст. 10 Директиви також встановлено обов'язковість означення реклами як такої, відмежування її від інших частин програми візуальними або акустичними засобами.

Всі щойно перелічені вимоги знайшли відображення в українському законодавстві. Разом із тим, деякі його положення не узгоджуються із європейською практикою та досвідом.

Однак, поняття телеторгівлі у чинному українському законодавстві про рекламу, на відміну від більшості інших країн Європи, відсутнє взагалі, попри те, що вона активно провадиться у вітчизняному телерадіоєфірі. І навпаки, у вітчизняному законодавстві міститься абсолютно нетипове для європейських країн поняття соціальної реклами (ст. 12, 13, ч. 8 ст. 22 Закону України «Про рекламу»). На різновиди рекламної продукції та діяльності, що віднесені у цьому Законі до соціальної реклами, в державах Європи поширюються ті ж самі вимоги, стандарти, квоти, що й на звичайну рекламу товарів і послуг.

Функцію правового регулювання реклами в сфері охорони здоров'я в Україні виконує передусім Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про рекламу» від 11.07.2003 року, який поряд із загальними положеннями щодо реклами містить спеціальні норми (ст. 21), що встановлюють особливості правового регулювання реклами лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації. Зокрема, зазначений закон містить низку приписів, дозволів та заборон щодо змісту, форми і способів розповсюдження реклами безрецептурних препаратів. Також повністю забороняється публічна реклама ліків, які вживаються та розповсюджуються тільки за приписом (рецептом) лікаря. Крім того, ч. 3 ст. 19 Основ законодавства України про охорону здоров'я, встановлює, що держава забезпечує дотримання вимог закону щодо обмеження реклами лі-

карських засобів. А ч. 4 ст. 26 Закону України уточнює: «Критерії, що застосовуються при визначенні лікарських засобів, рекламування яких заборонено, затверджуються центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я відповідно до вимог закону. Рішення про віднесення лікарського засобу до лікарських засобів, рекламування яких заборонено, приймається під час державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу з внесенням відповідної інформації до Державного реєстру лікарських засобів України. Реклама лікарських засобів, застосування та відпуск яких дозволяється лише за рецептом лікаря, а також тих, що внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів, забороняється». В свою чергу, наказом МОЗ України від 06.11.2012 року затверджено Перелік лікарських засобів, заборонених для рекламування, які відпускаються без рецепта.

Метою законодавчого регулювання реклами лікарських засобів будь-якої держави у першу чергу має бути захист життя і здоров'я населення від небезпеки, що може виникнути внаслідок недобросовісного впливу на пацієнта через нав'язування йому рекламою тих чи інших ліків. Саме, для досягнення цієї мети чинне законодавство тієї чи іншої держави повинне містити відповідні правові важелі, здатні, з одного боку, забезпечити право пацієнта на отримання правдивої, зрозумілої й повної інформації про той чи інший лікарський засіб, а з іншого – не допустити виникнення загрози для життя і здоров'я пацієнтів через неналежне споживання ліків, викликане такою інформацією.

Куш О. Є.,

к.ю.н., доц. кафедри

*кримінального та адміністративного
права і процесу*

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ЖИТЛО В МЕХАНІЗМІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН

Загальна декларація прав людини статтею 25 встановила право кожної людини на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї. Таким чином Загальна декларація прав людини визначає житло як один з основних елементів у механізмі підтримання здоров'я особи.

Житло науковцями тлумачиться як середовище, у якому людина задовольняє значну частину своїх першочергових соціальних, економічних, культурних та інших потреб. Житлові умови активно впливають на здоров'я людей, формування їх життєдіяльності, благополуччя сім'ї, працездатність, репродуктивну мотивацію, культурні орієнтації, вибір місця роботи, результативність праці та загальний добробут відповідно до національних і світових стандартів оцінки. Тому житло можна визначити як стратегічний центр відтворення всього життя людини[2, С. 71].

При цьому, житло повинно бути придатним для проживання з точки зору захисту мешканців від холоду, вогкості, спеки, дощу, вітру або інших загроз для здоров'я, ризиків, пов'язаних з незадовільним станом житла, і переносчиків хвороб. Окрім того, повинна бути гарантована фізична безпека

мешканців. Важливими в цьому аспекті є розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я "Медико-санітарні принципи житлового будівництва", в яких житло розглядається як фактор, що найчастіше пов'язують з причинами захворюваності при епідеміологічному аналізі: «...Всесвітня організація охорони здоров'я підтверджує, що житло є унікальним і найбільш важливим екологічним фактором, що впливає на умови протікання захворювань і зростання показників смертності та захворюваності...» [3, С. 388]. Окремі дослідження вказують, що 43-59 % тижневого часу і 80-86 % вихідного (позаробочого) часу людина проводить вдома [4]. Тому для ефективного відпочинку і ліквідації нервової перевтоми, важливим є якість такого житла, що включає в себе низку факторів. Це, зокрема, рекомендована житлова площа на 1 людину. На одну особу в Україні у середньому припадає 22,0 кв. м. житлової площі, тоді як у США – 64,3, Норвегії – 57,0, Швеції – 48,2, Угорщині – 34,1, Росії – 30,0 кв. м. Цей показник для України набагато нижчий за загальноприйнятий соціальний стандарт ООН, згідно з яким на одного громадянина має припадати не менш як 30 кв. м житлової площі. Доведено, що смертність серед мешканців щільнонаселених квартир в 1,5-2 рази вища, ніж у людей, які проживають у просторих приміщеннях [5, С. 9].

Але, безперечно, лише наявність житла не забезпечує достатньою мірою життєдіяльність індивіда. Житло повинно відповідати санітарно-гігієнічним нормам, а мешканці повинні отримувати необхідні житлово-комунальні послуги у достатніх обсягах та якості.

Житло, яке відповідає санітарно-гігієнічним нормативам, має велике оздоровче значення, і навпаки. Так, перебування у житлових приміщеннях з недостатнім повітрообміном може сприяти виникненню і поширенню кишкових інфекцій та гельмінтозів. В свою чергу знаходження у вологих і холодних приміщеннях пов'язують виникнення ангіни і ревматизму. Згідно з даними Всесвітньою організацією охорони здоров'я даними, 1,8 млрд. жителів країн, що розвиваються, проживають в умовах, що не забезпечують доступу до адекватних санітарних систем.

Не набагато краща ситуація і з належним забезпеченням житлово-комунальними послугами. Так, наприклад, уцілому по Україні експлуатується близько 35% аварійних і старих водопровідних і каналізаційних мереж, що призводить не тільки до порушення графіка подачі води, але й становить небезпеку для здоров'я населення. Тому не дивно, що за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я низька якість води загрожує здоров'ю понад 25 % населення України [6, С. 125].

Таким чином, наявність житла, нарівні із забезпеченням безпечного для життя та здоров'я людини навколишнього середовища, забезпечення належних умов для охорони життя та здоров'я людини є особливо важливою передумовою забезпечення життєдіяльності індивіда в цілому, у зв'язку з чим набуває пріоритетну спрямованість у здійсненні державної політики.

Література:

1. Загальна декларація прав людини, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р. // Вісн. Конституційного суду України. – 2006. – № 3. – Стр. 6;
2. Петрушевський Ю.Л. П. 30 Трансформація економіки житлово-комунального господарства: моногр. / Ю.Л. Петрушевський; НАН України, Ін-т економіки пром-сті; ДонДУУ. – Донецьк, 2012. – 312 с.;

3. Каламкярян Р.А., Мигачев Ю.И. Международное право: Учебник. – М.:Изд-во Эксмо. – 2004. – 688 с.;

4. Гнесь І. П. Вплив поверховості житла на здоров'я мешканців / І. П. Гнесь // Вісник Національного університету "Львівська політехніка". – 2013. – № 757: Архітектура. – С. 67-79;

5. Кучеренко І.М., Кучеренко О.Ю., Запатріна І.В. Житлова політика України: сучасність та майбутнє. – К.: Видавничий центр спілки власників житла України. – 2012. – 304 с.;

6. Качала Т.М. Житлово-комунальне господарство в системі міського комплексу / Т.М. Качала: М-во освіти і науки України, Черкас. держ. техніч. ун-т. – К.: Наукова думка. – 2008. – 416 с.

українців. Обидві газети містять статті щодо лікування певних хвороб, правил харчування, пропаганди здорового способу

Лебеденко С.О.,

*к. філол. н., доц. кафедри гуманітарних і
соціально-економічних дисциплін*

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ВЖИВАННЯ МЕДИЧНОЇ ЛЕКСИКИ В ПУБЛІЦИСТИЧНОМУ СТИЛІ

У період великих змін у суспільстві проблеми розвитку мови, вживання різних шарів лексики і розширення словникового складу мови завжди цікавили учених, оскільки саме лексика може відображати ті зміни, які відбуваються в суспільстві. Прикладом цього може бути і медична лексика, вживання якої в публіцистичному стилі свідчить про певний рівень розвитку і поширення медичних знань серед населення.

Кожний функціональний стиль сучасної української літературної мови має свої мовні особливості й риси. Для наукового й офіційно-ділового стилів, наприклад, характерним є вживання термінів, які сприяють точності, лаконічності мовлення, відсутність ознак авторської мови (скажімо, емоційно-експресивної лексики), багатозначних слів тощо. Розмовний стиль, навпаки, вирізняється вживанням слів у переносному значенні, іноді навіть слабо диференційованому, а мова художнього стилю характеризується образністю, вживанням авторських слів (оказіоналізмів). Деякою мірою можна говорити про протилежні полюси щодо використання лексики наукового й офіційно-ділового та розмовного й художнього стилів.

Принципово відрізняється публіцистичний стиль, призначений для передачі масової інформації, популяризації певних думок, переконань, спонукування до діяльності та ін. У публіцистиці задіяний увесь спектр літературної мови. Мова публіцистичного стилю різнобарвна: від емоційної, експресивної, оцінної лексики до вживання термінології (економічної, математичної, медичної, юридичної, ін.) та лексики суспільно-політичної. Баланс використання різних мовних засобів у публіцистичному стилі, на нашу думку, є його важливою характеристикою, тому вивчення термінології, що вживається в публіцистичному стилі, є актуальним.

Предметом нашого дослідження є медична лексика, вжита в газетах «Здоров'я і довголіття» та «Аргументы и факты. Здоровье» (по два номери

за вересень 2016 року), у яких висвітлюються тільки проблеми, пов'язані зі здоров'ям українців. Обидві газети містять статті щодо лікування певних хвороб, правил харчування, пропаганди здорового способу життя, в них розповідається про лікарські препарати нового покоління і народні засоби лікування травами, овочами, фруктами тощо, подаються нариси про відомих лікарів, реклама лікарських засобів та багато іншого. Отже, медична лексика у цих газетах вживається активно.

Лексичний склад газетних статей містить багато слів, пов'язаних з лікарською професією: *лікар, нейрохірург, терапевт, доктор медичних наук, здоров'я, історія хвороби, захворювання, біль, запалення, хвороба, ліки, вітаміни, корисні речовини, дезінфікуючі засоби, кров, віруси, діагноз* та багато інших, а також назви медичних закладів, центрів, установ тощо.

Спираючись на дослідження медичної лексики в наукових працях Г.Абрамової, Г. Навчук, Т. Лепехи, В. Юкала та багатьох інших, можемо схарактеризувати зазначену лексику в публіцистичному стилі.

Із точки зору походження медична лексика, що вживається в газетах «Здоров'я і довголіття» та «Аргументы и факты. Здоровье», представлена як загальнонародними словами (*плечовий пояс, волоссяна сумка, запалення, лікування, вагітні жінки, травлення, очищення* та ін.), так і словами іншомовного походження (*апендикс, гіпертонія, алергія, імунітет, бактерії, мікроциркуляція, антиоксидантний, регенерація* та ін.); із точки зору словотвору – простими словами (мають один корінь): *невроз, застуда, запалення, пухлина*, складними (мають два або більше коренів): *фізкультура, кровотеча, електрокардіограма, серцево-судинний* чи складеними (складаються з двох або більше слів): *гінекологічні захворювання, варикозне розширення судин, вітряна віспа*.

За значенням медичні терміни можемо поділити на такі групи:

1) анатомічні (назви частин тіла та їх складових органів): *серцевий м'яз, хребет, кишечник, підшлункова залоза, шлунково-кишковий тракт, шлунок, серце, печінка, міокард, судини головного мозку, бронхіальні залози, апендикс, капіляр, мембрана, нирки, селезінка* та ін.;

2) клінічні – слова чи словосполучення, що називають:

а) захворювання (*інсульт, інфаркт міокарду, стенокардія, атеросклероз судин, тахікардія, аритмія, невроз, гемофілія, грип, гостра невралгія, гепатит, ревматизм, артрит, чума, риніт, цукровий діабет, вегето-судинна дистонія, апендицит, коліт, епілепсія, діарея, виразка шлунку, глаукома* та багато інших);

б) методи обстеження, діагностики, лікування (*гастрофіброскопія, рентген, біохімічний аналіз крові, клінічний аналіз крові, швидкість осідання еритроцитів, фітотерапія, фізіотерапія* та ін.);

3) фармацевтичні (назви хімічних речовин, лікарських препаратів, їх функції та дія на людський організм): *фуросеміди, органічні кислоти, фітостерини, смоли, цукор, віск, пектинові речовини, калій, магній* та ін.; *протизапальна дія, антиоксидантна дія, жовчогінна дія; кардіанев, ліки для відхаркування, спазмолітичний засіб, жарознижувачий засіб, уролесан, гепатерп, аспірин* та ін.

Слід визнати, що читачі, котрі слідкують за власним здоров'ям або мають певне захворювання, обізнані в галузі медичної термінології, тому

назви хвороб, лікарських препаратів, терапевтичних дій тощо подаються без коментарів. Однак є випадки вживання термінів, не широко розповсюджених. Значення таких медичних термінів подається в дужках, наприклад: *васкуліт* (запалення кровоносних судин), *обтурація* (закупорка), *перитоніт* (запалення очеревини).

Отже, медична лексика, вживана в публіцистичному стилі, виконує важливу функцію – передусім інформаційну. Вона активно включена в тексти, де розповідається про лікування найбільш поширених хвороб, про запобігання цим хворобам, про здоровий спосіб життя, а значить, потребує подальшого детального дослідження.

*Лемешко О. М.,
к.ю.н., доц. кафедри
кримінального та адміністративного
права і процесу, заступник директора
ППОІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

**НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ
МЕДИЧНИМ АБО ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ
(СТ.140 КК УКРАЇНИ) – ОКРЕМІ МІРКУВАННЯ НА ПІДСТАВІ
АНАЛІЗУ ЄДИНОГО ДЕРЖАВНОГО РЕЄСТРУ СУДОВИХ РІШЕНЬ**

У Єдиному державному реєстрі судових рішень за пошуком «Категорія справи»: Кримінальні справи; Злочини проти життя та здоров'я особи (крім справ, що порушуються не інакше, як за скаргою потерпілого) (усього), з них; Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником., розміщено 194 справ (на 4 жовтня 2016 року). Аналіз вироків та ухвал справ вказаної категорії, дозволяє зробити наступні висновки: переважно кваліфікація випадків зазначеної бездіяльності медичного або фармацевтичного працівника здійснюється за ч.1 ст.140 КК, при цьому суб'єктом злочину у переважній кількості випадків є саме медичний працівник – старша медсестра, фельдшер, лікар-хірург, лікар-стажист тощо,

1) потерпілою особою є повнолітня особа, проте значна частина випадків стосується і малолітніх дітей (ч.2 ст. 140),

2) основним типовим наслідком є смерть людини (особливо для малолітніх дітей, коли малий вік чи тяжкий стан малолітньої особи впливав на складність діагностування та клінічного дослідження стану таких потерпілих), дуже невеликий відсоток випадків стосується такого наслідку як інвалідизація (втрата працездатності) або тілесні ушкодження,

3) строк досудового та судового розгляду таких справ доволі тривалий (з моменту вчинення злочину до моменту винесення вироку проходить від 1-2 до 4-7 років), що обумовлене в тому числі тривалим здійсненням та дослідженням різних видів судово-медичних експертиз),

4) з процесуальної точки зору, зазвичай має місце відкритий судовий розгляд, якому притаманне вирішення питань про матеріальні стягнення на користь потерпілих, якими переважно визнаються представники або родичі,

5) з огляду на типовий наслідок у вигляді смерті, найчастіше до винної особи застосовується звільнення від кримінального покарання з випробуванням або види покарань, які не пов'язані із позбавленням волі, або звільнення від кримінальної відповідальності (ст.ст.75, 44-49 КК),

6) не конкретно викладене у обвинувальному акті обвинувачення (враховуючи альтернативну диспозицію, можливі наслідки, ознаки спеціального суб'єкта злочину), тягне постановлення виправдовувального вирок, коли суд вимушений констатувати що стороною обвинувачення не було надано достатніх і переконливих доказів винуватості особи, або коли обвинувачення базується на вирваних з контексту різних документів фразах, але не дає можливості зробити висновок про беззаперечну винуватість такої особи (досліджено 2 виправдовувальних вироків).

Аналіз справ, також обумовив необхідність вирішення і ще одного питання: *На яких підставах лікар правомірно може відмовити пацієнту у лікуванні?* Слід нагадати присутнім, що відповідно до ч. 3 ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XI лікар має право відмовити у наданні медичної допомоги, якщо пацієнт не виконує медичні приписи та не дотримується правил внутрішнього розпорядку медичного закладу (за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення). Крім того, Етичний кодекс лікаря України від 27.09.2009 (пункт 3.4) передбачає, що лікар має право відмовитися лікувати хворого, якщо впевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна взаємна довіра, коли відчуває себе недостатньо компетентним або не має у своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей та в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України.

Любченко О. О.,

*ас. кафедри кримінального та
адміністративного права і процесу
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПИТАННЯ ДОТРИМАННЯ ДЕМОКРАТИЧНИХ ЗАСАД УХВАЛЕННЯ РІШЕНЬ ПАРЛАМЕНТОМ УКРАЇНИ У КОНТЕКСТІ ПЕРЕЙМЕНУВАННЯ НАСЕЛЕНИХ ПУНКТИВ В УКРАЇНІ

У ст. 1 Конституції України задекларовано, що Україна є демократичною державою. Водночас у ч. 2 ст. 5 Конституції України закріплено: «Носієм суверенітету та єдиним джерелом влади в Україні є народ. Народ здійснює свою владу безпосередньо і через органи державної влади та органи місцевого самоврядування».

Згідно з ч. 1 ст. 38 Основного Закону України *громадяни мають право брати участь в управлінні державними справами, у всеукраїнському та місцевих референдумах*, вільно обирати і бути обраними до органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Водночас відповідно до ст. 69 Конституції України *народне волевиявлення здійснюється через вибори, референдум та інші форми безпосередньої демократії*.

Важливою у цьому світі є правова позиція органу конституційної юрисдикції викладена у рішенні від 16 квітня 2008 року (*справа про прийняття Конституції та законів України на референдумі*), яка полягає у наступному: *правове регулювання порядку здійснення безпосередньої демократії, зокрема референдуму, спрямоване на те, щоб поєднати ці форми зі способами та засобами, які характеризують представницьку демократію, взаємодоповнити їх, але не зробити конфліктними з можливою підміною парламенту референдумом (чи навпаки)*.

Що ж ми бачимо в сучасних реаліях?

На сьогодні існує чимало яскравих прикладів нехтування з боку парламенту України такою формою безпосередньої демократії як референдум, зокрема мова йде про місцевий референдум. У світлі реалізації положень Закону України «Про засудження комуністичного та націонал-соціалістичного (нацистського) тоталітарних режимів в Україні та заборону пропаганди їхньої символіки» від 9 квітня 2015 року, відбувається перейменування населених пунктів. Як приклад, широкого розголосу набули дискусії щодо перейменування таких населених пунктів як Комсомольськ (відповідно на Горішні Плавні) та Кіровоград (відповідно на Кропивницький), оскільки Верховна Рада України ухвалила відповідні рішення всупереч позиції органів місцевого самоврядування, результатам громадських опитувань та громадських обговорень, за якими близько 90% висловились проти нової назви населеного пункту.

Ми у жодному разі не ставимо під сумнів нові назви зазначених міст, проте акцентуємо увагу на прогалинах у вітчизняному законодавстві, які, на жаль, унеможливили ухвалення відповідних рішень щодо перейменування населених пунктів Верховною Радою України на демократичних засадах. Цілком зрозуміло, що рішення стосовно такого перейменування у демократичній державі, має прийматися, якщо не самою територіальною громадою, то, як мінімум, уповноваженими на це органами публічної влади з обов'язковим урахуванням її позиції. На жаль, на сьогодні це не відповідає дійсності.

До речі, слід звернути увагу на певні колізії, що виникли у зв'язку з перейменуванням Кіровограду. Відповідно до Постанови Верховної Ради України від 14.07.2016 № 1468-VIII зазначене місто перейменоване на Кропивницький. Разом із тим, поза увагою залишилася назва Кіровоградської області, яка вживається у ч. 2 ст. 133 Конституції України. Так, до складу України входить поряд із АРК, містами Київ і Севастополь та 23-ьома іншими областями і Кіровоградська область, обласним центром якої є місто Кропивницький.

Вище зазначене свідчить про порушення демократичних засад ухвалення рішень Верховною Україною у процесі перейменування населених пунктів в Україні. Складається враження про підміну парламентом референдумом, від якої у своїх правових позиціях нас застерігає єдиний орган конституційної юрисдикції.

Таким чином, на сьогодні в Україні існують як прогалини, так і колізії щодо правового регулювання референдуму як безпосередньої форми демократії. Існує нагальна потреба в ухваленні закону, що врегулюватиме питання організації і проведення місцевих референдумів.

На наше переконання, головна роль у перейменуванні населеного пункту має належати насамперед відповідній територіальній громаді. Оскільки у п. 29 ч. 1 ст. 85 Конституції України закріплено, що найменування і перейменування населених пунктів і районів належить до повноважень Верховної Ради України, цілком логічно було б запровадити на законодавчому рівні ухвалення відповідного рішення парламентом України за результатами схвального місцевого референдуму щодо перейменування населеного пункту.

*М'якота О.Г.,
Викладач фізичного виховання
ПЮІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

ЮРИДИЧНА ОЦІНКА АНТИДОПІНГОВОГО КОНТРОЛЮ У СПОРТИВНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Важливим напрямком у медичному забезпеченні спортсменів є захист їх основного права на участь у змаганнях, іншої спортивної діяльності, де не застосовуються медико-біологічні та медичні засоби, методи і речовини, які є потенційно небезпечними або шкідливими для здоров'я людини. На це спрямована Всесвітня спортивна антидопінгова програма, до реалізації якої приєдналася Україна. У 2001 році прийнятий Закон України «Про антидопінговий контроль у спорті», утворений національний антидопінговий центр. Наразі стоїть питання його акредитації у Всесвітній антидопінговій агенції.

До компетенції міжнародного спортивного арбітражу потрібно віднести: розгляд і вирішення спорів, пов'язаних з перевіркою відповідності спортивних команд і спортсменів вимогам проведення спортивних змагань; про скасування результатів спортивних змагань будь-якого виду через порушення вимог допінгового контролю, підробку результатів змагань; про розірвання угод про трансферт спортсменів; щодо зміни (уточнення) розміру винагороди суб'єктів спортивного права; вирішення питань щодо відповідності арбітрів (суддів) займаній посаді, інші справи, не підвідомчі судам загальної юрисдикції.

Запровадження у спорті інституційного арбітражного контролю створює гнучкий альтернативний механізм нагляду і контролю за дотриманням вимог до спортивних організацій, правил проведення змагань. Разом із тим, законодавство держав, де функціонують відповідні органи, як і законодавство України, фактично не встановлює порядку оскарження рішень спортивних арбітражних судів, що в юридичному аспекті має наслідком зниження ефективності механізму контролю.

Одним із видів спеціального контролю, що здійснюється у спортивних правовідносинах як спортивними організаціями, міжнародними об'єднаннями, так і спортивними арбітражними судами, є антидопінговий контроль.

Суть такого контролю виявляється у встановленні наявності або відсутності в організмі спортсменів заборонених законом, міжнародними договорами, правилами проведення змагань біологічних домішок, субстанцій, речовин.

Системний аналіз положень законодавства України про фізичну культуру і спорт та міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, дає змогу виокремити такі складові антидопінгового контролю:

- 1) здійснення аналізу і лабораторного дослідження біоматеріалів з метою виявлення заборонених речовин;
- 2) проведення збирання біологічного матеріалу в спортсменів та його перевезення до спеціалізованих акредитованих лабораторій, які мають право давати висновки щодо вживання спортсменами заборонених речовин, препаратів, стимуляторів тощо;

3) проведення комплексу заходів, спрямованих на попередження застосування заборонених законом, правилами проведення спортивних змагань речовин та препаратів.

Усі ці заходи за своїм функціональним призначенням спрямовані на виявлення правопорушень у спорті, попередження їх у майбутньому.

Для забезпечення цільової спрямованості механізму контролю акти міжнародного права у сфері спорту закріплюють склади правопорушень, на протидію яким спрямовано антидопінговий контроль. Зокрема, Міжнародна конвенція від 19 листопада 2005 року «Про антидопінговий контроль у спорті» у статті 3 закріплює дії та бездіяльність, які визнаються правопорушеннями у спорті, які одночасно є підставами для застосування до спортсменів передбачених законодавством санкцій.

Таким чином, контроль у спорті можна розглядати як систему передбачених законом, міжнародним договором чи правилами проведення спортивних змагань, організаційно-юридичних, медичних, економічних заходів, реалізація яких спрямована на дотримання суб'єктами спортивного права правил і вимог проведення спортивних змагань, оцінки їх результатів, а також застосування передбачених законом санкцій за порушення у спорті, попередження їх у майбутньому.

З метою удосконалення чинного законодавства недопущення протиправного втручання в діяльність спортивних організацій чи професійну діяльність спортсменів з боку органів нагляду та контролю, статтю 1 Закону України «Про фізичну культуру і спорт» у редакції Закону України від 17 листопада 2009 року потрібно доповнити визначенням контролю у спорті, що буде відповідати міжнародним нормам права.

Проведене дослідження механізму здійснення контролю у сфері спорту дає підстави констатувати, що в Україні досі ще не сформована єдина система ефективних заходів, здатних своїм впливом попередити правопорушення у спорті, захистити та відновити права й охоронювані законом інтереси українських спортсменів. Вирішенню зазначених питань могло б сприяти створення в Україні міжнародного спортивного арбітражу, який за змістом встановленої компетенції міг би вирішувати спори між спортивними клубами та між спортивними організаціями і українськими спортсменами, в тому числі при здійсненні антидопінгового контролю.

2016 рік став роком великих і гучних скандалів у світі спорту. На вулах кожного спортсмена, тренера, функціонера, менеджера, агента й лікаря слова "мельдоній", "міддронат" і власне "допінг" були мов на кнопці щоденного повтору.

Усі авторитетні світові спортивні й не тільки засоби масової інформації обговорили скандали з "ТОПовими" спортсменами, а деякі спортивні федерації порадили відстороненню збірної Росії з легкої атлетики від усіх міжнародних змагань, включаючи Олімпійські ігри в бразильському Ріо. Безумовно, у цьому питанні є плюралізм думок.

Чому галас піднявся саме зараз, адже правила порушувалися завжди, і чому юристи не готові сьогодні якісно захищати спортсменів? Відповіді на ці питання намагатимось віднайти в процесі детального «розбору польотів».

Якщо заглибитися в історію використання допінгу в професійному спорті, то можна легко докопатися до дна, складно – до істини. З еволюцією

професійного спорту, з інтегруванням спорту в бізнес збільшувався список заборонених препаратів, способів використання різних методик, а на противагу збільшувалися потужності лабораторій – як тих, що перевіряють, так і тих, що створюють.

Алгоритм використання заборонених препаратів досить простий: спортсмен набирає форму за допомогою фармакології, показує високий результат, приносить гроші собі, тренерів і команді. Потім, або не потрапляє в руки до борців за "Clean sport" і продовжує далі, або потрапляє та поринає в тривалі судові тяжби з федераціями, комітетами, спонсорами, однак до цього вже розпорядившись коштами. У результаті всі залишаються ні з чим.

Безумовно, фармакологічний апгрейд – це також бажання досягти більших результатів, виконати нормативи й оновити рекорди, але це точно в другу чергу. Спорт – це боротьба найсильніших за п'єдестал, а професійний спорт – це боротьба за гроші й п'єдестал; і черговість саме така – спочатку гроші, потім п'єдестал.

Професійних юристів-медіаторів у сфері спортивного права небагато, адже важко говорити про власне існування спортивного права як такого. Якщо про порушення допінгових правил не потрібно багато говорити, тому що достатньо визнати це як факт і життєву закономірність, то тему проблем варто висвітлити з усіх боків.

Отже, на міжнародній арені є визнані, не побоюся цього слова, монопольні арбітражні органи, які ведуть процесуальну роботу у сфері боротьби з допінгом і безпосередньо займаються прийняттям рішень. Це Всесвітнє антидопінгове агентство (ВАДА), Міжнародна рада з питань спортивного арбітражу (ICAS) й Спортивний арбітражний суд (CAS) (обидва останні органи локалізуються в Лозанні (Швейцарія) – місті, добре відомому більшості спортсменів).

З цими формаціями все доволі зрозуміло: функціонують вони давно, здійснюють медіацію й арбітраж, їхню діяльність чітко регламентовано, а їх структуру чітко впорядковано. Стосовно України, то тут усе менш безхмарно, але світло в кінці тунелю однозначно є. До 2016 року арбітражні, санкційні та дисциплінарні питання розглядали Національний олімпійський комітет (НОК), Національне антидопінгове агентство (НАДА) і внутрішні спортивні федерації. Також дуже важливу роль відігравав ініціатор провадження щодо підозри або притягнення спортсмена до відповідальності, адже це міг бути Міжнародний олімпійський комітет (МОК) (у такому випадку слухання у внутрішніх спортивних формаціях мали не стільки вирішальний, скільки рекомендаційний характер).

Навесні 2016 року з ініціативи ВАДА наказом Міністерства молоді й спорту України було створено 2 комісії, які повільно, але впевнено перебирають на себе повноваження внутрішнього професійного арбітражу. Тож такими органами стали: Дисциплінарна антидопінгова комісія НАДЦ і Апеляційна антидопінгова комісія НАДЦ.

До складу комісій увійшли по шість представників різних сфер діяльності: спорт, медицина та, найважливіше, юриспруденція. Зокрема, до комісій увійшли юристи-практики у сфері процесуального права, які займаються розробленням внутрішньої документації, що будується на трьох китах:

– розроблення профільної нормативної бази;

- порядок проведення заслушування спортсменів, тренерів, медиків;
- прийняття дисциплінарних рішень стосовно конкретних спортсменів у конкретних ситуаціях.

Якщо говорити про проблеми допінгу в Україні ширше, вийшовши за межі процесуальних проблем, то, звісно ж, вони мають свою конкретну назву, своє відтворення в конкретних особах і прізвищах, а масштаб допінгу ніколи не лежав тільки в текстах рішень, наказів чи кодексів.

Але ж незважаючи на всі прийнятті заходи, речовину мельдоній виявлено в допінг-пробах понад 60 спортсменів, повідомив представник Всесвітньої антидопінгової асоціації (WADA). Серед спортсменів із позитивними пробами на мельдоній є переможці олімпіад і чемпіони світу. Заборона на мельдоній набула чинності 1 січня 2016 року. З того часу його вважають допінгом.

Допінг-проби українських борців вільного стилю Андрія Квятковського, Алена Засєєва і представниці України в жіночій боротьбі чемпіонки світу-2015 Оксани Гергель дали позитивний результат на мельдоній. Про це повідомляє UnitedWorldWrestling.

Допінг-проби, які зафіксували невелику концентрацію мельдонія в організмі спортсменів, були взяті в рамках олімпійських кваліфікаційних турнірів. Всього на вживанні мельдонія попалися сім борців – троє з України, по одному з Білорусі, Польщі, Монголії та Киргизстану. Таким чином, результати українських борців були анульовані. Міжнародна федерація прийняла рішення про перерозподіл ліцензій.

У підсумку Україну на Олімпійських іграх-2016 в Ріо-де-Жанейро (Бразилія) представляло лише 9 борців: Жан Беленюк, Дмитро Тимченко, Олександр Чернецький – в греко-римській боротьбі; Павло Олійник, Олександр Хоцянівський – у вільній боротьбі; Юлія Хавалджі, Юлія Ткач-Остапчук, Аліна Стадник-Махія і Алла Черкасова – в жіночій боротьбі.

"Мілдронат": діюча речовина – мельдоній. Щорічно його використовують 2 мільйони людей по всьому світу і більшість – зовсім не спортсмени, тому що це не стимулятор, а препарат для лікування захворювань серця. "Весь світ застосовував "Мілдронат" в цих цілях, але це не робить його допінгом, – стверджує професор Калвінш. – Якщо ми говоримо про права людини, то спортсмен – теж людина, у нього є право зберегти своє здоров'я, враховуючи, що умови його праці такі, що він весь час працює на граничних можливостях".

Література:

1. Актуальні проблеми держави і права. Одеса юридична література, 2002 рік.

2. Закон України «Про фізичну культуру і спорт» від 24.12.1993 № 3808-XII. [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3808-12>

Морицагіна Н.С.,

здобувач кафедри господарського права

НІОУ ім. Я. Мудрого

ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСТРИБУТОРІВ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ВИРОБІВ

В умовах реформування економіки України в фармацевтичному секторі відбувається встановлення балансу між переслідуванням комерційних цілей і виконанням соціальних функцій. Переміщення акцентів конкурентної боротьби на ефективність здійснення підприємницької діяльності, зростаюча конкуренція на фармацевтичному ринку примушують його учасників оптимізувати використання обмежених ресурсів в процесі реалізації підприємницької політики.

Формування адекватної сучасним вимогам моделі господарської діяльності аптечних закладів потребує ринкової трансформації сфери товарного обігу на фармацевтичному ринку України. Складовою цього процесу є інституційний розвиток діяльності аптечних закладів, впровадження та поширення сучасних форматів реалізації продукції через аптечні заклади. Це зумовлено необхідністю створення організаційних структур, здатних в нових умовах ефективно виконувати функції процесу задоволення потреб споживачів.

Тенденцією розвитку ринку аптечних продаж є еволюція торговельних форматів та поширення сучасних ринкових структур. Цьому сприяє зростання торговельного капіталу, активний розвиток комунікаційних технологій, суміжних галузей, що забезпечують функціонування діяльності аптечних закладів, вдосконалення їх матеріально-технічної та інформаційної бази тощо. Стимулом є також підвищення культури споживання та конкуренція.

Між тим, господарсько-правовий статус аптечних складів (баз) суб'єкта господарювання та порядок їх легітимації, в частині отримання відповідного дозволу (ліцензії) на здійснення оптової торгівлі залежить від конкретних основних видів господарської діяльності, в тому числі супутньої, а також асортименту, що ними реалізується.

Зазначене дозволяє виокремити такі аптечні бази (склади) суб'єктів господарювання, по-перше, аптечні склади суб'єктів господарювання, що здійснюють оптову реалізацію фармацевтичної продукції, зокрема лікарськими засобами, з наявністю достатнього обсягу відповідного асортименту продукції для забезпечення населення та лікувально-профілактичних закладів і які обов'язково повинні мати товарний залишок лікарських засобів обсягом не менше десятиденного середньомісячного обсягу реалізації лікарських засобів в грошовому виразі.

По-друге, аптечні склади (бази) суб'єктів господарювання, що здійснюють оптову реалізацію фармацевтичної продукції, зокрема лікарськими засобами, з наявністю достатнього обсягу відповідного асортименту продукції для забезпечення населення та лікувально-профілактичних закладів і які відповідають принаймні одній із вказаних ознак: займаються виключно експортом лікарських засобів; мають ліцензію на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; мають ліцензію на виробництво лікарських засобів; є офіційними та/або ексклюзивними представниками виробників лікарських засобів та/або є

власниками реєстраційних посвідчень лікарських засобів та здійснюють реалізацією лікарських засобів тільки таких виробників; забезпечують лікарськими засобами власну мережу аптечних закладів, до складу якої входить: аптека з правом виробництва (виготовлення) лікарських засобів та аптечний заклад, який розташований в сільській місцевості, при цьому обсяг оптової торгівлі становить менше 10% від щомісячного обсягу товарообігу в грошовому виразі; здійснюють оптову торгівлю виключно лікарськими засобами у вигляді субстанції; здійснюють оптову торгівлю виключно медичними газами.

По-третє, аптечні склади (бази) суб'єктів господарювання, що здійснюють оптову реалізацію фармацевтичної продукції, зокрема виключно медичними газами.

Москаленко К.В.,

*к.ю.н., асистент кафедри цивільного права
юридичного факультету КНУ ім. Т. Шевченка*

ДО ПИТАННЯ ПРО ОСОБЛИВОСТІ РОЗГОЛОШЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

За європейськими стандартами інформацію, яку пацієнт повідомляє лікарю у процесі виконання останнім професійних обов'язків, віднесено до «чутливих» даних і за загальним правилом вона є конфіденційною, тобто не може поширюватися без згоди пацієнта. Проте в деяких випадках розкриття такої інформації є необхідним в інтересах держави та суспільства, що зумовлює актуальність дослідження теоретичних і практичних аспектів питання, пов'язаного з розголошення лікарської таємниці.

Як вбачається зі ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я, розголошення відомостей, які становлять лікарську таємницю, можливо лише у передбачених законом випадках [1]. Спеціальними законодавчими актами дійсно передбачено низку таких випадків, однак, на нашу думку, даний перелік не є вичерпним і розголошення лікарської таємниці можливе і в інших випадках. Цей висновок підтверджується приписами ст. 32 Конституції України [2], ч. 2 ст. 8 Європейської конвенції про захист прав людини і основоположних свобод [3], а також ст. 29 Закону України «Про інформацію» [4].

Більше того, доктрині і практиці іноземних держав відомі випадки розголошення лікарської таємниці, які не згадуються у чинному законодавстві України. По-перше, наявне розголошення лікарської таємниці з метою захисту суспільства від злочину. Відповідний випадок аналізувався Високим судом Юстиції у Великобританії у справі Дабл'ю проти Еджелла (W v. Edgell) [5, с. 61]. По-друге, можливе розголошення лікарської таємниці в інтересах третіх осіб, про що йдеться у справі Тарасов проти регентів Університету Каліфорнія (Tarasoff v. Regents of University of California) [6]. По-третє, посиленого втручання у приватне життя можуть зазнавати публічні особи, у зв'язку з чим може бути розголошена інформація про стан їх здоров'я. Питання щодо розкриття медичної інформації про стан здоров'я публічної особи аналізувалося у справі Кемпбелл проти ЕмДжіЕн Лімітед (Campbell v. MGN Limited) [7], яка розглядалася у 2004 році у Великобританії, а також – у справі Фон Ганновер проти Німеччини (Von Hannover v. Germany (No. 2) [8], яка розглядалася Європейським судом з прав людини.

Викладене дозволяє дійти таких висновків:

1. Розголошення лікарської таємниці можливе у випадках, які прямо не передбачені чинним законодавством України, якщо інформація, яка становить лікарську таємницю, є предметом суспільного інтересу. Такими випадками можуть бути, зокрема, розголошення лікарської таємниці в інтересах третіх осіб, з метою захисту суспільства від злочину, а також розголошення інформації про стан здоров'я публічних людей та ін.

2. Питання правомірності розголошення лікарської таємниці потрібно оцінювати з урахуванням конкретних обставин справи.

Література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року № 2801-XII// Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – ст. 19

2. Конституція України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – ст. 141

3. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод від 4 листопада 1950 року // Офіційний вісник України. – 1998. – № 13– ст. 270

4. Закон України «Про інформацію» від 2 жовтня 1992 року № 2657-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 48. – ст. 650

5. Peter de Cruz. Comparative Healthcare Law. – London: Cavendish Publishing, 2001. – 701 p.

6. Tarasoff v. Regents of University of California [Електронний ресурс]// Режим доступу: <http://www.casebriefs.com/blog/law/torts/torts-keyed-to-dobbs/the-duty-to-protect-from-third-persons/tarasoff-v-regents-of-university-of-california/>

7. United Kingdom: Campbell v. MGN Limited [Електронний ресурс]// Режим доступу: <https://www.article19.org/resources.php/resource/2458/en/united-kingdom:-campbell-v.-mgn-limited>

8. Von Hannover v. Germany [Електронний ресурс]// Режим доступу: [http://hudoc.echr.coe.int/eng#{"fulltext":\["von hannover germany"\],"documentcollectionid2":\["GRANDCHAMBER","CHAMBER"\],"itemid":\["001-109029"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

Новак О.Д.,

к.ю.н., ас. кафедри кримінального та адміністративного права і процесу

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ДО ПИТАННЯ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ У ГАЛУЗІ ТОРГІВЛІ (ПОРУШЕННЯ ПРАВИЛ ТОРГІВЛІ АЛКО- ГОЛЬНИМИ ТА ТЮТЮНОВИМИ ВИРОБАМИ)

Актуальним та важливим на сьогодні є питання охорони здоров'я населення України. Порухення правил торгівлі алкогольними, слабоалкогольними напоями і тютюновими виробами спричиняють шкоду, а інколи й небезпеку здоров'ю громадян, що підтверджується виявленням ряду фактів торгівлі спиртом етиловим, роздрібною торгівлею алкогольними напоями чи тютюновими виробами без наявності ліцензії, без марок акцизного збору чи з підробленими марками, часто спричиняє не тільки шкоду, а й небезпеку здоров'ю громадян аж до детальних випадків. У цьому аспекті Кодекс України про адміністративні правопорушення (далі – КупАП) містить ряд

положень що забороняють незаконне виробництво, торгівлю підакцизних виробів та порушення правил щодо їх реклами.

Торгівля алкогольними напоями і тютюновими виробами може здійснюватися лише за наявності ліцензії – документа державного зразка, який засвідчує право суб'єкта підприємницької діяльності на провадження відповідного виду діяльності протягом визначеного строку. Імпорт, експорт або оптова торгівля спиртом етиловим і плодовим, здійснюються за наявності ліцензій лише державними підприємствами або організаціями, спеціально уповноваженими на це Кабміном України (крім оптової торгівлі спиртом етиловим на медичні та ветеринарні цілі, яка може здійснюватися за наявності ліцензії закладами охорони здоров'я).

Згідно ст. 156 КУпАП роздрібна або оптова, включаючи імпорт або експорт, торгівля спиртом етиловим, коньячним або плодовим або роздрібна торгівля алкогольними напоями чи тютюновими виробами без наявності ліцензії або без марок акцизного збору чи з підробленими марками – тягне накладення штрафу від 50 до 200 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з конфіскацією предметів торгівлі та виручки, одержаної від продажу предметів торгівлі.

Об'єктом є суспільні відносини у сфері торгівлі пивом, алкогольними та слабоалкогольними напоями і тютюновими виробами, а також суспільні відносини у сфері захисту прав споживачів та охорони здоров'я населення. Об'єктивна сторона правопорушення виражається в таких формах: 1) роздрібна або оптова, включаючи імпорт або експорт, торгівля спиртом етиловим, коньячним або плодовим або роздрібна торгівля алкогольними напоями чи тютюновими виробами без наявності ліцензії або без марок акцизного збору чи з підробленими марками цього збору; (оптова торгівля – діяльність з придбання товарів для наступної їх реалізації підприємствам роздрібною торгівлі, іншим суб'єктам підприємницької діяльності; роздрібна торгівля – діяльність з продажу товарів безпосередньо громадянам та іншим кінцевим споживачам для їх особистого некомерційного використання (зокрема на розлив у ресторанах, кафе, барах, інших підприємствах громадського харчування)). Оптова та роздрібна торгівля алкогольними напоями або тютюновими виробами може здійснюватися суб'єктами підприємницької діяльності за наявності у них ліцензій. Ліцензії на право роздрібною торгівлі алкогольними напоями і тютюновими виробами видаються органами виконавчої влади, уповноваженими Кабміном України в містах, районах, районах у містах, – за місцем торгівлі суб'єкта підприємницької діяльності (Наказ ДФС від 24.10.2014 №213 «Про затвердження Рекомендацій щодо організації роботи головних управлінь ДФС України із приймання документів та видачі ліцензій на право роздрібною торгівлі алкогольними напоями та тютюновими виробами»).

Відповідно до Закону України «Про акцизний збір на алкогольні напої та тютюнові вироби» означені види виробів маркуються марками акцизного збору – спеціальними знаками, наявність яких підтверджує сплату акцизного збору, легальності ввезення та реалізації на території України цих виробів. Марки акцизного збору виготовляються, зберігаються та продаються відповідно до Положення затв. Постановою Кабміну України від 27.12.2010 № 1251. Тут слід зауважити, що незаконне виготовлення, підро-

блення, використання або збут незаконно виготовлених, одержаних чи під-роблених марок акцизного збору має наслідком кримінальну відповідаль-ність за ст. 216 КК України.

Наступною формою об'єктивної сторони вказаного правопорушення є порушення правил торгівлі алкогольними, слабоалкогольними напоями і тютюновими виробами, а саме: торгівля пивом (крім безалкогольного), алкогольними, слабоалкогольними напоями або тютюновими виробами в приміщеннях або на територіях, заборонених законом, або в інших місцях, визначених рішенням відповідного ОМС, як таких, де роздрібна торгівля такими виробами заборонена, а так само торгівля цими виробами через тор-гові автомати чи неповнолітніми особами, а також продаж виробів особі, яка не досягла 18 років, або продаж тютюнових виробів в упаковках, що містять менш як 20 сигарет, чи поштучно (крім сигар); Об'єктивна сторона цього правопорушення може також виявлятися у торгівлі алкогольними, слабо-алкогольними напоями або тютюновими виробами з рук – тобто торгівля означеними виробами суб'єктами, які відповідно до вимог законодавства не мають права на здійснення такої торгівлі. До того ж не має значення наяв-ність та дійсність акцизних марок тощо.

Суб'єкт адміністративного проступку – працівники торгівлі, громад-ського харчування та сфери послуг, громадяни – суб'єкти підприємницької діяльності в цих галузях; будь-яка фізична осудна особа, що досягла 16-річ-ного віку (за ч. 3 цієї статті). Суб'єктивна сторона правопорушення характе-ризується наявністю вини як у формі умислу, так і у формі необережності. Варто зазначити, що окрім адміністративних санкцій за вищевказані діяння, передбачені і фінансові санкції згідно ст. 17 Закону України № 481/95-ВР «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньяч-ного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів».

Олефір А.О.,

*к.ю.н., ас. кафедри цивільного,
господарського та екологічного права
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ПРЕПАРТІВ, ЩО МІСТЯТЬ КОДЕЇН

Проблема обігу лікарських засобів, що містять наркотичні речовини, їх аналоги та прекурсори (кодеїн), є складною, з огляду на конфлікт інтересів фармацевтичного бізнесу та правоохоронних органів. Здійснюючи протидію обігу кодеїновмісних препаратів, що містять малу кількість наркотичних речовин (8 мг/1 дозування), правоохоронні органи, як правило, відкривають кримінальні провадження за ст. 320 КК України та визнають їх наркотичними засобами з усіма витікаючими наслідками. Цей підхід не відповідає на-ціональному й міжнародному праву. Хоча з таких препаратів і виготовляють «аптечні наркотики» (наприклад «крокодил», до складу якого, крім кодеїну, також входять йод, червоний фосфор, бензин, марганець, луги, оцет, «Міс-тер Мускул»).

Згідно з Єдиною конвенцією ООН про наркотичні засоби, наркотич-ним засобом є будь-яка речовина, включена до Списків 1 і 2, а препаратом –

суміш, тверда або рідка, що містить будь-який наркотичний засіб. Якщо до Списку 2 належить кодеїн (3-метилморфін), то до Списку 3 – препарати кодеїну за умови, що вони поєднані з одним або кількома інгредієнтами і містять не більше 100 мг наркотичного засобу на одиницю дозування при концентрації не вище 2,5% в нерозділених препаратах. Тобто, комбіновані лікарські засоби (Список 3) є препаратами, а не наркотичними засобами.

У ст. 30 Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби зазначено, що наркотичні засоби, включені до Списку 2 і 3, підлягають тим же заходам контролю, що в Список 1, крім заходів, передбачених, зокрема, у пп. 2 і 5 ст. 30 Єдиної конвенції щодо роздрібною торгівлі. У цих пунктах йде мова про вимоги, що ставляться до медичних рецептів для доставки або видачі наркотичних засобів окремим особам, державний контроль усіх осіб, що здійснюють торгівлю наркотичними засобами. Також у Конвенції чітко зазначено, що вимоги щодо ліцензування можуть не стосуватися препаратів.

Таким чином, Єдина конвенція ООН про наркотичні засоби надає країнам право не визнавати комбіновані кодеїномісні препарати, що містять малу кількість наркотичних речовин, наркотичними засобами, відпускати їх без рецепта. На цій підставі у ряді країн запроваджене відповідне правове регулювання, як-от: Данія (безрецептурний відпуск, якщо масова частка кодеїну – до 9,6 мг/1 дозування), Канада (до 8 мг/1 дозування), Австралія (до 15 мг/1 дозування), Великобританія (до 12,8 мг/1 дозування). Якщо ж споживачу відпускається більша кількість таких дозувань (декілька блістерів), то це не є підставою для кваліфікації діяння як обігу наркотичних засобів.

Також заслуговують на увагу наступні підходи до правового регулювання обігу препаратів: – викладення нормативних приписів на основі принципу правової визначеності та консолідація актів законодавства; – встановлення високих штрафних санкцій за порушення правил рецептурного відпуску лікарських засобів, у тому числі щодо суб'єктів господарювання; – створення бази даних речовин, якими зловживають, коли при купівлі безрецептурного препарату споживач повідомлятиме фармацевту свої персональні дані; – чітке розмежування чистих наркотиків і лікарських засобів, що містять наркотики; – підвищення цін на препарати, якими зловживають.

У світі домінуючою є тенденція до дерегуляції та декриміналізації обігу наркотиків, особливо інжектованих з них. Водночас, небезпеку становлять випадки зловживання наркотичними речовинами, які були виключені зі сфери дії заходів міжнародного контролю відповідно до Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби (декстрометорфан-ізомери) або які містять нові наркотичні речовини, що не були внесені до відповідних списків.

В контексті протидії аптечній наркоманії встановлення заборон не є ефективним заходом. Боротьба з наркоманією має здійснюватися системно на рівні пріоритетної державної програми за допомогою виховання і підвищення рівня життя населення, створення інфраструктури для активного дозвілля.

Останіна А.В.,

здобувач кафедри господарського права

НІОУ ім. Я. Мудрого

ІННОВАЦІЙНІ КЛАСТЕРИ В СИСТЕМІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Сучасні теорії економіки одноставно розглядають процес формування кластерів як найважливіший фактор підвищення інноваційності діяльності власне економічних суб'єктів. Статистичне вивчення цього чинника, проведене на матеріалах США і Європи, підтверджує високу значущість саме цього чинника [1]. Сьогодні інноваційні кластери, характерні для пейзажу промислово розвинених країн, починають з'являтися і в багатьох країнах, що динамічно розвиваються. Це дає останнім можливість організовувати та/або розширювати інноваційну діяльність, в результаті якої на світові ринки просуваються новітні та конкурентоспроможні технології.

Між тим, недолік власних інноваційних препаратів в асортименті продукції, що випускається і орієнтація на виробництво застарілих дженериків фактично закривають вітчизняним виробникам доступ на зовнішні ринки, незважаючи на впровадження GMP та вступ до PIC/S. Зрозуміло, що в цих умовах найважливішими завданнями фармацевтичного ринку на сьогодні є: 1) створення системи національної лікарської безпеки; 2) модернізація виробничих потужностей вітчизняної промисловості.

Однак, останнім часом в арсеналі засобів регулюючого впливу держави на фармацевтичний ринок з'явилися нові інструментарії інвестиційного процесу такі, наприклад, як структуровані продукти, які служать одночасно і для залучення капіталу на цей ринок, а фармацевтичні кластери і продукують товарну масу, яка в повній мірі володіє характеристиками структурованого продукту для фармацевтичного ринку.

Економічні суб'єкти однієї галузі, зокрема фармацевтичні підприємства, об'єднуються в кластер, з цілком певними метою і функціями. Якщо звернутися до світової практики, всі розвинені країни використовують кластерну систему як один з ефективних інструментів розвитку економіки. Кластер з точки зору статистики – згущення точок у вибірці. В економіці ж це поняття означає зосередження підприємств однієї галузі і систем її наукового обслуговування з усією інфраструктурою на території, обмеженої, скажімо, масштабами конкретного регіону. Сформована і накопичена практика показує, що результативність зусиль при кластерній організації діяльності набагато зростає в силу тих же синергетичних властивостей системи управління. В рамках інноваційного науково виробничого кластера за підтримки регіональної влади можуть реалізуватися вигідні для всіх учасників заходу і проекти – кожен учасників може підвищити свою конкурентоспроможність, наприклад, за рахунок зниження повних прямих витрат на виробництво. Наприклад, зазвичай фармацевтичні та медичні відходи підприємства (досить небезпечні і токсичні) змушені возити за 300–400 км. У подібних кластерах в обов'язковому порядку передбачається в найкоротші терміни створення заводу по переробці відходів, що дозволить різко знизити транспортні, тобто самі динамічно зростаючі витрати логістичної природи. Також відчутним плюсом участі в фармацевтичному і / або медичному кластері виявляється можливість на законних підставах отримувати субсидії та фінансування з

державного бюджету. Проте, ідея розвитку процесу кластеризації не повинна сприйматися як універсальний інструмент державного втручання в економіку, як якась держпрограма по примусовому створення кластерів. Кластер в регіоні неможливо створити виключно директивним шляхом, навіть якщо регіон має всі передумови для його створення.

Тобто, створення кластерних моделей можливе також в рамках приватно-державного партнерства, що значно підвищить не лише економічну, а і правову значимість таких проєктів.

Література:

1. Куценко Е. Кластеры и инновации в субъектах РФ: результаты эмпирического исследования Е. Куценко, Д. Тюменцева // Вопросы экономики. – 2011. – № 9. – С. 93 – 107

Панасюк О. А.,

ас. кафедри кримінального та адміністративного права і процесу ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого,

Михайліченко Т. О.,

к.ю.н., ас. кафедри кримінального та адміністративного права і процесу ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІ

На сьогодні використання спеціальних знань у галузі медицини дає можливість здійснювати розслідування та розкриття кримінальних правопорушень, у тому числі тяжких і особливо тяжких злочинів, що посягають на життя чи здоров'я людини. Сучасний рівень розвитку науки й техніки озброює органи досудового розслідування та суду тими необхідними спеціальними знаннями, які роблять можливим здійснення досудового розслідування та судового розгляду швидко й ефективно, забезпечуючи виконання завдань кримінального судочинства. А тому цілком закономірно, що Кримінальний процесуальний кодекс України (далі – КПК) створює законодавчі підстави для використання спеціальних знань у кримінальному провадженні. Так, КПК закріплює можливість використання консультацій, роз'яснень (пояснень) чи надання іншої допомоги спеціалістом під час провадження окремих процесуальних дій (ст. ст. 71, 360 КПК); а також КПК передбачає залучення експерта, якщо для з'ясування обставин, що мають значення для кримінального провадження, необхідні спеціальні знання (ч. 1 ст. 242 КПК). За результатами проведення експертизи експертом (експертами) складається висновок. Висновок експерта в кримінальному провадженні є одним із видів процесуальних джерел доказів (ч. 2 ст. 84, ч. 1 ст. 101 КПК).

Принципово важливим положенням для судочинства є те, що кримінальний процесуальний закон зобов'язує слідчого або прокурора, не залежно від можливості будь-яким іншим чином встановити обставини кримінального провадження, звернутися до експерта для проведення експертизи щодо вирішення певного кола питань, що чітко передбачені в законі (ч. 2 ст. 242 КПК).

Однак практика досудового розслідування численних кримінальних проваджень засвідчує, що, на жаль, непоодинокими є випадки, коли органи досудового розслідування та прокуратури нехтують цим положенням закону. Так, наприклад, у матеріалах одного кримінального провадження, розпочатого правоохоронними органами в Полтавській області за ознаками вбивства особи, міститься «акт судово-медичного дослідження (обстеження) трупа людини». Цей документ (медична довідка (акт обстеження)) не є висновком експерта та не підміняє останнього як процесуального джерела доказу. Хоча, відповідно до ст. 242 КПК, закон вимагає проведення експертизи зокрема і щодо встановлення причин смерті, тяжкості та характеру тілесних ушкоджень. Всупереч цієї вимоги, тривалий час (більше року) в кримінальному провадженні так і не було проведено судово-медичної експертизи трупа. У цьому разі спеціалістом було складено документ, що не підпадає під критерії судово-експертного висновку. До того ж, ще більших труднощів додало те, що сам цей документ, на думку потерпілого, складено із порушенням правил проведення відповідних обстежень та викликає сумнів у його достовірності.

Як наслідок, таке порушення процесуальної форми призвело не лише до втрати часу, порушення розумних строків кримінального провадження, але й об'єктивно унеможливило в подальшому проведення належним чином експертизи трупа. Підтвердженням цього стало необхідність проведення в майбутньому ексгумації трупа з метою проведення його експертизи. Однак навіть після ексгумації судово-медична експертиза трупа проведена не була. Натомість було проведено експертизу «за матеріалами справи». Даний документ має й відповідну назву: «Висновок експерта (експертиза за матеріалами справи) №...».

Теорія та практика кримінального судочинства вказує на те, що акти чи інші документи, в тому числі відомчі, де зазначаються обставини, встановлені із застосуванням спеціальних знань, не можуть розглядатися як висновок експерта та бути підставою для відмови в призначенні експертизи, навіть якщо такі документи одержані на запит слідчого, прокурора, суду чи сторони захисту [1, с. 220-221; 2]. Багаторічна судова практика цілком справедливо скеровувала правозастосувача до того, що акти судово-медичного обстеження можуть бути використані як докази в кримінальному судочинстві за умови, що проведення експертизи не є обов'язковим [2].

Отже, лише неухильне дотримання закону під час використання спеціальних медичних знань у кримінальному провадженні здатне забезпечити не лише достовірність отриманих результатів, але й швидкий, повний та неупереджений розгляд і вирішення провадження в розумні строки.

Література:

1. Кримінальний процес : підручник / Ю. М. Groшевий, В. Я. Тацій, А. Р. Туманянц та ін.; за ред. В. Я. Тація, Ю. М. Groшевого, О. В. Капліної, О. Г. Шило. – Х.: Право, 2013. – 824 с.
2. Див.: п.п. 16, 18 постанови Пленуму ВСУ «Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах» від 30.05.1997, № 8 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua>. – Загол. з екрану.

*Полховська І.К.,
к.ю.н., доц., кафедра кримінального та
адміністративного права і процесу
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРАВО ІНОЗЕМЦІВ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УКРАЇНІ

Орієнтуючись на міжнародно-правові стандарти та тенденції наша держава приділяє значну увагу гарантуванню прав іноземців та осіб без громадянства. У взаєминах з іноземцями та особами без громадянства Україна на конституційному рівні встановила національний правовий режим. Тобто, іноземці та особи без громадянства, що перебувають в Україні на законних підставах, користуються тими самими правами і свободами, а також несуть такі самі обов'язки, як і громадяни України, – за винятками, встановленими Конституцією, законами чи міжнародними договорами України (ч. 1 ст. 26). Конституційні вимоги деталізувалися на рівні чинного законодавства України. Передусім в Законі України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства».

Як соціальна держава, Україна гарантує спектр загальновизнаних соціальних прав, серед яких і право на медичну допомогу. Так, Конституція України закріпила право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ч. 1 ст. 49). Право кожного означає, що воно поширюється на осіб незалежно від їх громадянської належності, тобто на іноземців і осіб без громадянства.

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» втілює конституційні вимоги і у ст. 3 закріпив, що на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа, зокрема іноземець й особа без громадянства, мають право: здійснити виклик екстреної медичної допомоги; звернутися за отриманням екстреної медичної допомоги до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, який може забезпечити надання такої допомоги; повідомити лікуючого лікаря або працівників найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування про свій невідкладний стан або про невідкладний стан іншої людини.

Відповідно до чинного законодавства України у переважній більшості випадків іноземцям та особам без громадянства медична допомога, зокрема екстрена, надається нарівні з громадянами України на безоплатній основі. Проте іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, а також фізичні особи, які взяті під варту або яким призначено покарання у виді позбавлення волі, забезпечуються екстреною медичною допомогою у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Порядок надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства був затверджений Постановою Кабінету Міністрів України 19 березня 2014 року і визначив, що іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, іноземцям та особам без громадянства, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, медична допомога надається за рахунок бюджетних коштів, передбачених на цю мету у державному та місцевих бюджетах. Іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, медична допомога, зокрема екстрена, надається на платній основі.

Таким чином, на рівні національного законодавства передбачений порядок отримання медичної допомоги для іноземців та осіб без громадянства. Проте слабкість економічної системи України й недостатнє фінансування медичної сфери унеможливають отримання якісної безкоштовної медичної допомоги не тільки для іноземців та осіб без громадянства, а й для громадян України. Така ситуація вимагає якнайшвидшого завершення реформування системи охорони здоров'я відповідно до сучасних світових стандартів.

Прохазка Г. А.,

*к.ю.н., ас. кафедри теорії та історії
держави і права*

ІЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ПРОБЛЕМИ ДОТРИМАННЯ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я

Серед найгостріших проблем у щорічних доповідях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) відзначаються проблеми зниження рівня життя, бідності, порушень прав людини. Бідність спричиняє самообмеження населення за основними групами товарів, їх низьку якість супроводжує наявність компонентів, які становлять пряму загрозу здоров'ю людини. На необхідності негайного вирішення цієї проблеми звертали увагу: Ф. Алстон, М. Відар, К. Голай, К. Гонзалес, А. Ейде, Ж. Зіглер, Л. Котула, К. Кортіс, М. Крейвен, І. Рей, А. Розас, К. Томашевська, проте досягнути значного прогресу вдалося тільки в заможних країнах Західної Європи і Америки.

Право на здоров'я людини часто асоціюється з доступом населення до медичних закладів, із будівництвом лікарень та якістю медичної допомоги. Цей погляд є правильним, проте право на здоров'я включає більш широке поняття. Так, факторами, які дозволяють вести більш здоровий спосіб життя є: безпечна питна вода та адекватні санітарні умови; нормальне харчування та адекватні умови житла; сприятливі для здоров'я умови праці і зовнішнього навколишнього середовища; освіта та інформація щодо здоров'я; рівність статей [1, с. 1–8].

У основі забезпечення права на здоров'я людини знаходиться переважна більшість прав, які можуть бути визначені, як фундаментальні права людини. Це принципи, визначені у Загальній декларації прав людини 1948 року (ст. 25); право на достатнє харчування; право на свободу від голоду; право на житло, що знайшли своє закріплення у ст. 11, а право на здоров'я – у ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права (МПЕСКП) 1966 року [2, с. 36].

Незадовільний стан здоров'я пов'язується із вживанням або вступом у контакт з небезпечною водою, відсутністю чистої води, відсутністю санітарних послуг та з незадовільним розпорядженням водними ресурсами і системами водопостачання. В Україні право на здоров'я знайшло своє закріплення у ст. 49 Конституції України, яка передбачає право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Враховуючи позицію ВООЗ стосовно обов'язку держав підтримувати серед населення відповідний рівень здоров'я, ст. 49 Конституції України фактично обмежується тільки зобов'язаннями, які пов'язуються із будівни-

цтвом сфери медичних послуг, підтриманням безоплатної медичної допомоги, впровадженню профілактичних програм та забезпеченням санітарно-епідеміологічного благополуччя. Значно менше приділено уваги можливості судового захисту права на здоров'я, як одного з фундаментальних прав людини. Нерозвинутою залишається і система державної допомоги вразливим верствам населення, наприклад, через запровадження низки державних цілових програм та адресної допомоги.

Відповідно, ми можемо зробити висновок, що виконання державами своїх зобов'язань щодо дотримання прав людини, передбачають запровадження комплексних заходів політичного, економічного, соціального та правового характеру спрямованих на протидію бідності та злидінням умовам існування.

Здоров'я нації напряму залежить від успішності державної політики у сфері охорони здоров'я, забезпечення населення достатнім продовольством, підтримання належних умов існування для малозабезпечених верств населення та осіб, які попали у складі умови життя.

Література:

1. Право на здоровье. Изложение фактов № 31 / ВООЗ: Права человека. – Женева: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 2008. – 81 с.

2. Права человека. Сборник международных документов/ сост. Л. Н. Шестаков. – М.: Госунивер., 1986. – 232 с.

Тихомірова Ф.А.,

к.філос.н., доц. кафедри філософії

та методології пізнання ОНУ ім. І.І.Мечникова.

Антипов Д.І.,

директор підприємства

«Клінічний санаторій "Лермонтовський"»

Бакуменко С.В.,

прес-секретар підприємства

«Клінічний санаторій "Лермонтовський"ПрАТ

"Укрпрофоздоровниця"»

МЕДИЧНЕ ПРАВО vs СОЦІАЛЬНІ РЕАЛІЇ.

Здоров'я займає найвищу сходинку на ієрархічних сходах цінностей і в системі категорій людського буття – серед інтересів, ідеалів, гармонії, краси, сенсу і щастя життя, творчої праці, програми і ритму жізнедеятельности. Ці цінності не можуть бути порівнянні з майновими інтересами, які тьмяніють і не представляють ніякої цінности для їхнього власника при втраті ним життя або значному пошкодженні здоров'я. Поза сумнівом, дані права громадян закріплені на конституційному рівні, що свідчить про їх значущість для суспільства і держави. Однак стрімке руйнування механізмів, що існували багато років, і впровадження окремих правових моделей, запозичених з різних правових систем (романо-германської та системи загального права) без урахування українських реалій і менталітету переважної більшості громадян, спричинило негативні наслідки. Причини цього різноманітні: відсутність законодавчих визначень ряду понять, наявність суперечок відносно методів правового регулювання у системі охорони здоров'я.

У деяких зарубіжних правових системах роль джерела права виконує судовий прецедент. На наш поглядом, таким прецедентом може стати конфлікт інтересів навколо санаторію “Лермонтовський” в Одесі. Санаторію на березі моря більше 100 років, сюди їдуть з усієї України для реабілітації після інфаркту, інсульту і після різних травм. У минулому році санаторій безкоштовно вилікував близько сотні воїнів АТО і розмістив близько шестисот переселенців. Але лікарі Лермонтовського зізнаються, що не можуть бути впевнені в завтрашньому дні. Суддя Меденцев, який знаходиться в розшуку, в 2011 році виніс протизаконне рішення. Всупереч Конституції та законам України він визнав право власності на санаторій за державою, таким чином, він спровокував наступний конфлікт і атаки на діючий санаторій «Лермонтовський». Згідно до розпорядження Кабміну, нерухоме майно без будь-яких законних підстав було передано у власність Мін'юсту. Більш того, міністерство відразу створило власне підприємство «Санаторій «Лермонтовський», тобто Міністерство юстиції, користуючись судовими рішеннями часів Януковича, вимагає зміни власника і санаторію “Лермонтовський” під гаслами порятунку санаторію. Відразу виникає питання: від кого Міністерство юстиції хоче врятувати працюючий санаторій? Зрозуміло, що справа не в порятунку санаторію, а в 10 га землі на березі моря поруч із мальовничим парком. У зв'язку з цим, санаторій намагалися кілька разів захопити. В останній раз захват скінчився серцевим нападом лікаря, співробітниці установи. Юрист санаторію Ілля Халдай наголошує, що рішення суду, за яким Лермонтовський був відібраний у «Укрпрофоздоровниці» і відійшов Фонду держмайна, стосується лише нерухомості, а не всіх товарно-матеріальних цінностей санаторію. Якби мова йшла тільки про політику та економію бюджету, боротьба за санаторій була б безнадійна. Однак, існують обставини, а точніше, бізнес-інтереси з якими без чітких норм медичного права неможливо в принципі зберегти санаторій, як рекреаційно-оздоровчий закладу. Колектив санаторію впевнений, якщо відберуть землю, то забудують висотками. За подібними рейдерськими схемами знищили декілька оздоровчих установ на одеському узбережжі.

Література:

Борьба за санаторий "Лермонтовский" в Одессе: седьмая атака провалилась // Сегодня.- 30 июня.- 2016 // <http://www.segodnya.ua/regions/odessa/borba-za-sanatori-y-lermontovskiy-v-odesse-sedmaya-ataka-provalilas-728866.html>.- Дата звернення 21.10.16

Троцька М.В.,

*к.ю.н., доц. кафедри цивільного,
господарського та екологічного права
ІНЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРАВО КОМУНАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ НА ПРИРОДНІ ЛІКУВАЛЬНІ РЕСУРСИ

Комунальна власність є основою місцевого самоврядування, запорукою належного функціонування відповідних територіальних громад та процвітання населених пунктів.

За ч. 1 ст. 142 Конституції України та ч. 1 ст. 60 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні»: природні ресурси, які перебувають у

власності територіальних громад, поряд із іншими об'єктами, складають матеріальну основу місцевого самоврядування.

У комунальній власності поряд з державною та приватною можуть перебувати земля (ст. 83 та ст. 49 Земельного кодексу України), ліси (ст. 9 Лісового кодексу України) та тваринний світ (ч. 5 ст. 5 Закону України «Про тваринний світ») про що прямо зазначається в чинному законодавстві.

Якщо досліджувати можливість віднесення цих об'єктів до категорії лікувальних, то, з одного боку, необхідно розглянути нормативно-правові акти, що стосуються їх лікувальних властивостей, а з іншого боку, поресурсові, які присвячені певним об'єктам.

Зокрема за ст. 1 Закону України «Про курорти» можна прийти до висновку, що природні лікувальні ресурси – це такі, які використовуються для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань. Але не дивлячись на таку мету, з урахуванням відповідних критеріїв, їх можна класифікувати: 1) за територіальним знаходженням: а) рідко (не часто) зустрічаються на території України; б) зустрічаються в різних регіонах України; 2) за цінністю: а) особливо цінні та унікальні (обмежене поширення або невеликі запаси у родовищах); б) загальнопоширені (мають значні запаси); 3) за результатами впливу: а) особливо сприятливі та ефективні; б) придатні для відповідного використання.

За ст. 6 Закону України «Про курорти»: до природних лікувальних ресурсів належать мінеральні і термальні води, лікувальні грязі та озокерит, ропа лиманів та озер, морська вода, природні об'єкти і комплекси із сприятливими для лікування кліматичними умовами, придатні для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Тобто, з урахуванням вищенаведеного зазначимо, що будь-які природні ресурси, що можуть використовуватися для такої мети, в силу своїх природних особливостей, можливо віднести до лікувальних.

У свою чергу, при дослідженні поресурсового законодавства, на предмет визначення природних ресурсів, властивості яких можуть використовуватися при лікуванні, відновленні організму людини та попередженні захворювань визначимо наступні: земля (ст. 47 Земельного кодексу України); води (ч. 1 ст. 62 Водного кодексу України); надра (ст. 14 Кодексу України про надра); рослинний світ (ст. 14 Закону України «Про рослинний світ»; ст. 1 Закону України «Про насіння і садивний матеріал»); ліси (ст. 39 Лісового кодексу України); тваринний світ (ст. 16 Закону України «Про тваринний світ») та ін.

У свою чергу, при співвідношенні між собою положень чинного законодавства щодо перебування природних ресурсів у комунальній власності та можливості використовувати їх з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань, приходимо до наступних висновків: 1) земля, ліси, тваринний світ, які можуть перебувати у комунальній власності, також можуть мати певні особливі характеристики у контексті позитивного їх впливу на здоров'я людей про що прямо зазначається на рівні чинного законодавства; 2) перелік ресурсів, що мають лікувальні властивості є ширшим у співвідношенні з тими, які можуть перебувати у комунальній власності.

Отже, на праві комунальної власності можуть перебувати відповідні природні ресурси в тому числі, які мають лікувальні властивості, які знаходяться не просто в межах території України, а саме відповідних населених пунктів.

Ціленко В.А.,

*голова Господарського суду Полтавської області,
здобувач кафедри господарського права*

ННУ ім. Я. Мудрого

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ БУДІВЕЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Будівельне законодавство містить досить великий обсяг нормативно-правових актів, і тому кодифікація як спосіб його упорядкування застосовується з давніх часів. Достатньо навести як приклад Статут будівельний Російської імперії, не згадуючи про більш ранні варіанти кодифікації, відомі вітчизняному праву і праву зарубіжних країн. В радянський період єдиного кодифікованого акта законодавства у будівельній сфері не існувало.

Початком процесу кодифікації можна вважати прийняття у 1992 році Закону України «Про основи містобудування». Цим законом закладено законодавчі засади містобудівної діяльності в Україні, насамперед, формування повноцінного життєвого середовища, забезпечення сталого розвитку населених пунктів.

На розвиток загальних норм зазначеного законодавчого акту було прийнято наступні Закони України «Про планування і забудову територій», «Про Генеральну схему планування території України», «Про архітектурну діяльність», «Про комплексну реконструкцію кварталів (мікрорайонів) застарілого житлового фонду», «Про основи містобудування», Про відповідальність підприємств, їх об'єднань, установ та організацій за порушення у сфері містобудування», «Про фінансово-кредитні механізми і управління майном при будівництві житла та операціях з нерухомістю», «Про запобігання впливу світової фінансової кризи на розвиток будівельної галузі та житлового будівництва»; «Про іпотеку», зокрема, щодо визначення об'єкту незвершеного будівництва й порядку передачі в іпотеку об'єктів незвершеного будівництва та інші, які разом з відповідними підзаконними актами фактично утворили окрему галузь національного законодавства.

Із загальної кількості положень зазначених законів особливу увагу, поряд із іншими, треба приділити: дозвільній системі, положення якої треба закріпити на законодавчому рівні, що надасть можливість уникнути постійних змін та корумпованості; системі державного архітектурно-будівельного контролю, яка й досі знаходиться в стані постійного реформування, через постійні зміни якої учасники містобудівної діяльності знаходяться в стані очікувань або пристосувань до нововведень; порядку розробки, застосування, впровадження загальнодержавних, регіональних та відомчих норм будівництва, через суперечливість яких галузь постійно втрачає іноземну інвестиційну привабливість.

Особливістю розвитку містобудівного законодавства є те, що у зв'язку з швидким розвитком міст постійно постає питання його узгодження з окремими положеннями земельного законодавства та законодавства про охорону навколишнього природного середовища. Це питання постає внаслідок того, що законодавство у сфері містобудування почало формуватися пізніше, ніж тісно пов'язані з ним зазначені галузі.

Відповідно на етапі становлення сформовано нормативно-правову базу, яка не передбачає врегулювання зазначених відносин, що з часом утворило певну прогалину в законодавстві.

Окремої уваги потребує Закон України «Про будівельні норми», відповідно до якого встановлюється порядок розроблення, затвердження, реєстрації та застосування будівельних норм в різних галузях народного господарства.

Так, наприклад, у сфері охорони здоров'я здійснюються спроби, у відповідності до Закону України «Про концепцію загальнодержавної програми адаптації Європейського Союзу» впровадити стандарти, що адаптовані до вимог ЄС.

Так, наказом МОЗ від 14.09.2005 року №471 «Про затвердження документів з питань стандартизації фармацевтичної продукції» затверджений стандарт МОЗ України «Фармацевтична продукція. Система стандартизації» СТ МОЗУ 42 – 1.0:2005 який цим наказом був ведений в дію з 01.01.2006 року.

Однак зазначенні нормативно-правові акти, у достатній мірі не враховують окремі організаційні моменти розвитку фармацевтичного ринку, в контексті дотримання Державних будівельних норм.

Шевчик О. С.,

к.ю.н., доц. кафедри кримінального та адміністративного права і процесу

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

НЕДІЄЗДАТНІСТЬ ОСОБИ

В АСПЕКТІ ВИКОНАННЯ ПОДАТКОВОГО ОБОВ'ЯЗКУ

Зважаючи на встановлений ст. 67 Конституції України податковий обов'язок, в сучасних економічних умовах фізичні особи виступають активними учасниками податкових правовідносин. У зв'язку із чим, вбачається, що при побудові правової держави існує необхідність створення надійних гарантій для особи, щодо виконання податкового обов'язку.

Враховуючи на недостатнє врегулювання на законодавчому рівні, проблематика реалізації виконання податкового обов'язку, особами, які є недієздатними є вельми актуальною.

Актуальність обумовлена тим, що особи, які є недієздатними (зокрема визнанні судом недієздатними, або є недієздатними в силу віку) можуть мати на правах приватної особистої власності майно, яке в силу вимог Податкового кодексу України є об'єктом оподаткування. Крім того, відповідне майно може бути джерелом погашення податкового боргу. Так, відповідно до п. 15.1 ст. 15 Податкового кодексу України, платниками податків визнаються фізичні особи, які мають, одержують (передають) об'єкти оподаткування або провадять діяльність (операції), що є об'єктом оподаткування згідно з Податковим кодексом України або податковими законами, на яких покладено обов'язок із сплати податків та зборів.

В силу положень цивільного законодавства, особи, у тому числі недієздатні особи, можуть бути власниками майна. Відповідно до п. 99.2 ст. 99 Податкового кодексу України грошові зобов'язання неповнолітніх осіб виконуються їх батьками (усиновителями), опікунами (піклувальниками) до набуття неповнолітніми особами цивільної дієздатності в повному обсязі. Батьки (усиновителі) неповнолітніх і неповнолітні у разі невиконання грошових зобов'язань несуть солідарну майнову відповідальність за погашення грошових зобов'язань та/або податкового боргу.

Разом з тим, положення даної норми, на нашу думку, викликає ряд питань в аспекті правозастосовної практики. Зокрема, неповнолітні, якщо не набули до досягнення повноліття в встановленому законом порядку повної дієздатності, взагалі не можуть нести відповідальність за невиконання грошових зобов'язань.

В силу вимог ст. 67 Конституції України, саме кожен має виконувати обов'язок щодо сплати податків та зборів, тобто податковий обов'язок індивідуалізований. Що стосується батьків як законних представників – то в даному випадку як батько так і мати в силу положень п. 99.2 ст. 99 ПК України мають нести солідарну майнову відповідальність. Разом з тим, є дещо проблематичним питанням не лише сам факт покладання солідарної відповідальності на обох батьків (оскільки податковий обов'язок виключно індивідуалізований), але і питання щодо розміру в пропорційному співвідношенні майнової відповідальності батьків, які не ведуть спільного господарства. Так, при сплаті грошової суми одним із батьків виникає автоматично питання щодо компенсації із іншого з батьків відповідної грошової суми.

Крім того, відповідно до п. 99.5 ст. 99 ПК України, на батьків (усиновителів), як законних представників неповнолітнього, покладено обов'язок щодо подачі декларацій про доходи та майно, тощо. Враховуючи, що чинним законодавством передбачено зокрема, адміністративну відповідальність, за неподання декларацій у встановлений законом строк, то при цьому знов таки виникає питання кого ж саме із батьків має бути притягнуто до адміністративної відповідальності яка носить виключно індивідуальний характер.

Також залишається проблемним питанням щодо звернення стягнення на майно платника податків, зокрема у випадку невиконання батьками (усиновителями) як законними представниками неповнолітнього, обов'язку щодо сплати належних сум грошових зобов'язань. Так, за загальним правилом, передбаченим п. 87.1 ст. 87 ПК України, джерелами самостійної сплати грошових зобов'язань або погашення податкового боргу платника податків є будь-які власні кошти. Тобто виникає висновок, що джерелом самостійної сплати грошових зобов'язань неповнолітньої особи не можуть виступати кошти батьків, як такі, що не належать неповнолітньому.

У випадку ж відсутності факту самостійно сплаченого грошового зобов'язання неповнолітнього з боку батьків чи усиновителів, виникає питання щодо примусового стягнення. Так, відповідно до п. 87.2 ст. 87 ПК України, джерелами погашення податкового боргу платника податків є будь-яке майно такого платника податків з урахуванням обмежень, Податковим кодексом України, а також іншими законодавчими актами. Тобто, джерелом погашення податкового боргу неповнолітнього також не може виступати майно батьків чи усиновителів.

При цьому відповідно до аналізу п. 99.7 ст. 99 ПК України, вбачається факт закріплення на законодавчому рівні можливості стягнення грошових зобов'язань із сплати податків та зборів на майно недієздатної особи (у тому числі неповнолітньої). Що стосується ж питання щодо звернення стягнення на майно неповнолітнього, зокрема на нерухоме майно, то на нашу думку, звернення стягнення на нерухоме майно, що належить неповнолітньому може грубо порушувати права останнього.

Підсумовуючи, можемо зробити висновок, що незважаючи на сформовану контролюючими органами позицію «що якщо податок встановлено, то його комусь але потрібно сплачувати», проблематика виконання податково-го обов'язку недієздатними особами залишається актуальною та потребує належного законодавчого врегулювання.

Шимко А.Р.,

*к.ю.н., ас. кафедри цивільного, господарського
та екологічного права*

ІНЮІ ННУ ім. Я. Мудрого

СТИМУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕТАЛОБРУХТУ ЯК ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ПОКРАЩЕННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

Ефективна діяльність металургійного комплексу є важливим фактором економічного розвитку України. Разом з тим, сучасний стан навколишнього природного середовища в промислових регіонах України, як і раніше залишається складним. Пожвавлення економіки стрімкий розвиток промислових технологій загрожує загостренню екологічної обстановки в країні.

Екологічні проблеми, що зумовлені функціонуванням металургійного комплексу України, особливо в промислових регіонах, безсумнівно мають імпліцитний зв'язок зі сферою охорони здоров'я.

Вченими визначені складові формування здоров'я, а саме:

- спосіб життя – до 50%;
- вплив навколишнього середовища – до 20%;
- генетична компонента (спадковість) – до 20%;
- доступність і якість медичної допомоги – до 10%.

Таким чином, важливим фактором, впливаючим безпосередньо на стан здоров'я – є навколишнє середовище. На жаль, при формуванні державної політики у сфері охорони здоров'я, врахування процесів промислового забруднення навколишнього середовища та подальший негативний вплив на здоров'я громадян, можна визначити формальним.

У цьому контексті набувають актуальності питання господарсько-правового забезпечення функціонування металургії України, оскільки комплекс інструментів господарського законодавства дає можливість позитивно вплинути на стимулювання суб'єктів господарювання до здійснення реструктуризації галузі та впровадження нових технологій виплавки сталі з мінімальним навантаженням на середовище.

Спроби вирішити екологічні проблеми в металургії за допомогою адміністративно-правових і економічних методів державного регулювання, які робляться впродовж вже не одного десятиліття, не призводять до помітного поліпшення стану навколишнього природного середовища і стають чинником ослаблення економічної стійкості підприємств.

Україна – аутсайдер серед всіх металургійних країн світу по темпам і масштабам ліквідації морально застарілого мартенівського виробництва. Мартенівські печі були ліквідовані в більшості країн світу у 70 – 90-і роки минулого сторіччя. Велика частка енергозатрат при виготовленні металургійної продукції спричинена тим, що власники металургійних підприємств здебільшого орієнтуються не на модернізацію існуючого обладнання та

устаткування, а на повне фізичне використання наявного потенціалу, отримання від нього швидкої економічної віддачі.

Робота підприємств чорної металургії характеризується порушенням земель, забрудненням ґрунтових вод, викидами електромагнітної і теплової енергії, забрудненням атмосфери і водою фенолами і ароматичними вуглеводнями, важкими металами і радіонуклідами.

Ядром системи господарсько-правового забезпечення сектору здійснення операцій з металобрухтом є прийнятий від 5 травня 1999 року Закон України «Про металобрухт».

Весь перелік нормативно-правових актів господарсько-правового забезпечення сфери обігу вторинних металів спрямований на захист інтересів підприємств національної металургійної галузі, забезпечення екологічної безпеки довкілля при утворенні, збиранні та використанні металобрухту, адже переробка вторинних металів – це не тільки економічно вигідна справа, а й важливий чинник збереження невідновлюваних природних ресурсів.

Таким чином, завданням господарсько-правової політики є стимулювання модернізації брухтозаготівельних підприємств та впровадження передових технологій, з метою підвищення ступеня переробки металобрухту та мінімізації негативного антропогенного впливу на довкілля.

Ямковий В.І.,

к.ю.н., доц. Криворізького економічного інституту

ДВНЗ «КНЕУ ім. Вадима Гетьмана»

ДО ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ) ПОСЛУГ

Потреба у психологічному та психотерапевтичному обслуговуванні населення України підвищилася останніми роками у зв'язку з подіями на сході країни, поширенням загроз терористичного характеру тощо, що потребує залучення фахівців у сфері надання психологічних та психотерапевтичних послуг населенню на практиці з метою коригування поведінки людини. Надання таких послуг значною мірою допоможе відвернути негативні соціальні наслідки, створить передумови для розвитку людського потенціалу, адже завданням психології є зокрема створення комфортних психологічних умов, які будуть сприяти розвитку індивідуальних здібностей людини та її особистісному зростанню.

Психологія – це одна з наук про людину, людські спільноти, їхнє життя й діяльність [1]. Вона вивчає діяльність людини; її психічні процеси, стани, властивості; закони виникнення, розвитку і перебігу психічної діяльності; становлення психічних властивостей людини; життєве значення психіки [2].

В свою чергу, під психотерапією розуміються різні форми терапії, що базуються на основних положеннях психоаналітичного вчення і відповідно акцентують увагу на впливі минулого досвіду (психотравм, афектів, фантазій, вчинків і т. п.) на формування певної манери поведінки (психологічних захистів, спотворень сприйняття партнерів по спілкуванню, міжособистісної взаємодії), яка набула повторюваність і, таким чином, впливає на актуальне фізичне, соціальне і психічне благополуччя людини [3]. Отже, спільним у

психології і психотерапії є те, що вони спрямовані на коригування поведінки людини відповідними засобами, які не пов'язані із застосуванням медичних маніпуляцій чи фармакологічних препаратів. У зв'язку з цим, від психології та психотерапії варто відрізнити психіатрію, яка є клінічною медичною наукою, яка вивчає психічні (душевні) хвороби, їх етіологію, патогенез, клініку, розпізнавання, перебіг, лікування, запобігання та експертизу [4].

Категорія психологічної послуги знайшла своє законодавче закріплення в ст. 5 Закону України «Про соціальні послуги», яка визначає психологічні послуги як надання консультацій з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад [5].

Закон України «Про психіатричну допомогу» не містить відповідних положень про психологічні чи психотерапевтичні послуги, оскільки такого роду послуги не носять медичного характеру та потребують окремої нормативної регламентації [6].

Поняття психологічної допомоги є складовою психологічної послуги, яку можна охарактеризувати як багатоаспектну категорію з юридичних, соціальних, економічних та власне психологічних позицій. В останньому випадку і йдеться про психологічну допомогу. До змісту психологічних послуг як власне психологічного явища можна віднести наступні елементи:

1) психологічну профілактику, яку варто розглядати в якості сукупності заходів, які можуть проводитися як за безпосередньої участі клієнта, так і з залученням третіх осіб, масово чи індивідуально, які спрямовані на запобігання виходу психіки клієнта зі стану гармонії та рівноваги та створення умов для розвитку його особистості.

2) психологічну діагностику, тобто професійну діяльність неклінічного психолога, спрямовану на ідентифікацію індивідуальних психологічних особливостей клієнта та його психологічного стану.

3) психологічну терапію, тобто систематичний, цілеспрямований не медикаментозний вплив неклінічного психолога на психіку клієнта з метою подолання стресів та повернення психіки до стану гармонії й рівноваги, у тому числі, методиками психологічної корекції.

4) післяпсихотерапевтичний нагляд у необхідних випадках.

Таким чином, психологічні (психотерапевтичні) послуги можна визначити в якості професійної немедичної діяльності компетентного психолога (психотерапевта), яка спрямована на надання клієнту психологічної чи психотерапевтичної допомоги, що включає психологічну профілактику, психологічну діагностику, психологічну терапію та у необхідних випадках – післяпсихотерапевтичний нагляд з метою забезпечення стану врівноваженості та гармонії психіки клієнта.

Література:

1. Варій М. Й. Психологія: навч. посіб. / М. Й. Варій. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 288 с. – С. 6
2. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Загальна психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 296 с. – С. 6.

3. Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е. Психотерапія: Учебник для вузов. 2-е изд., стереотип. – СПб.: Питер, 2007. – 480 с. – С. 14.

4. Сотник Г. Т., Напрєєнко О. К., Скрипников А. М. Психіатрія. – Київ, 2003. – С. 416 – 443 с.

5. Про соціальні послуги. Закон України від 19.06.2003 № 966-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 45. – Ст. 358.

6. Про психіатричну допомогу. Закон України від 22.02.2000 № 1489-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 19. – Ст. 143

Арутюнян А. А.,

студент магістратури

ПНОУ НЮУ ім. Я. Мудрого

НЕОБХІДНІСТЬ ВВЕДЕННЯ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ЛІКАРСЬКУ ПОМИЛКУ

Суб'єкти в правовідносинах у сфері охорони здоров'я є нерівними, а тому пацієнт потребує певних пільг та преференцій. Серед науковців вже давно висуваються пропозиції криміналізації лікарської помилки, що виникла з суб'єктивних причин.

Щодо юридичної сутності природи лікарської помилки, то це поняття не закріплене в жодному нормативному акті, зокрема, й щодо охорони здоров'я. Загальноприйнятим є таке визначення: «прикрий брак у лікарській діяльності», при якому першопричиною є добросовісна помилка лікаря, що виключає кримінальну відповідальність.

З одного боку, можна вести мову про помилку, з точки зору цивільного законодавства як неналежного виконання зобов'язання закладом охорони здоров'я за договором про надання послуг, а з іншого – в Кримінальному кодексі України передбачена відповідальність медичних працівників за різні правопорушення (ст ст. 132, 134, 137, 138, 139 тощо).

В медицині прийнято поділяти медичні помилки на деонтологічні (недотримання лікарем етики лікарської практики), діагностичні (недбале, неповне обстеження, неправильно сформульований діагноз тощо) та лікувальні (не правильне лікування, призначене лікарем) [1, с.98].

Зважаючи на вище викладене, варто погодитись із Савченко В.А., що практично всі види зазначених помилок можуть бути наслідками як суб'єктивних, так і об'єктивних причин [1, с.99]. Приклади об'єктивних причин: надзвичайна складність лікарської професії; вузька спеціалізація; велика довіра до сучасних медичних технологій; індивідуальні особливості організму людини та можливі негативні наслідки застосування будь-яких методів лікування; дія людського фактору. Суб'єктивними причинами є неналежний стан гігієни в кабінеті, халатність, неякісне надання допомоги з огляду на соціально-економічне становище пацієнта, ігнорування симптомів та інше.

Вбачається, що поняття медичної помилки має охоплювати виключно ті наслідки, які виникли з об'єктивних причин, оскільки суб'єктивні чинники вже передбачені Кримінальним кодексом. Щодо об'єктивних, то вони не є достатньо дослідженими, а тому мова про криміналізацію діяння поки що не може йти. При такій помилці вина медичного працівника відсутня, як і

склад правопорушення, а тому притягнення до юридичної (цивільної чи іншої) відповідальності не може бути [2, с.95]. Як бачимо, лікарська помилка є безвинним заподіянням шкоди здоров'ю пацієнта у зв'язку із проведенням медичних заходів, наслідком яких стали об'єктивні, не пов'язані з особою лікаря, причини.

Таким чином, питання лікарської помилки досі залишається не дослідженим, її поняття є невизначеним. Людський фактор завжди буде присутнім в медичній практиці, й тому лікарські помилки матимуть місце. Звідси й впливає нелогічність введення відповідної статті Кримінального кодексу України. В той же час, доцільним, з точки зору юриспруденції, вище згадане поняття слід легалізувати з метою диференціації суб'єктивних та об'єктивних чинників лікарських помилок.

Література:

1. Савченко В.О. Правова відповідальність за медичну помилку / В.О. Савченко // Вісник Харківського національного університету ім.В.Н.Каразіна. – Харків – 2009. – С.97-101.

2. Оніщенко О. В. Медична помилка: правовий аспект / О. В. Оніщенко, В. В. Єрзаулова // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2013. – № 2. – С. 92-96.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Бовк А. Ю.,

*студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ОСОБЛИВІСТЬ ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНИХ КОЛІЗІЙ: ПОДОЛАННЯ В УКРАЇНІ

У теорії міжнародного приватного права поряд з різними видами колізійних норм як спеціальна колізія виступає інтерперсональна колізія.

Інтерперсональні колізії існують між нормами права та нормами моралі, релігійними нормами і звичаями. Такі колізії пов'язані із визначенням статусу осіб в сімейних, спадкових, деліктних та інших приватноправових відносинах та виникають у зв'язку із належністю осіб до певної національності, релігії. Вони є значно поширені в тих правових системах, де закон має вторинне значення порівняно із звичаями і релігійними приписами. Також трапляються випадки коли норми релігійного права часто вступають в колізію не тільки з нормами загальноцивільного законодавства, але і між собою. Тому у більшості країн, що розвиваються (Азія, Африка, Латинська Америка) основними є інтерперсональні колізії.

Ця категорія колізій відрізняється від решти специфічних колізій міжнародного приватного права тим, що, на відміну від колізій ієрархічних, інтертемпоральних та міжобласних, інтерперсональні колізії виникають не між приписами офіційних законодавчих актів, а між нормами релігійного чи звичаєвого плеємінного права. Втім, спостерігається тенденція до законодавчого вирішення таких колізій. Таке вирішення полягатиме, насамперед, не у встановленні спеціальних колізійних норм (хоча емпіричні колізійні критерії в цій сфері також існують), а в кодифікації матеріального персонального права, яка має сприяти уніфікації правозастосування в царині інтерперсо-

нальних колізій, а також у вирішенні питань підсудності відповідних спорів. Регулювання у сфері інтерперсональних колізій здійснюється, головним чином, за допомогою матеріально-правових та процесуальних, а не колізійних засобів регулювання [1].

Українська правова система таких колізій не має, так як закон має загальнообов'язкову силу, проте вирішення цього питання постає коли ст. 15 Закону України «Про міжнародне приватне право» від 23.06.2005 № 2709-IV визначає наступне: «У разі якщо підлягає застосуванню право держави, у якій діє кілька територіальних або інших правових систем, належна правова система визначається відповідно до права цієї держави. За відсутності відповідних правових норм застосовуються норми тієї правової системи, яка має більш тісний зв'язок із правовідносинами». Це означає, що український суд чи інший правозастосовний орган зобов'язаний застосувати іноземне право так, як воно застосовується у правовій системі цієї іноземної держави (із застосуванням всіх релігійних норм, традицій та інших не правових регуляторів поведінки, якщо іноземне законодавство вкаже на це). Тобто, у даному іноземному праві необхідно знайти відповідь на запитання, яка із діючих у цій країні персональна підсистема права повинна бути застосована. Таке застосування даної норми може привести до проблем дослідження іноземного права і співвідношення з українським законодавством, а також із вирішення питання підсудності, визнанням такого рішення в Україні і його виконання.

Отже, проблема інтерперсональних колізій за українським законом вирішується шляхом законодавчого закріплення матеріальних норм персонального права (що сприяє уніфікації практики правозастосування) та вирішенню питань підсудності справ з «інтерперсональним елементом».

Література:

1. Кисіль В.І. Механізм колізійного регулювання в сучасному міжнародному приватному праві/ Автореферат дисертації// І.В. Кисіль/ Режим доступу: <http://kursak.net/mexanizmi-kolizijnogo-regulyuvannya-v-suchasnomu-mizhnarodnomu-privatnomu-pravi/>.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Шимко А.Р.

*Волошко А.В.,
студент магістратури
ПЮІ НІУУ ім. Я. Мудрого*

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВІДШКОДУВАННЯ МОРАЛЬНОЇ (НЕМАЙНОВОЇ) ШКОДИ В МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ

Інститут моральної (немайнової) шкоди є необхідною частиною правової системи розвинутої країни і покликаний виконувати важливі функції по захисту порушених прав осіб. Сьогодні він займає вирішальне місце у правових системах багатьох країн світу, в тому числі і в Україні.

Відповідно до ПП ВСУ «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» №4 у п. 3 зазначено, 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.

Аналізуючи національне та міжнародне законодавство, слід звернути увагу на те, що при вирішенні питання про відшкодування моральної шкоди необхідно враховувати наступні чинники: а) підстава деліктного відношення (протиправна шкода) проявляється у декількох державах; б) хоча б один із суб'єктів деліктних відносин – іноземець; в) дія делінквента, що породжує обов'язок відшкодувати заподіяну шкоду, простирається в іноземну правову сферу; г) предмет деліктних відносин (у зобов'язальних майнових відносинах) пошкоджується в умовах іноземного правопорядку; д) суб'єктивне право потерпілого і юридичний обов'язок делінквента виникають в одних державах, а реалізуються в інших; е) права третіх осіб обговорюються за законодавством іноземної держави; ж) право на відшкодування шкоди є похідним від договірних відносин сторін чи від інших преюдиціальних фактів, що обговорюються за іноземним правом (договір страхування, договір найму, угода про звільнення делінквента від обов'язку відшкодувати шкоду і т.д.) [1, с. 120].

Що стосується колізійних прив'язок, які підлягають застосуванню для вирішення проблемних питань, слід звертатися до положень ЗУ «Про міжнародне приватне право», а саме до зобов'язань, що виникають з дії однієї сторони, з урахуванням положень статей 49-51 цього Закону, застосовується право держави, у якій мала місце така дія [2, 18].

Аналізуючи положення ст. 49-51 ЗУ «Про міжнародне приватне право» слід виділити наступні пити колізійних прив'язок: правом держави, у якій мала місце дія або інша обставина, що стала підставою для вимоги про відшкодування шкоди; право держави, у якій знаходиться місце проживання, місцезнаходження або основне місце діяльності потерпілого; право держави, у якій знаходиться місце проживання або місцезнаходження виготовлювача товару або виконавця роботи (послуги); право держави, в якій потерпілий придбав товар або в якій для нього була виконана робота (надана послуга) [2, с.18-19]. До зобов'язань, що виникли внаслідок набуття, збереження майна без достатніх правових підстав, застосовується право держави, у якій такі дії мали місце.

Отже, значну роль в розвитку і вдосконаленні інституту моральної шкоди в національних правових системах продовжують відігравати доктринальні тлумачення та судова практика. А одним з напрямків розвитку інституту моральної шкоди є його поширення на договірні відносини.

Література:

1. Забара І.М. Колізійні питання відшкодування моральної (немайнової) шкоди в міжнародному приватному праві // Актуальні проблеми міжнародних відносин: 36. наук. пр. – К.: Київський університет імені Тараса Шевченка Інститут міжнародних відносин. – 2000. – Випуск 24 (частина II). – С. 119-135.

2. Про міжнародне приватне право: Закон від 23.06.2005 № 2709-IV// Офіційний вісник України. – 05.08.2005. – № 29. – стор. 48.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Шимко А.Р.

КОНЦЕПЦІЯ LEX MERCATORIA ТА ЇЇ ВПЛИВ НА АРБІТРАЖНУ ПРАКТИКУ

Між сторонами міжнародних приватних відносин під час укладання арбітражної угоди виникає питання про право, яке буде застосовуватися при виникненні спору. З розвитком торгового обороту, можна простежити тенденцію формування нового явища, яке отримало назву *lex mercatoria*.

Питання використання *lex mercatoria* у якості права, яке застосовується міжнародним комерційним арбітражем для розгляду справ недостатньо висвітлено в науковій літературі, що і становить актуальність цього питання.

Дане питання стало предметом дослідження таких науковців, як: Г. І. Лис, Н. А. Новикова, Ю. Д. Притика та інших.

В найзагальнішому вигляді *lex mercatoria* можна визначити як право, яке застосовується самими учасниками угоди, фактично *lex mercatoria* – це система звичаїв, що діють протягом довгого періоду [1, с. 60].

Обираючи застосовуване право на основі принципу автономії волі сторін, сторони контракту можуть включити до арбітражної угоди умову про те, що спори із контракту будуть вирішуватися на основі національного права конкретної держави, права декількох країн, сукупності окремих норм права, що належать до права однієї чи декількох країн, загальних принципів права, торгових звичаїв, норм міжнародного торгового права, міжнародних договорів [2, с. 72].

Переваги *lex mercatoria* для міжнародних комерсантів пояснюється наступними фактами. По-перше, його норми є відносно простими, порівняно зі складністю застосування права національних правових систем, а також мають однаковий зміст незалежно від того, представниками яких держав є контрагенти арбітражної угоди. По-друге, застосування *lex mercatoria* при вирішенні спору по суті забезпечує формальну рівність сторін, адже спірні правовідносини регулюються не на основі правопорядку якогось одного учасника договірних відносин, підґрунтям для розгляду і подальшого розв'язання спору слугує автономний правопорядок, який однаково відомий обом [3, с. 223].

Г. І. Лис зазначає, що сторонам не варто обмежуватися тільки констатацією факту: *lex mercatoria* – право, яке застосовується міжнародним комерційним арбітражем для розгляду спору по суті, а варто визначити, які конкретні джерела *lex mercatoria* необхідно застосувати у тому чи іншому конкретному випадку [3, с. 226].

В арбітражній практиці деяких країн отримала схвалення ідея прямого застосування *lex mercatoria* без звернення до колізійних норм у таких випадках: коли право держави, на яке вказує колізійна норма, не дає чіткої відповіді щодо предмета спору; коли застосування національної правової норми зумовлює результат, який суперечить розумним очікуванням сторін; коли національна правова норма не відповідає вимогам міжнародної торгівлі [3, с. 224].

Отже, з розвитком світової торгівлі на сьогодні в практиці міжнародного комерційного арбітражу яскраво простежується тенденція закріплення сторонами в арбітражній угоді в якості норм права положень *lex mercatoria*.

Національні правові системи загалом та традиційний колізійний метод правового регулювання менш універсальні та менш спроможні урегулювати правовідносини, ніж *lex mercatoria*.

Література:

1. Новикова Н. А. *Lex mercatoria* как источник международного частного права / Н. А. Новикова // Научный диалог. – 2013. – № 12 (24) : Общественные науки. – С. 59–63.

2. Притика, Ю. Д. Арбітражна угода: теоретичні та практичні аспекти [Текст] / Ю. Д. Притика, П. В. Куфтирєв // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. – 2002. – №9 3. – С. 67-72.

3. Лис Г. І. *Lex mercatoria* як право, яке застосовується міжнародним комерційним арбітражем для розгляду спору по суті / Г. І. Лис // Університетські наукові записки. – 2012. – № 4. – С. 221-226. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2012_4_33

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Шимко А.Р.

*Дзюбенко В.О.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ДО ПИТАННЯ ЗВОРОТНОГО ВІДСИЛАННЯ У МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ

Зворотне відсилення є одним з суперечливих питань у міжнародному приватному праві. Відповідно до Закону України «Про міжнародне приватне право» від 23.06.2005 № 2709-IV зворотне відсилення – це повторне відсилення колізійної норми права іноземної держави до правопорядку держави, колізійна норма якого відіслала до даного іноземного правопорядку. Існування такого явища є наслідком виникнення негативних колізій, тобто ситуацій, коли жодна держава, з якою пов'язане правовідношення, не розглядає його як предмет регулювання власного права.

Слід звернути увагу, що застосування зворотного відсилення не знайшло єдиного підходу в законодавстві різних держав. Зокрема Борисова А. Н. виділяє 1) країни, закони яких передбачають застосування зворотного відсилення в повному обсязі: Австрія, Польща, Туреччина, Фінляндія; 2) країни, закони яких передбачають застосування тільки зворотного відсилення до свого власного права: Угорщина, Венесуела, В'єтнам, Грузія, Іспанія, Іран, Японія; 3) країни, закони яких передбачають застосування зворотного відсилення, але обумовлюють його застосування якоюсь важливою умовою – Швейцарія, Швеція, Мексика, Португалія, Нідерланди; 4) країни, закони яких цілком забороняють застосування відсилань – Австралія, Бразилія, Греція, Перу, Єгипет; 5) країни, закони яких взагалі не вирішують це питання – Алжир, Сирія, Аргентина [1].

Використання різних підходів пов'язано з існуванням неоднозначного вирішення питання обсягу права, до якого відсилає колізійна норма. Тобто, чи відбувається відсилення тільки до матеріально-правових норм, чи до іноземного правопорядку в цілому, включаючи як матеріальні норми, так і колізійні.

При цьому можна виділити позитивні та негативні аспекти застосування зворотного відсилення. Наразі основним недоліком є виникнення ситуації

замкнутого кола, коли відсилення відбувається до правопорядку в цілому і призводить до нового пошуку права, що підлягає застосуванню. Наслідком є проблема встановлення компетентного правопорядку, оскільки не завжди суд є обізнаним щодо належного застосування колізійних норм іноземної держави.

Однак, невизнання країнами інституту зворотного відсилення може призвести до випадків, коли правопорядок жодної з держав внаслідок своїх колізійних норм не врегульовуватиме виниклі правовідносини. Перевагою є також те, що суду зручніше застосовувати право власної, а не іноземної держави, оскільки в такому випадку не виникає проблем з тлумаченням і суд може об'єктивно і повно врегулювати відносини.

Щодо України, то її можна охарактеризувати як державу зі змішаним підходом до вирішення проблеми зворотного відсилення. Закріпивши в ч. 1 ст. 9 ЗУ «Про міжнародне приватне право» положення про відсилення до права іноземної держави як до норм матеріального права, Україна не визнала інституту зворотного відсилення. Однак, частина друга вищезазначеної статті містить виняток: «у випадках, що стосуються особистого та сімейного статусу фізичної особи, зворотне відсилення до права України приймається».

Законодавець робить такий виняток, оскільки саме норми права, які регулюють особистий та сімейний статус особи, повинні мати найбільш тісний зв'язок, у випадку їх застосування, з особистим законом особи [2, с. 343].

Таким чином, питання зворотного відсилення породжує проблему встановлення компетентного правопорядку, внаслідок чого потребує компромісного і ефективного вирішення. На мою думки, розв'язанню цієї проблеми сприяла б уніфікація правил про відсилення на міжнародному рівні.

Література:

1. Борисова А. Н. Зарубежная доктрина и законодательство об обратной отсылке / А. Н. Борисова // Актуальные проблемы российского права. – 2007. – № 2. – С. 504-511.

2. Хорохонько О. С. Зворотне відсилення як наслідок негативної «колізії колізій» у міжнародному приватному праві / О. С. Хорохонько // Часопис Київського університету права. – 2014. – № 4. – С. 342-345.

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

Караулов О.О.,

студент магістратури

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ЗАХИСТ ПРАВ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ: МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

В сучасному світі проблема прав та свобод є досить актуальною. Було прийнято ряд міжнародно-правових актів, котрі визначають людину найвищою соціальною цінністю суспільства, а належне забезпечення її прав і свобод – головним обов'язком демократичної держави [1]. Необхідно звернути увагу на міжнародні акти, у яких передбачені стандарти захисту прав людини, зокрема щодо осіб з психічними розладами.

В Україні дослідженню проблеми захисту прав осіб із психічними розладами займалися М. Ясинок, А. Мезенцев, Н. Шахман, О. Шершель. Про-

те проблема не розглядалась комплексно, наприклад в аспекті відповідності національного законодавства міжнародним стандартам захисту прав осіб із психічними розладами.

У правовій доктрині всі міжнародні норми в галузі прав і свобод людини прийнято називати міжнародними стандартами. [2, с 66].

Загальну декларацію прав людини можна вважати найважливішим міжнародним стандартом. Декларацією встановлені права на життя, свободу й особисту недоторканість, на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, яке необхідне для підтримання здоров'я й добробуту її самої та її сім'ї, є основними стандартами прав людей, та осіб із психічними розладами зокрема. [3, 194-197]. Відповідно до Принципів захисту психічно хворих осіб та покращення психіатричної допомоги, прийнятих Генеральною Асамблеєю резолюцією 46/119 від 17 грудня 1991 р., будь-яка особа з психічним розладом має право на здійснення всіх громадянських, політичних, економічних, соціальних і культурних прав, визнаних у Загальній декларації прав людини, Міжнародному пакті про громадянські та політичні права, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права та інших міжнародних документах [4].

Іншим важливим актом у сфері захисту прав осіб із психічними розладами слід вважати Принципи захисту психічно хворих осіб та покращення психіатричної допомоги. У наведеному акті закріплені вимоги гуманного, з повагою ставлення до гідності особи, захист від усіх форм експлуатації, право всіх осіб на найкращу психіатричну допомогу. Безпосередньо важливою гарантією захисту, яку не можна залишати без уваги є вимоги до встановлення діагнозу психічного розладу, який ніколи не ставиться на підставі політичного, економічного або соціального становища або з іншої причини, що безпосередньо не стосується стану психічного здоров'я.

Конвенція про захист прав людини та основоположних свобод, а саме ст. 5 закріпила право на свободу й особисту недоторканність. Відповідно до її положень нікого не може бути позбавлено волі, ніж відповідно до процедури, встановленої законом, і в таких випадках, як законне затримання психічно хворих. Пункт 4 Конвенції закріплює, що кожний, кого позбавлено свободи внаслідок арешту або затримання, має право на судовий розгляд, за якого суд без зволікання встановлює законність затримання і приймає рішення про звільнення, якщо затримання є незаконним [3, с 225]. Для того щоб відповідати статті 5 §1, розглянуте ув'язнення має бути здійснено відповідно до процедури, встановленої законом, має бути законним і стосуватися психічно хворого [5, с 144]. Зважаючи на вищевикладене, треба відмітити таку особливість, що у Конвенції не вказано, що саме слід розуміти під словом «психічно хворий».

Отже, беззаперечно основою для удосконалення національного законодавства, яке врегулює діяльність системи охорони психічного здоров'я і яке визначає права осіб із психічними розладами мають бути вимоги міжнародного права з проблематики прав людини, включаючи пакти ООН та регіональні конвенції, адже особи з психічними розладами це особлива категорія людей яка потребує додаткового захисту, психічна хвороба може спричинити певне обмеження або зміну здійснення способу права, але це не може виправдати порушення самої сутності права.

Література:

1. Справочник базовой информации ВОЗ о психическом здоровье, правам человека и законодательству [Електронний ресурс]. Доступ:<http://www.who.int/publications/list/9244562820/ru/index.html>.
2. Кройтор В. А. Стандарты Европейского Союза в сфере гражданского судочинства і проблема доступу до правосуддя / В. А. Кройтор, Т. В. Степаненко // Наукові записки Харківського економіко-правового університету. – 2005. – № 1 (2). – С 64-77.
3. Міжнародне право в документах / [за заг. ред. М. В. Буроменського]. Х. : Вид-во Нац. ун-ту внутр. справ, 2003. – 376 с.
4. Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://h-v-p.boom.ru/oon.htm>.
5. Бущенко А. П. Стаття 5 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод. Систематизований дайджест рішень Європейського Суду з прав людини / А. П. Бущенко ; худ.-оформ. В. Є. Захаров. – Х. : Права людини, 1998. – 432 с

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

*Кисличенко І.В.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ЗМІСТ ПОНЯТТЯ «ПУБЛІЧНИЙ ПОРЯДОК»

Однією з головних цілей кожної держави є захист національного правопорядку у відносинах, пов'язаних з іноземним елементом. Саме тому розуміння змісту поняття публічного порядку, є основою правильного застосування застереження про публічний порядок шляхом вилучення застосування іноземного закону, несумісного з публічним порядком країни суду, що й доводить актуальність обраної теми.

Що стосується публічного порядку, то доктринальні підходи щодо цього поняття є неузгодженими, а відтак містять лише загальні формулювання. Переважно це пов'язано з різними культурними, історичними, економічними, соціальними, й політичними чинниками.

Так, одні науковці під публічним порядком розуміють фундаментальні і непорушні принципи права і справедливості. Інші – сукупність моральних, економічних і соціальних принципів, що становлять особливий інтерес, який належить захищати без яких-небудь винятків.

Романська ж школа, найвідомішим представником якої був П. Манчіні розуміє під публічним порядком явище ґрунтоване на принципах суверенітету і політичної незалежності. Щоправда, жоден із прихильників цієї течії не спромігся наповнити це поняття конкретним змістом. Деякі вчені намагалися дати вичерпний перелік законів, які належать до публічного порядку, інші – навести загальну формулу, що дозволила б розкрити їхній зміст. Проте більшості цих теоретичних конструкцій властива внутрішня неузгодженість, і вони, фактично, не запропонували жодного більш-менш конкретного визначення [1].

Саме тому роз'яснення з цього приводу дають суди, виходячи з тлумачення норм права, кваліфікації фактичного складу справи й теоретичних конструкцій. Зокрема, в Постанові ВСУ № 12 від 24 грудня 1999 р., у п.12

зазначено, що під публічним порядком належить розуміти правопорядок держави, визначальні принципи і засади, які становлять основу існуючого в ній ладу (стосуються її незалежності, цілісності, самостійності і недоторканості, основних конституційних прав, свобод, гарантій тощо)[2]. Однак, дане визначення дає лише критерії, підстави для віднесення тих чи інших правовідносин до публічного порядку, чіткого ж переліку відносин, які належать до публічного порядку воно не містить.

До того ж тлумачення даної дефініції ускладнюється розмежуванням публічного порядку на національний та міжнародний, хоча і є дещо умовним. С. Крохалев зазначає, що ці категорії співвідносяться як частина і ціле та є такими, що перетинаються.

Таким чином, публічний порядок є законодавчо не визначеним поняттям, але реально діючим, а тому потребує нормативного закріплення, зокрема, в ЗУ «Про міжнародне приватне право», оскільки в статті 12 міститься застереження про публічний порядок. Що ж стосується самої дефініції досліджуваного питання, то, на нашу думку її варто закріпити через призму ознак правовідносин, які можуть належати до публічного порядку.

Література:

1.Макаров А. Н. Основные начала международного частного права.– М., 1924.– С. 55.

2. ПП ВСУ «Про практику розгляду судами клопотань про визнання й виконання рішень іноземних судів та арбітражів і про скасування рішень, постановлених у порядку міжнародного комерційного арбітражу на території України» від 24.12.1999 № 12.

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

*Кулинич Ю.С.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

МІСЦЕ КОНЦЕПЦІЇ «LEX MERCATORIA»

СЕРЕД ДЖЕРЕЛ МІЖНАРОДНОГО ПРИВАТНОГО ПРАВА

Міжнародна торгівля стала невід'ємною частиною світового комерційного права. На сьогодні більшість громадян так чи інакше користуються можливістю купівлі-продажу товарів за кордон, а от сфера правового регулювання цього питання досить широка, починаючи від національного законодавства до, так званої, концепції *lex mercatoria*.

Визначення цього поняття на доктринальному рівні не існує адже дослідники не можуть дійти до спільної думки що ж є цією концепцією. Одні відносять до неї всі джерела торгового права без виключення, інші – вважають що варто враховувати лише звичаї та традиції, треті разом із звичаями відносять і міжнародні багатосторонні договори. Враховуючи напрацювання теоретиків, ми можемо віднести до концепції *lex mercatoria* такі джерела права: торгові звичаї, загальні принципи права, стандартні умови, типові та модельні контракти, міжнародну арбітражну практику, комерційну практику сфері міжнародної торгівлі, уніфіковані міжнародні акти, рекомендаційні документи міжнародних організацій, теоретичні напрацювання вчених-практиків [2, С. 122]. Як бачимо, це джерело права має досить цікаву

природу, складається не із законодавчих актів та й застосовується лише у комерційній та торговельній діяльності.

Концепція є досить суперечливою, адже разом із наданням певної автономії сторонам договору вона має низку підводних каменів, а тому, ми радимо при укладанні торговельних договорів окреслювати сферу застосування концепції, які саме джерела варто застосовувати, якщо посилається на торговельні звичаї, то якої саме країни.

Варто також враховувати, що *lex mercatoria* не регулює питання пов'язані із правосуб'єктністю сторін договору, а тому в цьому випадку варто застосовувати особистий закон сторін. Хоча щодо цього питання також існує окрема думка, у випадку якщо сторони між собою користувалися лише вказаною концепцією, але вона не в змозі вирішити цей спір або він не входить в сферу регулювання концепцією, то при врегулюванні спорі у суді судді мають користуватися і правом обох сторін договору, навіть якщо вони із двох різних правових систем [3, С. 223]. Інколи таке правозастосування також називають концепцією *lex mercatoria*, хоча тут можна посперечатися, адже йдеться про подвійне регулювання одного і того ж питання а не про загальноновизнані джерела чи звичаї права.

Інколи концепцією *lex mercatoria* називають лише положення самого договору, вказуючи на те, що він у собі містить як положення звичаїв торгового права, так і міжнародні стандарти, принципи [2, С. 124]. Але на нашу думку, це помилково, хоча б тому що положення договору мають значення лише для сторін договору, а не до всіх торгових відносин, також довір містить не весь перелік тих правил якими оперує ця концепція, а лише ті, які сторони визнали між собою, що не може бути, наприклад, при застосування норм права, які застосовуються сторонами без винятку.

Для нашої держави застосування концепції *lex mercatoria* не є досить поширеною практикою, але в той же час про неї багато говорять, існує чимало теоретичних розробок вітчизняних вчених, та й при розгляді торгового спору в арбітражних міжнародних судах зазвичай спираються на положення концепції, а тому варто досліджувати її не тільки з теоретичної точки зору, а й з практичної, розробити рекомендаційні положення до її застосування, дослідити та оцінити застосування концепції міжнародним комерційним арбітражем.

Література:

1. Білоус О.С. Сучасне бачення концепції *lex mercatoria*/ О.С. Білоус// Актуальні проблеми міжнародних відносин. – 2011.- №95. – С. 164-166
2. Горда Ю.І. Застереження про публічний порядок *vs. lex mercatoria* в міжнародному приватному праві/ Ю.І.Горда//Альманах міжнародного права. – 2014. – № 6. – С. 119-126
3. Лис Г.І. *lex mercatoria* як право, яке застосовується міжнародним комерційним арбітражем для вирішення справи по суті/ Г.І.Лис// Університетські наукові записки. – 2012. – №4(44). – С. 221-226

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

*Маліченко М.А.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРОБЛЕМАТИКА НАПРАВЛЕННЯ ГРОМАДЯН НА ЛІКУВАННЯ ЗА КОРДОН

Враховуючи загальний рівень розвитку вітчизняної медицини та відсутність інституту посмертного донорства в Україні, для тяжко хворих громадян єдиною можливістю для одужання є лікування за кордоном. Але вартість такого лікування є досить значною, тому воно майже не доступне для більшості українців. Частково вирішити дану проблему має на меті існування бюджетних програм “Лікування громадян України за кордоном”.

Правове регулювання направлення громадян на лікування за кордон здійснюється Основами законодавства України про охорону здоров'я, Постановою КМУ від 08.12.1995 №991, якою затверджено Положення “Про порядок направлення громадян на лікування за кордон” (далі Положення), Наказом МОЗ від 17.07.2014 №502 “Про забезпечення організації направлення громадян на лікування за кордон”.

Відповідно до ст. 36 Основ законодавства України про охорону здоров'я, громадяни України можуть направлятися для лікування за кордон у разі необхідності надання того чи іншого виду медичної допомоги хворому та неможливості її надання в закладах охорони здоров'я України. У ч. 2 зазначається, що державні органи зобов'язані сприяти виїзду громадян України за кордон і перебуванню там в період лікування.

У п. 2 Положення визначено, що рішення про доцільність лікування за кордоном приймається Комісією з питань направлення на лікування за кордон (далі – Комісія) на підставі висновку головного спеціаліста відповідного профілю МОЗ. Однак відсутнє положення про саму Комісію, яке б регулювало порядок її діяльності, а норми Положення “Про порядок направлення громадян на лікування за кордон” є досить застарілими та неконкретизованими. Варто зазначити, що у проекті Наказу МОЗ “Про забезпечення організації направлення громадян на лікування за кордон” від 26.06.2016 передбачено затвердження Положення про Комісію Міністерства охорони здоров'я з питань направлення на лікування за кордон.

Суттєвим недоліком вищезгаданих нормативних актів є відсутність диференціації громадян, які звернулися за направленням, залежно від віку, майнового стану, тяжкості стану здоров'я. Лише у згаданому проекті Наказу МОЗ міститься ініціатива використовувати позначку “терміново” для першочергового розгляду справ дітей з онкогематологічними захворюваннями, які потребують трансплантації кісткового мозку, та хворих, котрим необхідна трансплантація серця.

Також, слід вилучити із Положення “Про порядок направлення громадян на лікування за кордон” п. 6, який передбачає випадки відшкодування витрат пов'язаних із направленням громадянина на лікування за кордон. У ч. 2 п. 6 зазначається, що якщо середньомісячний сукупний дохід сім'ї (з розрахунку на одного її члена) більший за одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян на місяць, хворий чи його сім'я сплачують за лікування за кордоном 50 відсотків суми цього перевищення (з розрахунку на кожного члена

сім'ї), але не більше за фактичні витрати, пов'язані з направленням громадянина на лікування за кордон.

Отже, існування державних програм направлення громадян на лікування за кордон є позитивним явищем, але воно не вирішує повністю проблеми доступності закордонного лікування, наприклад, у 2015 році за такою програмою на лікування було направлено лише 81 особу. Найбільш ефективним вирішенням даної проблеми має бути розвиток вітчизняної медицини, але для цього потрібні значні кошти та багато часу, тому існування програм направлення на лікування за кордон на даному етапі є життєво необхідним.

*Мельничук А.Ю.,
студент магістратури
ІЮІ ННУ ім. Я. Мудрого*

ПОРЯДОК ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ВІД ПОМЕРЛИХ ОСІБ: ТЕОРІЇ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

Життя і здоров'я людини визнаються найвищою соціальною цінністю. Постійний розвиток медицини і пошук нових шляхів і методів лікування сприяє розробці ефективних засобів, серед яких можна виділити і трансплантацію органів.

На міжнародному рівні регулювання трансплантації базується на сукупності принципів, серед яких, особливе значення займають: повага і дотримання прав пацієнта; черговість проведення трансплантації відповідно до «списку очікування»; декоммерціалізація трансплантації [2].

Об'єктом міжнародно-правового регулювання трансплантації виступають суспільні відносини між державами, націями та міжнародними організаціями і об'єднаннями, що виникають з приводу трансплантаційної практики.

Важливе місце як на національному рівні правового регулювання так і на міжнародному посідає питання згоди на донорство органів померлого. Це питання обговорюється у двох взаємно протилежних презумпціях: «вибір за» і «вибір проти».

Наведені презумпції гарантують право особи віддати свої органи після смерті, одночасно охороняючи її право відмовитися від такого вилучення. У таких країнах як: Польща, Іспанія, Італія, Франція й Австрія діє «система згоди», а «система відсутності згоди» – в Австрії, Бельгії, Данії, Росії, Великій Британії і Сполучених Штатах [1].

На сьогодні, в Україні формально діє «презумпція незгоди» або так звана «інформована згода». Така юридична модель передбачає, що донор має право за життя написати заяву про свою згоду на використання власних органів на випадок своєї смерті. З цього виходить, що якщо за життя особа не висловлює згоду на використання її органів для трансплантації, вважається, що вона забороняє подібне використання. Такий дозвіл можуть надати й інші особи, визначені законом (ст. 16 Закону України про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини)

Що стосується недоліків даної концепції, слід зазначити, що вищезазначеним законом, не визначено порядок подання необхідних заяв і навіть не вказано, куди такі заяви мають подаватися. У зв'язку з цим випадки подання

заяв, в яких надається згода на трансплантацію органів, на практиці зустрічаються вкрай рідко.

Досить цікавим у цьому аспекті є досвід Німеччини. У ФРН з 05.11.1997 року діє Федеральний закон ФРН «Про донорство і заборону пересадки органів і тканин». У 2012 році Бундестагом були прийняті поправки до вищезгаданого закону, якими було введено «донорський паспорт», у якому кожен громадянин зобов'язаний зазначити згоду чи незгоду на трансплантацію його органів або тканин у випадку смерті. Такий донорський паспорт видається спеціальним державним органом, який відповідає за видання паспортів і водійських посвідчень. Також у такому паспорті, особа може зазначити коло найближчих родичів, для яких вилучені органи і тканини можуть бути призначені в першу чергу, у тому випадку, якщо вони будуть цього потребувати [3].

Інша модель отримання згоди на вилучення органу у померлого після смерті – «презумпція згоди», яка полягає у тому, що органи для пересадки можуть вилучатися з тіла померлого, якщо він за життя не висловлював заперечень щодо цього, або інші особи, близькі померлого не заперечують стосовно цього.

Презумпція згоди базується на визнанні негуманним завдавати родичам додаткових душевних страждань, необхідністю вирішення питання про вилучення органів [1]. Що стосується переваг такої презумпції, на нашу думку, вони сприяють ефективному розвитку трансплантології, яка веде до збільшення кількості донорського матеріалу, а отже, і до швидкого лікування хворих.

Підсумовуючи вищевикладене, можна дійти до висновку, що існують різноманітні теорії та способи правового регулювання процедур погодження на вилучення органів і тканин для трансплантації у померлих осіб, які установлюються як державами так і міжнародними (міжрегіональними) організаціями для вирішення конкретних завдань. Законодавчо в Україні встановлено концепцію «інформованої згоди», а також не врегульовано чіткий механізм отримання згоди від потенційного донора на трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів, що є досить значною проблемою для розвитку трансплантології в цілому та рятування життя людей, які цього потребують.

Література:

1. Брюховецька М. С. Посмертне донорство органів: презумпція погодження або непогодження [Електронний ресурс] / М. С. Брюховецька // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: http://www.visnyk-juris.uzhnu.uz.ua/file/No.36/part_1/22.pdf
2. Гребенникова К. В. Международные стандарты и критерии допустимости донорства и трансплантации [Електронний ресурс] / К. В. Гребенникова // Грамота. – 2012. – Режим доступу до ресурсу: http://scjournal.ru/articles/issn_1997-292X_2012_12-1_16.pdf.
3. Епанчина М. П. Донорский паспорт: право или обязанность (российский, зарубежный и международный опыт правового регулирования) / М. П. Епанчина. // Вестник РУДН.- №3 – 2012. – С. 92–98.

*Миколаєнко А.В.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА БЕЗОПЛАТНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

На сучасному етапі розвитку України медична сфера є найбільш корумпованою сферою суспільного життя. Беручи до уваги стан захворюваності в нашій державі, злочини пов'язані з наданням медичних послуг набувають все більшого поширення. Особливе місце серед таких займає суспільно небезпечне діяння передбачене ч.1 ст.184 КК України «Незаконна вимога оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я».

Науковою розробкою цієї проблематики займалися: І.В. Кирилук, Д.І. Масол, І. Венедіктова, О. Беденко та інші. Однак, це питання на сьогодні залишається недостатньо дослідженим.

Право на безоплатну медичну допомогу закріплене в ст. 49 Конституції України та ст. 8 Основ законодавства України про охорону здоров'я. При цьому, за даними опитування Українсько-німецької медичної асоціації, кожен третій пацієнт державної чи комунальної лікарні стикався з вимогами придбати ліки чи медичні інструменти, сплатити неофіційні платежі за надання медичних послуг [1].

В той же час, кількість кримінальних проваджень за ч.1 ст.184 у період з 2014 по першу половину 2016 року становить близько 10. Такі відмінності у даних виникають у зв'язку з високим рівнем латентності злочинів, пов'язаних з наданням медичної допомоги.

З об'єктивної сторони злочин, передбачений ч.1 ст. 184 КК, характеризується незаконною вимогою оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я. Вимогу оплати за надання медичної допомоги слід вважати незаконною в таких випадках, коли вона: а) взагалі не передбачена у даному медичному закладі або не передбачена для даної категорії осіб; б) вимагається не в тих розмірах, які офіційно встановлені [2, с.199].

Вимога оплати за надання медичної допомоги повинна мати характер примушування до такої оплати. Сама по собі пропозиція, прохання оплатити надання медичної допомоги, яка не має характеру примушування, складу передбаченого ч. 1 ст. 184 КК злочину не утворює» [3, с.92].

Підтримує таке розуміння «незаконної вимоги» і судова практика. Так, Ленінський районний суд м. Запоріжжя, приймаючи рішення про виправдання особи за обвинуваченням у вчиненні кримінального правопорушення, передбаченого ч.1 ст.184 КК України, мотивував свої висновки тим, що досліджені в ході судового розгляду докази, свідчать про те, що обвинувачена не примушувала ОСОБА_4 до сплати добровільних внесків в благодійний фонд КУ «Запорізька міська багатопрофільна клінічна лікарня № 9», а висловила лише пропозицію, яку ОСОБА_4 прийняла написавши власноруч заяву та сплативши відповідні кошти. Як показує судова практика, доказами, які підтверджують добровільність надання таких внесків можуть бути: 1) показання свідків; 2) відсутність звернень громадян, які б свідчили про примушування оплати медичної допомоги; 3) письмові заяви про добровіль-

ну передачу коштів з метою поліпшення лікувально-діагностичного процесу; 4) протоколами негласних слідчих дій [4].

Вимога оплати за надання медичної допомоги може поєднуватись з відмовою у наданні медичних послуг взагалі. Кваліфікація дій винного у таких випадках може відбуватись за сукупністю злочинів – складу, передбаченого ч. 1 ст. 184 КК, та злочину проти здоров'я особи, зокрема за ст. 139 КК, якщо ненадання допомоги може мати тяжкі наслідки для хворого, або реально потягло такі наслідки [3, с.94].

Суб'єктивна сторона злочину характеризується прямим умислом. Суб'єкт даного злочину – спеціальний, ним може бути тільки працівник державного або комунального закладу охорони здоров'я [2, с. 200].

Виходячи з аналізу судових рішень, у 90% проваджень мало місце звільнення від кримінальної відповідальності або у зв'язку з дійовим каяттям (ст. 45 КК), чи у зв'язку з передачею особи на поруки (ст. 47 КК). В деяких випадках укладалась угода про визнання винуватості.

Свої дії медичні працівники пояснюють, здебільшого, відсутністю належного матеріально-технічного забезпечення. Однак, судова практика показує, що до 25% злочинів вчиняються за наявності такого забезпечення. Тому, запобігання вчиненню злочинів за ст. 184 КК України має покладатися не тільки на державу, а й на медичних працівників, які повинні сумлінно виконувати покладені на них обов'язки.

Література:

1. Гавриш Т.Г. Як побороти злочинну аферу в медицині/ Т.Г. Гавриш// [Електронний ресурс].– Режим доступу: <http://life.pravda.com.ua/columns/2016/08/31/217342/>

2. Кримінальний кодекс України. Науково-практичний коментар: у 2 т./ за заг.ред. В.Я. Тація, В.П. Пшонки, В.І. Борисова, В.І. Тютюгіна. – Право. – 2013. – 1040 с.

3. Масол Д.І. Проблеми визначення змісту об'єктивної сторони злочину, передбаченого ч.1 ст. 184 Кримінального кодексу України/ Д.І. Масол// Трибуна дисертанта. – 2011. – № 5. – С. 91-92

4. Єдиний державний реєстр судових рішень. – Режим доступу: www.reyestr.court.gov.ua

Науковий керівник – к.ю.н., доц., Лемешко О.М.

*Миколайчик Т.І.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ВІДПОВІДНІСТЬ НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВЧОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИМ СТАНДАРТАМ

На сучасному етапі розвитку законодавчої бази існує безліч як міжнародно-правових, так і національних актів, які врегульовують суспільні відносини, що стосуються надання медичної допомоги.

Якщо проаналізувати Конвенцію Міжнародної організації праці, то її положення містять вимоги, які деяким чином мають відношення щодо медичної допомоги. Зокрема, ст.10 Конвенції МОП 1952 р. № 102 «Про міні-

мальні норми соціального забезпечення» перераховує медичні послуги, які повинні надаватися хоча б на мінімальному рівні. Допомога охоплює принаймні: а) у випадку хворобливого стану: I) загальну лікарську допомогу, зокрема візити додому; II) допомогу, яку надають фахівці стаціонарним або амбулаторним хворим у лікарнях, та допомогу, яку можуть надавати фахівці поза лікарнями; III) забезпечення найпотрібнішими медикаментами, які приписав лікар або інший дипломований спеціаліст, та ін. У ч. 2 ст. 10 Конвенції № 102 одержувач допомоги або його годувальник можуть бути залучені до участі у витратах, пов'язаних з медичною допомогою, що надається у зв'язку з хворобливим станом; правила, що регулюють цю участь, визначаються з таким розрахунком, щоб вона не виявилася непосильною. [1, с. 28]

Аналізуючи вищезазначену статтю, метою наданої допомоги є збереження, регенерація та покращення здоров'я людей, які її потребують, включаючи їхню працездатність та можливість власноручно вирішувати свої потреби.

Стаття 13 Конвенції МОП 1969 р. № 130 «Про медичну допомогу і допомогу у зв'язку із захворюванням» зазначає, що громадяни кожної з країн, що ратифікували цей документ, повинні одержувати принаймні такі види медичної допомоги: загальну лікарняну допомогу, зокрема допомогу на дому; допомогу, яку надають спеціалісти стаціонарним або амбулаторним хворим, і допомогу спеціалістів, яка може бути надана за межами лікарні, та ін[1, 30].

В Україні право на охорону здоров'я наведено у ч. 3 ст. 49 Конституції України, в якій встановлено, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. На нашу думку, особливої уваги заслуговує питання безоплатної медичної допомоги. Вона повинна реалізовуватись хоча б доступною, а цілком незахищені верстви населення мають отримувати державну підтримку.

Конституційний Суд України у справі про безоплатну медичну допомогу (№ 1/13-2002) вирішив, що положення ч. 3 ст. 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та 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.

Отже, слід зробити висновки, що велика кількість міжнародних нормативно-правових актів, в межах даного питання, не ратифікована Україною. Насамперед, ратифікація такого акта ще не означає реалізацію його положень на теренах держави як практично так і юридично. Метою наступних досліджень в межах даного питання повинні бути пропозиції покращення вітчизняного законодавства до вимог міжнародного.

Література:

1. Сенюта І. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я // Вісник Львівського університету. Сер. юридична. – Л., 2004. – Вип. 40. – С. 24-36.

*Нога П.П.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРОГАЛИНИ В ПРАВОВОМУ РЕГУЛЮВАННІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ (ВИПРОБУВАНЬ) В УКРАЇНІ

Метою правового регулювання клінічних досліджень лікарських засобів є: 1) захист прав осіб, які приймають участь у випробуваннях; 2) захист інтересів спонсора; 3) створення сприятливого інвестиційного клімату. Однак, існування прогалин в правовому регулюванні клінічних випробувань лікарських засобів не в повній мірі дозволяє досягти означених цілей. Зокрема це стосується:

Страхування клінічних випробувань. Так, в ст. 8 Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 № 123/96-ВР встановлюється обов'язок замовника клінічних випробувань лікарського засобу перед початком клінічних випробувань укласти договір про страхування життя та здоров'я пацієнта (добровольця) в порядку, передбаченому законодавством. Норма подібного змісту міститься і в наказі МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики» від 23.09.2009 № 690 (п.3.5). Тобто, спеціальні норми законодавства передбачають ще один вид обов'язкового страхування – життя і здоров'я пацієнта (добровольця). Однак, Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 №85/96-ВР не виділяє в якості обов'язкового такий вид договору страхування. Натомість, в ст. 5 закону про страхування встановлено заборону на здійснення обов'язкових видів страхування, що не закріплені цим Законом. Крім цього, предмет договору страхування при клінічних випробуваннях не відповідає Директиві 2001/20/ЕС. Відповідно до її положень, страхується не життя і здоров'я суб'єкта дослідження, а відповідальність спонсора.

Облік препаратів, які використовуються в клінічному дослідженні. Слід наголосити, що порядок такого обліку взагалі нормативно не врегульований (продовжує діяти наказ МОЗ СРСР від 02.06.1987 № 747, який є застарілим). Це в свою чергу породжує складнощі при проведенні бухгалтерських операцій.

При цьому слід пам'ятати, що лікарський препарат передається лікувально-профілактичному закладу на безоплатній основі і право власності залишається у спонсора клінічного випробування, отже, обліковується на позабалансових рахунках закладів охорони здоров'я [1, с. 22].

Також, на нормативному рівні не врегульовано питання стосовно повернення препарату спонсору, фіксації видачі препарату безпосередньо пацієнту. Тому, варто пам'ятати, що ці питання мають чітко вирішуватися на договірному рівні.

Утилізації і знищення препаратів, які використовуються в клінічному дослідженні. У ст. 23 закону про лікарські засоби встановлено, що неякісні лікарські засоби, включаючи ті, термін придатності яких закінчився, підлягають утилізації та знищенню. На підставі цієї норми розроблені Правила утилізації та знищення лікарських засобів, затверджені наказом МОЗ України від 24.04.2015 № 242 (далі – наказ №242). Однак, сфера дії наведених нормативних актів поширюється на комерційний обіг лікарських засобів і не

стосуються безпосередньо обігу препаратів, які використовуються в клінічних випробуваннях. Тому питання знищення досліджуваних препаратів та тих, які залишилися після клінічних випробувань, належним чином не врегульовано [2]. Також, у Настанові «Належна виробнича практика» (GCP) зазначається, що знищення досліджуваних лікарських засобів можливе лише за санкції спонсора, однак, наказ № 242 не містить такої вимоги, а отже знищення може відбутися і без відома спонсора.

Таким чином, зважаючи на значний публічний інтерес у сфері клінічних випробувань лікарських засобів, процедура їх проведення на нормативному рівні детально не регламентована. Під час правового регулювання відносин між сторонами клінічного випробування мають бути врегульовані питання страхування, обліку препаратів та їх утилізації.

Література:

1. Малиновська С., Світляк І. Обіг досліджуваного препарату: очікувані зміни у законодавчому регулюванні / С. Малиновська, І. Світляк // Медична практика: організаційні та правові аспекти. – 2013. – № 3. С. 21-23.

2. Дегтяров О. Регулювання клінічних випробувань: юридичні аспекти [Електронний ресурс] / О. Дегтяров // Щотижневик "Аптека". – 2015. Режим доступу до ресурсу: <http://www.apteka.ua/article/353718>.

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Губанова О.В.

*Оніщенко В.В.,
студент магістратури
ПІОІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

ПРОБЛЕМИ РОЗУМІННЯ ORDRE PUBLIC

Застереження про публічний порядок (ordre public) виступає одним зі способів обмеження принципу автономії волі сторін, що закріплено у ст. 12 Закону України «Про міжнародне приватне право» (далі – Закон). Основою вказаного застереження є розуміння поняття «основ правопорядку», проте у Законі не вказано жодної дефініції для аналізу. Єдиною вказівкою на обмеження свободи трактування досліджуваного застереження є ч.2 ст. 12 Закону, за якою відмова в застосуванні права іноземної держави не може ґрунтуватися лише на відмінності правової, політичної або економічної системи відповідної іноземної держави від правової, політичної або економічної системи України.

У випадку недодержання вказаного застереження, ч.1 ст.12 Закону встановлює два можливих способів вибору права: 1) право, яке має найбільш тісний зв'язок з правовідносинами; 2) право України, у випадку неможливості встановлення права. Важливо зазначити, що Регламент (ЄС) N 593/2008 Європейського Парламенту та Ради "Про право, яке підлягає до застосування щодо договірних зобов'язань ("Рим I")" у ст. 21 лише вказується можливість відмови у застосуванні обраного сторонами права у випадку явної несумісності з публічним порядком.

У Цивільному кодексі України вказано, що правочином, який порушує публічний порядок, вважається правочин, який був спрямований на порушення конституційних прав і свобод людини і громадянина, знищення, пошкодження майна фізичної або юридичної особи, держави, Автономної Республіки Крим, територіальної громади, незаконне заволодіння ним (ч.1

ст. 228). Перелік правочинів не є виключним, проте при цьому зазначається, що перелік об'єктів обмежується ст. 228 Цивільного кодексу України, що, в свою чергу можна звести до положень розділу II та частково до I та XI розділів Конституції України.

Міжнародна практика до досліджуваного застереження звертається також у випадках, щодо конфіскації майна без належної компенсації, контр-абандних договорів, підкупу державних службовців, обході імперативних норм іноземного права, наприклад валютного законодавства. Так, англійські суди відмовилися визнавати контракти, що обмежують торгівлю або укладені під впливом або під примусом, контракти про торгівлю з ворогом або порушують закони дружньої країни. При цьому зазначається, що, за виключенням вказаних договорів та питань статусу людини та громадянина, приклади заборони використання іноземного права на основі публічного порядку є поодинокими [1, с. 97].

Щодо міжнародного трактування поняття «недодержання основ правопорядку», то варто звернути увагу на доповідь М.Джуліано та П.Лагарде, у якій науковці зазначають, що несумісність норм повинна бути «явно вираженою», при цьому на суб'єкта правозастосування, зокрема суд, покладається обов'язок обґрунтувати виявлену невідповідність [2, с. 38]. Але, вважаємо, що спроба пояснити одне оціночне поняття іншим, не сприяє розумінню норми, і навіть з врахуванням цієї ознаки несумісності, її встановлення можна віднести до дискреційних повноважень суду.

Отже, застереження про публічний порядок виступає легальним обмеженням принципу автономії волі сторін. Проте його застосування є досить ускладненим у зв'язку відсутністю чіткого визначення «публічного порядку». На національному рівні публічний порядок базується на нормах про конституційний статус людини та громадянина та право власності. З аналізу міжнародної практики, ми прийшли до висновку, що закордоном вказане визначення є ширшим та включає в себе ряд інших інститутів. Також виділено умови використання застереження про публічний порядок, а саме, неможливість відмови на основі відмінностей правової, політичного та економічної системи та обґрунтованість відмови.

Література:

1. Канашевский В.А. Внешне-экономические сделки. Материально-правовое и коллизийное регулирование/ В.А. Канашевский. – М.:Wolters Kluwer,2008.-296 с.
2. Giuliano M. Report on the Convention on the law applicable to contractual obligations / M. Giuliano, P. Lagarde [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://aei.pitt.edu/1891/>.

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

Пантюх В.Ю.,

студент магістратури

ПЮІ НІОУ ім. Я. Мудрого

ПРАВОВА ПРИРОДА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Дослідження правової природи медичних послуг обумовлюється тим, що законодавство застосовує термінологію, котра до цього часу залишається не визначеною не тільки в нормативних актах, а й у медичній літературі.

Питання надання медичних послуг регламентуються Конституцією України, Цивільним кодексом України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, законами України «Про захист прав споживачів», «Про психіатричну допомогу», «Про екстрену медичну допомогу». Проте, на жаль, жоден із даних нормативно-правових актів не містить поняття медичної послуги.

Перш ніж розглядати поняття медичної послуги, варто навести дефініцію послуги. Так, відповідно до п. 17 ч. 1 ст. 1 ЗУ «Про захист прав споживачів» послуга – діяльність виконавця з надання споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб.

Як відмічає І. В. Венедіктова, послугам, притаманні наступні загальні риси: – надаються, як правило, при безпосередньому прямому контактному спілкуванню; – мають нематеріальний характер; – невід'ємні від суб'єктів надання послуги; – нездатні для зберігання, накопичення та перерозподілу; – виконуються системно або носять тривалий строковий характер; – характеризується чіткою адресованою спрямованістю; – їх результат може бути оцінений споживачем лише після його отримання і лише на рівні суб'єктивних уявлень та відносин; – бажаний для сторін результат може не настати, навіть при належному наданні і споживанні послуги [1, с. 45]. Вищезазначені риси надають можливість чітко окреслити загальні риси медичних послуг та їх особливості поміж інших видів діяльності в медичній сфері.

Як зазначалося, в чинному законодавстві України не визначено поняття медичних послуг, проте можемо звернутися до положень Проекту Закону про внесення змін до статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо визначення дефініції «медична послуга» № 2271а від 03.07.2015. Так, відповідно до даних положень, законодавці під медичною послугою пропонують розуміти послідовно визначені дії або комплекс дій медичних працівників, направлені на профілактику, діагностику, лікування захворювання та реабілітацію, які мають самостійне закінчене значення і визначену вартість. На сьогодні, даний законопроект не прийнятий та відправлений на доопрацювання. У свою чергу, І. В. Венедіктова відзначає, що медичну послугу можна визначити як корисну діяльність послугодавця, яка спрямована на задоволення потреб щодо здоров'я фізичної особи і має нематеріальний характер [1, с. 47].

Також, в контексті даного питання варто відмітити про необхідність розмежування понять медична допомога та медична послуга. Як відзначає вчена критерієм розмежування має бути оцінка: чи було вільне волевиявлення, чи «працював» владний припис [1, с. 47]. Варто наголосити на тому, що важливим моментом є аналіз державних медичних послуг. Як правило, надання державних послуг визнається державною функцією, а отже надається: а) за рахунок державного бюджету; б) з використанням майна, що заходиться у власності держави; в) працівниками, які отримують від держави заробітну платню [1, с. 48].

Таким чином, на законодавчому рівні відсутня дефініція медичної послуги, а тому необхідність тлумачення та закріплення на нормативно-правовому рівні даного поняття є необхідним та нагальним.

Література:

1. Венедіктова І. В. Правова природа медичних послуг / І. В. Венедіктова // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. – 2014. – № 5. – С. 44-48.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Романенко А.Ю.,
студент магістратури
ПЮІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ

В Україні питання щодо надання медичної допомоги особам, що мають невиліковні хвороби або знаходяться на останніх стадіях перебігу захворювання, стоїть дуже гостро. Однією із причин є недостатнє державне фінансування, тому не кожне місто нашої держави має лікарні хоспіси, іноді обмежуючись відділеннями паліативної допомоги при лікувально-профілактичних закладах в середньому на 50 ліжок на місто обласного значення. Але ще більш проблемним є питання надання паліативної допомоги дітям.

Ця тематика регулюється перш за все Законом України про «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ та Наказом МОЗ «Про порядок надання паліативної допомоги в Україні» № 41 від 21.01.2013. Однак, щодо надання такої допомоги дітям законом не врегульовано і до таких ситуацій застосовуються загальні норми. Я вважаю, що порядок надання паліативної допомоги дітям повинен бути врегульований окремо, в силу специфіки процесу лікування дітей.

У 2015 році Міністерство охорони здоров'я запропонувало затвердити Порядок надання паліативної допомоги дітям. Найбільш актуальні питання це : створення робочих груп для розробки формуляру лікарських засобів, застосовуваних при наданні паліативної допомоги дітям, для розробки положення про дитяче паліативне відділення, положення про дитячий хоспіс, положення про виїзну дитячу паліативну службу, положення про реєстр дітей, які потребують паліативної допомоги та відповідної обліково-звітної документації. На мою думку таке рішення є цілком доцільним. На сьогодні в Україні існує лише один хоспіс для дітей, що знаходиться в м. Івано-Франківськ, тому зазвичай діти залишаються в тих відділеннях, в яких проходять лікування.

Підсумовуючи слід зазначити, що питання паліативної допомоги дітям повинно бути вирішено у найближчий час, оскільки навіть загальна паліативна допомога є проблемною. Лише законодавчого закріплення буде недостатньо, оскільки потрібно створити цілу систему паліативної допомоги, що включатиме в себе медичну, психологічну, соціальну і духовну допомогу пацієнту і його рідним.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Скрипник А.В.,
студент магістратури
ПІОІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДСУДНОСТІ СПРАВ ПРО ЗАХИСТ ПРАВ СПОЖИВАЧІВ У ВІДНОСИНАХ З ІНОЗЕМНИМ ЕЛЕМЕНТОМ

Одним із засобів захисту порушених прав споживачів є судовий захист (ст.22 ЗУ «Про захист прав споживачів»), проте механізм його реалізації ускладнено у правовідносинах з іноземним елементом. Звернення до судів в Україні є поодиноким, а тому судова практика як така відсутня. Але чи можливо споживачеві знайти захист своїх порушених прав у судах України? Для відповіді на це питання проаналізуємо наявні в доступі судові рішення.

Споживач, який за договором купівлі-продажу не отримав товар з Китайської Народної Республіки, звернувся з позовом про захист своїх прав та стягнення коштів до місцевого суду. Проте позовну заяву було повернуто для подання до належного суду, виходячи з такого. Ч.1 ст.2 ЦПК України та ч.1 ст.414 ЦПК встановлюють, що правила підсудності справ з іноземним елементом врегульовуються, окрім ЦПК, ще й ЗУ «Про міжнародне приватне право» (далі – Закон 2709), зокрема ст.ст.75-77. Так, п.1 ч.1 ст.76 Закону 2709 визначає підставою визначення підсудності судам України її передбачення сторонами угодою (відповідно до позиції ВСС України – домовленість має бути досягнута у письмовій формі [1]). Окрім того, зазначена вище категорія справ не включена до переліку, передбаченого ст.77 Закону 2709. За відсутності завдання споживачеві шкоди внаслідок недоліків товарів, робіт (послуг) спір не може бути визнано підсудним судами України згідно з п.п.3,5 ч.1 ст.76 Закону 2709. Окрім того, місцевим судом було зазначено про неможливість поширення дії норм ЗУ «Про захист прав споживачів» на правовідносини, що виникли, оскільки тлумачення ст.4 цього акту дає підстави стверджувати про обмеженість дії його норм лише щодо продукції, яка реалізується саме на території України. Суд прийшов до висновку, що до правовідносин має бути застосоване правило загальної підсудності цивільних справ, закріплене в ч.2 ст.109 ЦПК (за місцем знаходження відповідача). [2]

Але із викладеної судом позицією погодитись не можна з таких мотивів. По-перше, ч.1 ст.55 Конституції України, тлумачення якої знайшло своє відображення у Рішення Конституційного суду України №9-зп від 25.12.1997 року (справа за зверненнями жителів міста Жовті Води), закріплює право людини на судовий захист, яке не може бути обмежене за жодних обставин, в тому числі – і шляхом тлумачення неоднозначно викладених норм законодавства. По-друге, перелік зазначених у ст.76 Закону 2709 випадків підсудності справ судам України не є вичерпним (п.12 ч.1 ст.76). По-третє, ключовим питанням у цих правовідносинах є розуміння конструкції «право, що застосовується до договору споживання» (ст.45 Закону 2709) – чи включає воно в себе право на судовий захист, чи ні. Формулювання ч.2 ст.45 Закону дає підстави стверджувати, що обране сторонами право може певним чином обмежити захист прав, а тому останнє включається до складу першого. За відсутності вибору права сторонами має застосовуватись особистий закон споживача (ч.3 ст.45 Закону 2709), в тому числі – і щодо судового захисту. Вчетверте, п.7 ч.1 ст.47 Закону 2709 застосовуване до договору право

включає в себе і наслідки його невиконання, яким, з-поміж інших, згідно з ч.2 ст.651 ЦК України є можливість його розірвання на вимогу сторони судом. Прямої вказівки на підсудність цієї справи суду іноземної держави законодавство України не містить. Виходячи з цього, апеляційним судом ухвалу про повернення позовної заяви було скасовано, а справу направлено на новий судовий розгляд, за результатами якого позов було задоволено [3].

Отже, право, що застосовується до договору, має охоплювати у своєму складі, в тому числі, право і порядок судового захисту, якому мають підкорятися процесуальні норми втілення останнього.

Література:

1. Лист Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ від 16.05.2013 року № 24-754/0/4-13. – Електронний ресурс (режим доступу): <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v-754740-13>

2. Ухвала Дніпровського районного суду м.Київ – Електронний ресурс. – Єдиний державний реєстр судових рішень. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/47433695>

3. Ухвала Апеляційного суду м.Київ – Електронний ресурс. – Єдиний державний реєстр судових рішень. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/46354254>

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

*Передибайло А.І.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ВИКОНАННЯ РІШЕННЯ СУДУ В УКРАЇНІ ЩОДО ІНОЗЕМЦІВ ТА ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА

Наразі процедура виконання рішень суду на території України є досить актуальною в аспекті можливості її застосування у повній мірі. Так, існує ряд нормативно-правових актів, які регулюють процес виконання відповідних рішень, серед яких виокремлюють Цивільний процесуальний кодекс України (Розділ X), Закон України «Про міжнародне приватне право» (Розділ XIII), а також Закон України «Про виконавче провадження».

Проте, що стосується порядку виконання рішень щодо окремих категорій осіб, то питання виникають у випадку, якщо боржником є фізична особа – іноземець або особа без громадянства, враховуючи потенціальні можливості залишити територію України у будь-який момент. За загальними положеннями ст. 26 Конституції України, а також ст. 77 Закону України «Про виконавче провадження» на таких суб'єктів поширюється національний правовий режим.

Відповідно до ч. 1 ст. 24 Закону України «Про виконавче провадження» вказано, що виконавчі дії провадяться державним виконавцем за місцем проживання, перебування, роботи боржника або за місцезнаходженням його майна, при цьому правила щодо місця виконання рішення поширюються виключно на територію України [1]. Водночас, у випадку зміни боржником місця проживання, процедура реагування на відповідні дії залишилася без будь-яких нововведень, що знову тягне за собою ряд проблем. Здебільшого це стає перепороною у провадженні подальших виконавчих дій, і як наслідок, наступним буде повернення виконавчого документа стягувачу після

з'ясування факту виїзду боржника за межі України за п. 5 ч. 1 ст.37 Закону України «Про виконавче провадження», а саме за неможливістю встановлення місця проживання, перебування боржника – фізичної особи.

З метою більш дієвої реалізації обов'язку щодо своєчасного і повного виконання рішення державний виконавець має вжити заходів щодо недопущення виїзду за межі України іноземця або особи без громадянства після відкриття виконавчого провадження і до повного виконання рішення. Правовою підставою такому є положення ч. 3 ст. 22 Закону України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства», в якій виїзд з України іноземця та особи без громадянства може бути тимчасово відкладено до виконання ним майнових зобов'язань перед фізичними та юридичними особами в Україні [2].

Проте виходячи із цієї норми, у випадку наявності у іноземця немайнових зобов'язань перед стягувачем, підстави для відкладення його виїзду за кордон відсутні, що суперечить п. 19 ч. 3 ст. 18 Закону України «Про виконавче провадження», у якому виконавець може звернутися до суду за встановленням тимчасового обмеження у праві виїзду на боржника, і при цьому неважливо, майнові чи немайнові зобов'язання виконує боржник [1]. Тому, варто усунути наявну неузгодженість норм Закону України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» і Закону України «Про виконавче провадження» в частині підстав для тимчасової заборони виїзду боржника іноземця за межі України.

Отже, на підставі вищенаведеного можна зробити висновок, що хоча процедура виконання рішення суду щодо іноземців та осіб без громадянства на законодавчому рівні закріплена, проте досі залишається відкритим питання вироблення механізму її реалізації, який належним чином впливля б на практиці. До того ж, варто узагальнити систему підстав для тимчасової заборони виїзду боржника іноземного суб'єкта за межі України для більш ефективного використання в різних ситуаціях.

Література:

1. Про виконавче провадження: закон України від 02. 06. 2016 р. № 1404-VIII // Відом. Верх. Ради України. – 2016. – № 30. – Ст.542.
2. Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства: закон України від 22. 09. 2011 р. № 3773-VI// Відом. Верх. Ради України. – 2012. – № 19-20. – Ст.179.

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

*Телик К.В.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ «МЕДИЧНА ДОПОМОГА» ТА «МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ»

В КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Життя і здоров'я людини визнається найвищою соціальною цінністю. Конституція України (ст. 49) гарантує право кожного на охорону здоров'я.

Відповідно до статті 6 Основ законодавства про охорону здоров'я (далі – Основ), право на охорону здоров'я охоплює низку складових, зокрема «кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір мето-

дів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я». У статті 3 Основ надається визначення медичної допомоги – це «діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами». Таким чином, можна виділити наступні ознаки медичної допомоги:

А) це певні дії, спрямовані на охорону здоров'я особи;

Б) це діяльність фізичних осіб;

В) надається професійно підготовленими медичними працівниками.

Г) особи, які надають медичну допомогу, мають перебувати в трудових, або перебувати із закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах (якщо мова йде про фізичних осіб-підприємців).

Легальне визначення поняття «медичне обслуговування» міститься в ст.3 Основ, це «діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою».

Таким чином, поняття «медичне обслуговування» є значно ширшим ніж поняття «медична допомога», та включає в себе:

- діяльність закладів охорони здоров'я – діяльність юридичної особи будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремленого підрозділу, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;

- діяльність фізичних осіб-підприємців, що мають відповідну ліцензію.

Таким чином можна виділити наступні відмінності:

- надання медичної допомоги позиціонується як діяльність фізичних осіб (медичних працівників), натомість поняття «медичне обслуговування» охоплює ширше коло суб'єктів;

- медична допомога направлена на «профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами», а медичне обслуговування спрямоване на «збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя», тобто надання медичної допомоги є лише одним із напрямків здійснення діяльності суб'єктами, які надають медичне обслуговування.

На нашу думку, формулювання, зазначене в ст. 6 Основ законодавства про охорону здоров'я «Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає кваліфіковану медичну допомогу» не є повним та не відповідає потребам людини, пов'язаним з охороною здоров'я. Вважаємо, що доцільно визначити як один із елементів права на охорону здоров'я право на «якісне медичне обслуговування», оскільки останнє є значно ширшим та охоплює регулювання не лише надання медичної допомоги, а й інших суспільних відносин, що виникають у сфері охорони здоров'я.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Федорченко Д.В.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРОБЛЕМИ КВАЛІФІКАЦІЇ КОЛІЗІЙНОЇ НОРМИ

Питання застосування колізійної норми у міжнародному приватному праві залишається певною мірою нез'ясованим, факторами які впливають на цей процес є розширення зв'язків між державами і постійне посилення міграції населення за кордон, що вимагає визначення меж застосування як національного, так й іноземного законодавства до відповідних правовідносин.

Формуванням єдиної практики щодо одноманітності застосування колізійних норм займалися такі науковці, О. О. Мережко, М. М. Богуславський, Г.С. Фединяк та інші.

У міжнародному приватному праві поняття кваліфікації має на увазі кваліфікацію відносини на підставі колізійної норми. Кваліфікація являє собою узагальнюючу велику кількість норм матеріального права або виражає загальний принцип міжнародного приватного права. Кваліфікації в такому випадку підлягають і обсяг, і прив'язка колізійної норми.

Колізійні норми в законодавстві різних країн можуть мати текстуально однакові обсяг і прив'язку і, таким чином, мати «ідентичний вигляд». Однак в силу «прихованих колізій» (різного змісту однойменних термінів) дію колізійних норм кожної правової системи буде забезпечувати «власне», відмінне від інших, регулювання правових відносин. Тому, у процесі застосування колізійної норми виникає проблема кваліфікації юридичних понять, що застосовуються в самому формулюванні колізійної норми, ці поняття «форма угоди», «рухоме і нерухоме майно» тощо не співпадають за своїм змістом у праві різних держав. Питання кваліфікації достатньо складне, і в доктрині немає однозначного підходу до його вирішення.

Ця проблема була виявлена в кінці XIX століття німецьким юристом Ф. Каном та французьким юристом Е. Бартеном [1, с. 169-170]. На думку Л. А. Лунца, історичні причини виникнення проблеми кваліфікації пов'язані з тим, що «з появою національних кодексів втратило значення римське право як джерело єдиних для Європейського континенту, юридичних понять. Національні кодекси, що з'явилися у XIX ст., призвели до того, що юристи різних країн стали висловлюватися на мовах різних юридичних понять» [2, с. 283].

Проблема кваліфікації має декілька рішень. Жодне з них не є абсолютним визнанням. Найбільш авторитетними визнаються два підходи – кваліфікація по праву держави суду (*lex fori*) та кваліфікація по праву, що регулює основні матеріальні відносини (*lex causae*).

На її користь першого підходу висловлюються такі міркування: 1) сутність кваліфікації полягає в підведенні відносин під колізійну норму; 2) тільки кваліфікація відносин згідно з правом держави суду (*lex fori*) здатна забезпечити єдність розуміння колізійної норми та єдиний правозастосовний результат в рамках однієї країни (внутрішня гармонія).

Що стосується використання кваліфікації по праву, що регулює основні матеріальні відносини (*lex causae*) необхідно зауважити, що будь-яке відношення і поняття, що зустрічаються в колізійній нормі, слід пояснювати по праву держави, з якою відносини більшою мірою пов'язані [1, с. 172].

Тож, як бачимо єдиного підходу до вирішення конфлікту колізійних норм в юридичній літературі не існує і, напевно, він буде знайдений в найближчий час.

Однак, на нашу думку, найкращим є метод автономної кваліфікації. Цей спосіб тлумачення колізійних норм звичайно не може бути основою діяльності національних правозастосовних органів. Однак з точки зору майбутнього права цій теорії слід приділити особливу увагу, так як загальні поняття, які повинні лежати у «фундаменті» колізійних норм, безумовно, існують, і їх необхідно встановлювати. Головний спосіб визначення і створення подібних понять – уніфікація і гармонізація колізійного та матеріального права, формування і розвиток регіонального та універсального міжнародного приватного права. Юридично автономна кваліфікація можлива не стільки в національному, а безпосередньо в міжнародно-правовому просторі. В даний час метод автономної кваліфікації є оптимальним для міжнародного комерційного арбітражу.

Література:

1. Толстых В. Л. Международное частное право: коллизионное регулирование / В. Л. Толстых. – СПб. : Изд-во Р. Асланова Юридический центр Пресс, 2004. – 526 с.

2. Лунц Л. А. Курс международного частного права : в 3-х т. / Л. А. Лунц. – М. : Изд-во Спарк, 2002. – Т. 1. – 1007 с.

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

Чальцев Д.В.,

студент магістратури

ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого

ДО ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ У МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ

Невпинний процес глобалізації призводить до тісного співробітництва держав майже у всіх сферах суспільного життя, не є виключенням і питання медичного характеру. Так, проблема трансплантації потребує більш детальної і ефективної правової регламентації, оскільки безпосередньо стосується життя пересічних громадян.

Питання трансплантації на міжнародному рівні закріплюється у Декларації стосовно трансплантації людських органів, Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права людини та біомедицину та ін. які ратифіковані Україною. У національному законодавстві також існує перелік нормативно-правових актів, які регулюють питання трансплантації, це Закон України «Про трансплантацію органів і анатомічних матеріалів» та Наказ МОЗ «Про затвердження Положення про Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин » та ін. В цих актах закріплюються положення водночас про заборону відплатної основи трансплантації і про забезпечення належної якості щодо надання послуг з трансплантації та ін. Але виникає запитання: якщо в країнах – учасниках даної конвенції банально не вистачає ресурсів для забезпечення вказаних положень законодавства яким чином вони повинні забезпечувати якість надаваних послуг? На Україну, також, покладається обов'язок з забезпечення вище вказаних положень законодавства.

Тут і постає питання про доцільність положення щодо заборони товарно – грошових відносин у трансплантології. Зокрема у країнах, які не визнають вимоги ООН та інших міжнародних організацій щодо заборони таких відносин, як то в Ірані та Китаї, якість надання послуг у сфері трансплантології говорить сама за себе. [1]

Також, ще одним проблемним моментом є презумпція незгоди яка діє у більшості розвинених країн світу. Вказаний принцип передбачає обов'язковість надання згоди на трансплантації анатомічних матеріалів донором за життя, або членів його сім'ї після смерті донора. Регламентція даного принципу міститься у ст.5 Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права людини та біомедицину[2], ст.17 Додаткового протоколу до Конвенції про права людини і біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини [3] та ін.

Виходячи з дослідження останніх законопроектів, що стосуються процесу трансплантації, можна побачити, що значний акцент робиться на необхідній зміні діючого принципу незгоди на принцип згоди. На нашу думку, це є недоцільним, оскільки принцип незгоди діє також для прикладу і в США, і показник пересадки органів в цій країні є найвищим завдяки чітко налагодженій системі трансплантації.[1]

Таким чином, підсумовуючи усе вище викладене, можна зробити висновки, що на сьогодні проблема суперечності у міжнародному правовому регулюванні процесу трансплантації призводить до нечіткого правового регулювання цього процесу на рівні національного законодавства. Тому пошук шляхів і способів вирішення цих проблем має бути однією з головних цілей міжнародного співтовариства в майбутньому.

Література:

1. Пашков В.М. Питання трансплантації як складова соціального експерименту в країні. [Електронний ресурс]/Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/382548>

2. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину [Електронний ресурс] Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/994_334

3. Додатковий протокол до Конвенції про права людини і біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини [Електронний ресурс]/Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_684

*Шепель С.О.,
студент магістратури
ПЮІ НІУУ ім. Я. Мудрого*

ЦИВІЛЬНО – ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Лібералізація приватно – правового сектору у галузі охорони здоров'я обумовила зростання ролі договору про надання медичних послуг, який відіграє роль головного юридичного механізму здійснення прав та законних інтересів його учасників і заохочення економічної доцільності приватної медичної діяльності, що обумовлює актуальність обраної тематики дослідження.

Вказана проблематика стала предметом вивчення таких науковців, як: С.Б. Булеци, А. А. Герц, Р. Майданика, А. М. Савицької та інших.

Необхідно зауважити, що вітчизняний законодавець не включив у правові рамки договір надання медичних послуг і тим самим закріпив у ст. 3 та ст. 627 Цивільного кодексу України (надалі – ЦК України)[1, Ст. 356] принцип свободи договору щодо вищенаведеного його різновиду, тобто можливість укладення будь – якого виду договору, що відповідає вимогам закону та моральним засадам суспільства.

На сьогоднішній день, поміж науковців не існує єдиної позиції стосовно місця договору надання медичних послуг в системі цивільно-правових зобов'язань. Так, деякі дослідники взагалі не розглядають дану категорію цивільно – правових договорів як самостійний інститут, інша група вчених вважають, що зобов'язання з надання медичних послуг є незалежним інститутом зобов'язального права [5, с. 195], а О.І. Смотров зазначає, що для регулювання вказаної категорії договорів необхідно застосовувати загальні положення стосовно договору про надання послуг, закріплені в ЦК України з урахуванням особливостей обумовлених предметом даних договорів, яким є медична послуга [6, с. 11].

Переважає більшість дослідників схиляються до позиції, що договори у сфері медичної діяльності є договорами щодо надання послуг [4, с. 274 – 276], під якими розуміється домовленість, згідно якої одна сторона (лікар, медичний заклад) зобов'язується надати відповідну медичну послугу за зверненням іншої сторони (пацієнта), спрямовану на відновлення та підтримання його здоров'я, а пацієнт приймає на себе зобов'язання сплатити за неї грошову суму, визначену в договорі. З огляду на це, на практиці під час укладення договорів при здійсненні медичної діяльності застосовують гл. 63, ст. 901 – 907 ЦК України, а також Основи законодавства України про охорону здоров'я[2], Закон України «Про захист прав споживачів»[3] тощо.

За правовою характеристикою договір надання медичних послуг є двостороннім, відплатним чи безвідплатним та консенсуальним. Йому притаманні ознаки публічного договору, що відображається на змісті суб'єктивних прав і обов'язків його учасників, а також, договору приєднання, тому що громадяни при зверненні до закладів охорони здоров'я погоджуються з усіма умовами, передбаченими в договорі, не маючи можливості внести які – небудь зміни.

Договір про надання медичних послуг має ряд особливостей, які відрізняють його від інших договорів про надання послуг. Так, договір повинен забезпечувати безпеку медичної послуги для пацієнта, оскільки часто виникає вірогідність проявів побічних шкідливих наслідків медичного впливу; не може включати ініціативних умов, висунутих як обов'язкові пацієнтом; йому властиве ініціативне надання виконавцем споживачу відомостей. [5, с. 214].

Таким чином, юридичною формою відносин суб'єктів, що приймають участь в медичній діяльності, являється цивільно – правовий договір. Внаслідок того, що національне законодавство не містить жодних норм присвячених безпосередньо договірній формі регулювання відносин щодо надання медичних послуг, на практиці виникає ряд проблем. Враховуючи викладене, з метою забезпечення всебічного захисту учасників медичних відносин, насамперед пацієнтів, як менш захищеної сторони договору, постала необхід-

ність додаткової законодавчої регламентації надання медичних послуг на договірній основі.

Література:

1. Цивільний Кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 40-44. – Ст. 356.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон від 19.11.1992 № 2801-XII// Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

3. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 № 1023-XII// Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – № 30. – Ст. 379.

4. Булеца С.Б. Договір про надання медичних послуг /С.Б. Булеца. // Актуальні проблеми держави і права: Зб. наук. праць. Вип. 51 /Редкол. С.В. Ківалов (голов. ред.) та ін.; відп. за вип. Ю.М. Оборотов.– Одеса: Юрид. літ-ра, 2009. – С. 273-278.

5. Булеца С.Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми: дис.... докт. юрид. наук : 12.00.03 / Булеца Сібілла Богданівна. – Одеса, 2016. – 437 с.

6. Смотров О.І. Договір щодо оплатного надання медичних послуг: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.03 – цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право /О.І. Смотров. – Харків, 2003. – 20 с.

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

*Яровий Ю.Є.,
студент магістратури
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ІНСТИТУТ ОБХОДУ ЗАКОНУ У МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ ТА ЙОГО СПІВВІДНОШЕННЯМ ЗІНСТИТУТОМ АУТОНОМІЇ ВОЛІ СТОРІН

Актуальність дослідження зумовлюється відсутністю єдиного підходу до співвідношення інститутів автономії волі сторін та обходу закону у міжнародному приватному праві.

Для розуміння суті інституту обходу закону необхідно звернутись до дослідження Є. Д. Боярського, який зазначає, що сутність справжнього обходу закону полягає в тому, що закон зовнішньо, формально дотримується, а порушується лише внутрішньо, по суті. При обході закону дотримуються літери закону, але нехтують його духом [2, с. 163].

А. О. Філіп'єв зазначає, що Закон України «Про міжнародне приватне право» закріпив один із найбільш важливих принципів сучасного міжнародного приватного права. Зокрема, п. 5 ч. 1 ст. 1 вищезазначеного закону вказує: «Автономія волі – принцип, згідно з яким учасники правовідносин з іноземним елементом можуть здійснити вибір права, що підлягає застосуванню до відповідних правовідносин» [3, с. 23].

Досліджуючи співвідношення досліджуваних інститутів, варто одразу підкреслити, що вони досить істотно різняться. При автономії волі сторони мають можливість встановити правопорядок шляхом домовленості. Домовленість про вибір права, відповідно до національного законодавства, може

бути здійснена явно вираженими діями або прямо впливати з дій сторін правочину, умов правочину чи обставин справи, які розглядаються в їх сукупності, якщо інше не передбачено законом. А при обході закону утворення прив'язки можливе лише за умови вчинення дії сторонами. Тобто сторони мають здійснити об'єктивно виражені акти волевиявлення, які мають юридичні наслідки й утворюють прив'язки до іншого правопорядку, ніж той, за яким мають регулюватись такі дії [1, с. 263].

До відносин, які містять у собі елементи публічного права, має застосовуватись інститут обходу закону як такий, що сприяє здійсненню встановленої мети у законі. У випадку, якщо відносини позбавлені публічної ознаки, повинен використовуватись принцип автономії волі сторін, оскільки в такому разі законодавець і суспільство не вбачають загрози в саморегулюванні відносин сторонами [1, с. 263].

Отже, ознайомившись з правовою природою досліджуваних інститутів та їхнім співвідношенням можна зробити висновок, що вказані інститути є самостійними за своїм змістом та не виключають один одного. Розмежування сфери дії даних інститутів необхідно, в першу чергу, здійснювати за різними видами відносин, що входять до предмета регулювання міжнародного приватного права.

Література:

1. Погорецька Н. В. Щодо питання про співвідношення інститутів автономії волі сторін та обходу закону у міжнародному приватному праві / Н. В. Погорецька // Вісник Чернівецького факультету Національного університету "Одеська юридична академія". – 2014. – Вип. 2. – С. 253-267. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vchfo_2014_2_25

2. Боярський Є. Д. Проблеми законодавчого визначення обходу закону в міжнародному приватному праві України / Є. Д. Боярський // Приватне право і підприємництво. – 2015. – Вип. 14. – С. 161-164. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppip_2015_14_41

3. Філіп'єв А. О. Вибір права та його обмеження в джерелах міжнародного приватного права ЄС та України: порівняльно-правовий аналіз / А. О. Філіп'єв // Адвокат. – 2012. – № 9. – С. 23 – 28. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/adv_2012_9_6

Науковий керівник – к. ю. н., ас. Шимко А.Р.

Аббасова Д.Л.,

студентка 31 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕХАНІЗМУ ЗАКУПІВЛІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЧЕРЕЗ МІЖНАРОДНІ ОРГАНІЗАЦІЇ

Проголосивши курс на інтеграцію у європейську спільноту, Україна зобов'язалася неухильно додержуватися норм міжнародного права. Одним із основних положень численних документів ООН є визнання життя і здоров'я людини найвищою соціальною цінністю, саме тому проведення ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я має стати атрибутом для будь-якої соціальної, правової держави.

Відповідно до ст. 49 Конституції України кожному гарантується право на безоплатну медичну допомогу, що залежить від здійснення державних закупівель лікарських засобів, які б максимально задовольнили потреби споживачів. У деякій мірі питання забезпечення населення лікарськими засобами стало предметом розгляду таких вчених і науковців як М.Я. Головенко, З.М. Мнушко, І.В. Пестун, В.М. Рудий. Однак комплексного дослідження даної проблеми проведено не було. Зважаючи на це, є досить актуальним проаналізувати фармацевтичне забезпечення лікування населення.

Порядок закупівлі лікарських засобів регулюється Законом України «Про публічні закупівлі» від 25.12.2015, новелою якого стала можливість заключати договори у сфері закупівлі лікарських засобів через спеціалізовані організації, які здійснюють такі закупівлі. Головною причиною виділення коштів на таку процедуру стала спроба подолати корумповані схеми тендерних закупівель, оскільки механізм фармацевтичного забезпечення через спеціалізовані установи передбачає абсолютну централізацію у розподілі профільним міністерством (МОЗ) отриманих ресурсів областям держави відповідно до їх потреб. Не менш важливим чинником внесення змін стала неспроможність України самостійно задовольнити потреби населення у забезпеченні вакцинами, що призвело до значного спалаху інфекційних хвороб, особливо серед підлітків.

На сьогодні, відповідно до звітів, оприлюднених МОЗ, Україна потужно співпрацює з такими міжнародними організаціями як ЮНІСЕФ, ПРООН та Grown Agens, які відповідно до програм співпраці мають поставляти державі гостродефіцитні медикаменти: вакцини для профілактики туберкульозу, правця, поліомієліту, коклюша і ряд інших не менш важливих лікарських засобів. Така співпраця підтверджується укладеним Меморандумом про надання послуг із закупівлі лікарських засобів і має низку переваг для держави, зокрема здійснено спрощений порядок реєстрації лікарських засобів, які підлягають закупівлі, що розширює доступ населення до більш якісної продукції, також відпадає необхідність витратити кошти для заміни міжнародної упаковки.

Однак незважаючи на значну кількість переваг, український законодавець детально не конкретизував на національному рівні механізм закупівлі лікарських засобів, обмежившись положенням, у вищезазначеному Законі,

відповідно до якого така співпраця проводиться на основі укладених між сторонами угод і спеціальними процедурними правилами таких організацій. Зокрема досі не врегульовано питання порядку ввезення і постачання такої продукції, відповідальність сторін за порушення взятих на себе зобов'язань. Постанова КМУ від 22 липня 2015 року № 622 аналогічно здійснює відсилку до положень укладених договорів. На нашу думку, така невизначеність може призвести до гальмування процесу поставки лікарських засобів, що власне і сталося на практиці, відповідно до звітів МОЗ, замовлені ще у 2015 році лікарські засоби Україна отримає у повній мірі лише на кінець поточного року. Однією із причин такої затримки є невизначеність Україною порядку поставки лікарських засобів. Ряд прийнятих нормативно-правових актів, що регулюють ці питання містить декларативні положення, які залишаються лиш на папері, оскільки відсутній реальний механізм їх застосування. Саме тому законодавцю необхідно впорядкувати відносини надання послуг із закупівлі лікарських засобів через спеціалізовані організації, які здійснюють такі закупівлі, надати їм юридичної визначеності, оскільки введена новела дійсно є значним поштовхом у розвитку охорони здоров'я та забезпечення населення безоплатною медичною допомогою.

Отже, орієнтир на вищенаведені особливості, сприяв би вирішенню описаних проблем і посилив би позиції України на міжнародній арені як правової, соціальної держави, у якій життя і здоров'я людини визнається найвищою соціальною цінністю.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

Абраменя Є.І.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ МЕДИЧНИХ КАРТОК В УКРАЇНІ

На даний момент питання доцільності запровадження електронних медичних карток є дискусійним. Думки щодо необхідності зміни паперових медичних карток на електронні у суспільстві розділилися, тому дослідження даної тематики є досить актуальним.

Зі стрімким розвитком передових технологій та інформаційної техніки, а також удосконаленням медицини перехід від паперових медичних карток до їх електронних аналогів є виправданим кроком. Але виникають питання про переваги та недоліки таких медичних карток.

Впровадження електронних медичних карток пацієнтів є ініціативою Міністерства охорони здоров'я України. Найголовнішою метою їх запровадження виступає систематизація та аналіз інформації про стан здоров'я пацієнта в населення в цілому. Відповідно до проекту, доступ до даних медичних карток зможе здійснювати лише лікар та сам пацієнт, а внесення інформації здійснюватиметься медичним працівником з дозволу пацієнта. До медичної картки буде вноситися вся можлива інформація про пацієнта: ідентифікаційні дані, стан здоров'я, клінічні захворювання, результати обстеження та досліджень і т. д.

Правове регулювання питання медичних карток передбачене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 № 110 "Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх

заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування". Відповідним наказом у пунктах 1.2 та 1.9 затверджена форма первинної облікової документації № 003/о "Медична карта стаціонарного хворого" та форма первинної облікової документації № 025/о "Медична карта амбулаторного хворого".

Відповідно до пункту 25 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 025/о "Медична карта амбулаторного хворого" у разі якщо ведення форми № 025/о буде здійснюватися в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії. А дані щоденника мають бути роздруковані та засвідчені підписом лікуючого лікаря. Відповідно до пункту 9 та 10 Порядку ведення електронного реєстру пацієнтів Вінницької, Дніпропетровської, Донецької областей та міста Києва користувачами Реєстру є працівники закладів охорони здоров'я, які несуть персональну відповідальність за достовірність відомостей, які вносяться до Реєстру.

Отже, запровадження системи електронних медичних карток пацієнтів є доцільним та необхідним у нашій державі, насамперед через її зручність. У країнах Європейського Союзу вже здійснена систематизація інформації про стан здоров'я пацієнта. В Україні, нажаль даний процес гальмує насамперед, брак фінансування сфери охорони здоров'я.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Аброян А.А.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПЛАСТИЧНА ХІРУРГІЯ: СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Пластична хірургія – це медична галузь, що займається операціями, спрямованими на усунення деформацій і дефектів органу, тканини або поверхні людського тіла. Основна мета пластичної хірургії – відновити хворому втрачену або недостатню гармонію форм, розмірів і обсягів. Сьогодні дана галузь поєднує в собі передові і високотехнологічні процеси і методи хірургії з творчими можливостями хірурга, від якого залежить як результат операції, так і післяопераційний період. Актуальність даного питання викликана створенням культу краси у світовій культурі, а також поширенням і простотою доступу до даних медичних послуг.

Багато людей незадоволені своїм зовнішнім виглядом через різні фактори і готові йти на ризик проведення певних видів операцій, хоч ті і можуть призвести до негативних наслідків. На загальному фоні користувачів даними послугами слід виділити категорію людей які мають дисморфічний розлад. Дисморфофобія – психічний розлад, при якому людина надмірно занепокоєна та зайнята незначним дефектом або особливістю свого тіла. Дослідження показали, що дисморфофобія зустрічається у 0,7–1,1 % людей і 2–13 % недіагнованих випадків, і враховуючи дедалі вищий ступінь популяризації краси, дані люди все частіше звертаються до пластичних хірургів, але через хворобу залишаються незадоволеними своєю зовнішністю і знову повертаються до клінік пластичної хірургії, а хірурги проводячи операції не лише ризикують здоров'ям пацієнта, а ще дужче погіршують їхній стан. У разі ж відмови хірурга від операції, особа легко може знайти іншого лікаря, який здійснить дану операцію, навіть незважаючи на його рівень кваліфікації і досвіду.

Особливість пластичної хірургії полягає також у тому, що на сучасному етапі розвитку вона може змінити практично будь-яку ділянку тіла чи обличчя, а тому особам надається надзвичайно широкий перелік пропозицій по зміні зовнішності. Найпопулярнішими у світі є операції з корекції капловухості, корекція носу, підборіддя і вух, підтяжка обличчя, корекція губ, ін'єкції із застосуванням ботоксу, ліпосакція в області живота і талії, збільшення, зменшення і корекція грудей. Також надзвичайно поширеною є омолоджуюча хірургія, до послуг якої звертаються люди віком від 40 років. Прагнення залишатись молодим змушує чоловіків і жінок ставати в черги до пластичних хірургів. Але коли жінки намагаються повернути собі молодість і стати такими, як вони були у 20 років, то чоловіки звертаються до даних послуг, щоб зберегти свій респектабельний вигляд для роботи.

Слід зауважити, що після операції змінюється як внутрішній так і зовнішній стан людини. Людина не зможе забути операцію, в неї може змінитись самооцінка, а отже і життєвий баланс людини. Зовнішні фактори після операції також впливають на особу, оскільки інші люди по різному можуть відреагувати на зміну зовнішності, і особа замість схвалення може бути розкритикована.

Отже, підсумовуючи вищезазначене, слід зробити висновок, що пластична хірургія відкриває широке коло можливостей для зміни зовнішності, і хоч її первинною метою було відновлення тканин після травм, зараз вона носить переважно косметичний ефект. Також слід відмітити відсутність нормативного регулювання даного питання, тому виникає необхідність створення законодавства в даній сфері. Важливу роль також відіграють ризики пов'язані з операціями і післяопераційним періодом, оскільки науково підтверджена імовірність виникнення у осіб залежності від пластичних операцій, що в подальшому трансформується в негативний вплив на організм через постійні хірургічні втручання.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Авраменко А.І.,
студентка 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

Якісний захист права фізичної особи – пацієнта на таємницю про стан свого здоров'я безпосередньо впливає на рівень довіри населення до системи охорони здоров'я. Так, підкреслюючи важливість такого права, законодавець на конституційному рівні закріпив гарантію конфіденційності особистої інформації про людину (ст. 32 Основного Закону України).

Досліджуючи важливість захисту даних про стан здоров'я пацієнта важливо особливу увагу приділити Міжнародному кодексі медичної етики 1949 р. Саме він встановлює, що лікар повинен зберігати в абсолютній таємниці все, що він знає про свого пацієнта в силу довіри, що чиниться йому.

Отже, досліджуючи проблеми сучасного регулювання лікарської таємниці визначимо, що у ст. 39-1 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (Далі – Основи законодавства) йдеться про «право на таємницю про стан здоров'я».

Майже ідентичне визначення терміну «право на таємницю про стан здоров'я» встановлює Цивільний Кодекс України. Так, відповідно до ст. 286 Цивільного Кодексу України фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні.

Поруч з терміном «право на таємницю про стан здоров'я» законотворець використовує і термін «лікарська таємниця».

Так, у ст. 40 Основ законодавства лікарська таємниця визначається як відомості про хворобу, медичні обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, які стали відомі медичним працівникам та іншим особам у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків, і не можуть бути розголошені, крім передбачених законодавчими актами випадків.

Згідно із Законом України «Про донорство крові та її компонентів» до лікарської таємниці відносять відомості про перенесені та наявні захворювання особи-донора, про вживання нею наркотичних речовин та властиві їй інші форми ризикованої поведінки, що можуть сприяти зараженню донора інфекційними хворобами, які передаються через кров і за наявності яких виконання донорської функції може бути обмежено.

Вже в Законі України «Про психіатричну допомогу» законотворець використовує термін «конфіденційність відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги». При цьому, вказаний акт не містить визначення інформації, яка потребує захисту.

Така, на нашу думку, на сьогодні існує неузгодженість понятійного апарату в сфері захисту відомостей про стан здоров'я пацієнта. Внаслідок наведеного можуть виникають проблеми в процесі охорони конституційного права на конфіденційність особистої інформації про людину в галузі охорони здоров'я.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Александрова Є.,
студентка II курсу
ПЮК НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

КОРИСТЬ І ШКОДА ПРОТЕЇНІВ ДЛЯ РОСТУ М'ЯЗІВ, ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ

Спортивне харчування суттєво відрізняється від звичайного і звичного для простих людей. Особливо важливо включати в свій раціон протеїни, саме вони забезпечують ріст м'язів.

У перекладі з грецької мови таке слово означає «перший», і це неспроста. По-іншому його називають білком. Білок має складну будову, до його складу входять різні амінокислоти, а також азот і багато іншого. Білки є буквально цеглинками, будівельними елементами для найрізноманітніших клітин організму. Вони формують кісткову тканину, деякі компоненти крові, імунні клітини, деякі гормони, важливі ферменти і багато іншого. Але особливе значення має м'язова тканина, вона без білків буде виснажуватися і просто не зможе нормально функціонувати, а вже без м'язів стане неможливим навіть пересування людини.

Відразу варто зазначити, що білки в організмі залишатися і тим більше накопичуватися ніяк не можуть, вони постійно витрачаються. А це означає,

що потрібно безперервно заповнювати запаси і забезпечувати постійне надходження протеїнів. На частку білка припадає 30% загальної кількості всіх поживних речовин, що надходять в організм.

Для дорослої людини, ведучої досить активний спосіб життя, але яка не піддається серйозним і інтенсивним навантаженням, цілком вистачить 80-100 грамів протеїну (залежно від маси тіла). А ось спортсмени дози поживні збільшити в два рази, так як для росту м'язів потрібна підвищена кількість білка, інакше м'язова тканина просто не буде отримувати належного харчування.

Білки містяться, в основному, в продуктах тваринного походження, наприклад, у м'ясі, рибі, морепродуктах, молоці і молочних продуктах. Але й рослинна їжа теж може міститися білок. Так, він міститься в деяких бобових, в насінні, а також у горіхах.

Але з продуктів харчування часто білок не може засвоюватися повністю і повноцінно. І тут на допомогу приходять спеціальні протеїнові препарати, які добре відомі всім спортсменам. Вони являють собою порошки на тваринній або рослинній основі. Тваринний білок засвоюється набагато краще і швидше, ніж рослинний. А сироваткові протеїни – найкращий варіант. Але важливо пам'ятати про те, що будь-який вид при деяких обставинах може заподіяти шкоду.

Користь протеїнів давно доведена і відома. Ось деякі їх властивості:

1) вони просто необхідні для росту м'язів. Якщо білок не буде надходити в організм, то м'язовий тонус може знизитися, також може розвинутися і м'язова дистрофія. А це може призвести до серйозних ускладнень, наприклад, до часткової втрати рухливості кінцівок;

2) білок необхідний майже всім системам організму, так що при його дефіциті може погіршитися функціонування більшості органів;

3) протеїни безпосередньо впливають на склад крові, нормалізують рівень гемоглобіну, який, у свою чергу, відповідає за доставку до всіх тканин і клітин кисню;

4) білок входить до складу імунних клітин, а це означає, що без нього не зможе нормально функціонувати імунна система. Дефіцит призведе до зниження імунітету і, як наслідок, до частих хвороб;

5) за допомогою протеїнів в організмі відбувається вироблення особливих ферментів, що відповідають за обмінні процеси. Нормальний метаболізм – гарантія правильної роботи всіх систем і нормалізації ваги;

6) від протеїнів залежить і гормональний фон, агормони, як відомо, регулюють роботу деяких систем і органів;

7) білок нормалізує мозкову активність і в якійсь мірі відповідає за інтелект.

Без білків прожити ніяк не можна, але їх надлишок може заподіяти шкоду здоров'ю і організму. Ось деякі можливі загрози:

1) перш за все, слід пам'ятати про ризик алергічних реакцій (наприклад, на молочний білок);

2) при деяких захворюваннях органів травлення надходять протеїни просто не зможуть перероблятися. Наприклад, таке можливо при нестачі певних ферментів;

3) якщо продукт неякісний, то він може заподіяти шкоду здоров'ю, так як до складу можуть входити шкідливі штучні добавки, ГМО або ж зіпсовані компоненти;

4) так як надлишок білків виводять нирки, то при зловживанні протеїнами вони будуть постійно страждати через регулярні перевантаження. Через це може розвинутися ниркова недостатність;

5) при постійному вживанні білків можуть порушитися функції травлення (білки перетравлювати досить складно), так що слід робити перерви і не перевищувати дозування;

6) застосування сироваткового білка може спровокувати виникнення проблем зі шкірою, наприклад, поява вугрової висипки або прищів;

7) соєвий білок містить фітоестрогени – речовини, за дією схожі з естрогенами (це жіночі статеві гормони). І якщо такі речовини будуть постійно і у великих кількостях надходити в чоловічий організм, то неодмінно виникне гормональний дисбаланс.

Рекомендації щодо того, як потрібно приймати білок для росту м'язів, щоб мінімізувати або повністю запобігти можливу шкоду:

1) норма залежить від ваги і від способу життя. Так, при помірних навантаженнях на один кілограм ваги має припадати приблизно 1-1,5 грама. За умови інтенсивних тренувань і при нарощуванні м'язів цю кількість слід збільшити до 2-3 грамів;

2) потрібно враховувати кількість білка, що надходить з їжею, щоб уникнути передозувань;

3) щоб протеїни виводилися нирками і не перевантажували їх, потрібно вживати достатню кількість рідини (мінімум два літри в день);

4) порошки можна розводити у воді, соку, молоці або інших напоях;

5) добову норму краще розділити на кілька разів, наприклад, на 4-5 (що відповідає кількості прийомів їжі у спортсменів). Вранці і після тренування (протягом двох годин) можна прийняти більше, решту вживати в перервах між прийомами їжі;

6) якщо приймати протеїни на ніч, то краще вибрати ті, що засвоюються довго, наприклад, казеїни.

Отже, залишається лише додати, що в усьому потрібні міра і системний підхід. Так що потрібно не допускати помилок і дотримуватись рекомендацій.

Науковий керівник – викладач фізичного виховання М'якота О.Г.

Андрієнко О.С.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Конституція України, як основний закон нашої країни, проголошує право кожної особи на охорону здоров'я та медичну допомогу. Дане право є проявом соціального характеру держави, а взаємозв'язок з найціннішою категорією життя – здоров'ям – ставить це право під особливу охорону та забезпечення. Сьогодні механізм реалізації права на медичну допомогу регулюється масивом норм українського законодавства, проте в той же час,

існує проблема надання неякісної медичної допомоги з порушенням прав людини та громадянина. Однією з гарантій права на охорону здоров'я є встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я.

Правовою основою відповідальності медичних працівників виступає в першу чергу Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а також Кодекс України про адміністративні правопорушення, Кримінальний кодекс України, Цивільний Кодекс України. Важливим документом, на нашу думку, виступає Лист Міністерства юстиції України «Відповідальність медичних працівників» від 20.06.2011. Цей акт хоча і не має юридичної сили закону, проте досить детально і чітко роз'яснює загальні положення відповідальності працівників, що є важливим для розуміння сутності цього явища.

Відповідно до ст. 80 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством. Проте, одразу необхідно зазначити, що відповідно до ст. 34 цього ж Закону лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму. Тому на практиці часто трапляються випадки, коли лікарі посилаються саме на цю норму закону, звертаючи увагу на відсутність причинено-наслідкового зв'язку між діями та наслідками.

Відповідальність в медичному праві може бути цивільно-правовою, кримінальною та адміністративною. Особливістю є те, що суб'єктом відповідальності може бути як особа-медичний працівник, який безпосередньо здійснює професійну діяльність, так і медичний заклад, в якому працює даний працівник. Наприклад, до кримінальної відповідальності відповідно до ст. 139 Кримінального Кодексу України може бути притягнута лише особа, яка є медичним працівником, незалежно від рівня медичної освіти та закладу, де вона працює.

Натомість, варто зазначити, що більшість медичних працівників здійснює свою професійну діяльність, перебуваючи у трудових відносинах з закладами охорони здоров'я. В такому разі, відповідно до ст. 1172 Цивільного Кодексу, юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Це означає, що якщо медичний працівник є працівником певного закладу охорони здоров'я відповідно до трудового законодавства, то, у разі завдання ним шкоди, цивільно-правову відповідальність буде нести заклад охорони здоров'я, і вже потім в порядку регресу винний медичний працівник. Але така норма, на нашу думку, є більш актуальною для закладів охорони здоров'я приватного типу, так як заклади охорони здоров'я, які утримуються за рахунок державного або місцевого бюджету досить часто не мають коштів для відшкодування такої шкоди.

Отже, відповідальність в медичному праві може бути цивільно-правовою, кримінальною та адміністративною. Як суб'єкт відповідальності розглядається і сам медичний працівник, так і заклад охорони здоров'я, в якому він здійснює свої професійні обов'язки. Відповідальність може настати лише у разі наявності вини та шкоди, а також за наявності причинено-

наслідкового зв'язку між цими категоріям. Переважна більшість позовів, що пред'являються пацієнтами до закладів охорони здоров'я є позовами про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, завданої ушкодженням здоров'я, спричиненого медичною допомогою неналежної якості.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Антоненко В.В.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ

Комплексність розуміння права людини на здоров'я окреслено широким колом елементів цього права, включеним до структури особистих немайнових прав, що забезпечують природне існування фізичної особи. До них можна віднести: право на усунення небезпеки, що загрожує життю та здоров'ю, право на охорону здоров'я, право на захист життя і здоров'я, тощо.

В Україні останніми роками почастишали випадки, коли до фармацевтичних працівників звертаються особи, яким необхідно швидко надати домедичну допомогу, однак в наданні такої допомоги працівники аптечних закладів відмовляють (особливо коли при цьому необхідно використовувати лікарські засоби чи вироби медичного призначення, які не були придбані). Різка погіршення здоров'я може спричинити безліч об'єктивних або суб'єктивних факторів (поранення, загострення хвороби, алергічна реакція, тощо).

В цьому випадку виникає декілька питань, зокрема: чи зобов'язаний працівник закладу охорони здоров'я (аптеки, аптечного пункту) надати домедичну допомогу, яку відповідальність він буде нести за відмову у наданні такої допомоги, чи повинен фармацевтичний працівник надати необхідні вироби медичного призначення або лікарські засоби навіть якщо вони не були придбані особою?

Відповідно до ст. 78 закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» фармацевтичні працівники зобов'язані надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях. Однак, в ст. 1 вищевказаного закону зазначається, що медична допомога є діяльністю професійно підготовлених саме медичних працівників (а не фармацевтичних), спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Поняття «невідкладна медична допомога» не міститься в законі України «Про екстрену медичну допомогу», але п. 4 ч. 1 ст. 1 цього ж закону містить визначення поняття домедична допомога (це невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи). Тобто, незважаючи на відсутність термінологічної єдності, фармацевтичні працівники зобов'язані надати принаймні домедичну

допомогу, навіть незважаючи на відсутність в особі засобів чи коштів для купівлі таких засобів надання допомоги. У випадку коли протиставляються інтереси суб'єкта господарювання (у вигляді отримання доходу) та інтереси особи (право на надання медичної послуги), фармацевтичні працівники мають керуватися принципом, закладеним ст. 3 Конституції України.

Також, зважаючи на те, що фармацевтичний працівник перебуває у трудових відносинах, на нього поширює дію положення трудового законодавства. За ст. 153 Кодексу законів про працю України та ст. 18 Закону України «Про охорону праці» на кожному підприємстві, установі, організації проводиться інструктаж з охорони праці на підставі Інструкції з охорони праці, в тому числі це стосується і фармацевтичних працівників. В інструкціях окремим пунктом зазначено про обов'язок надання першої невідкладної медичної допомоги кожним працівником. Порушення зазначених вимог призводить до дисциплінарної відповідальності, а в деяких випадках і до кримінальної відповідальності.

Таким чином, нами було встановлено, що фармацевтичні працівники зобов'язані надавати долікарську медичну допомогу кожній особі доступними лікарськими засобами та виробами медичного призначення в будь-якому випадку під загрозою дисциплінарної, кримінальної відповідальності.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Артеменко А.О.,
студентка 44 групи,
ПІОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

Сучасний етап розвитку науки і техніки дає можливість подолати навіть таку проблему, як безпліддя. До заходів медичного впливу, стимулюючі репродуктивні процеси, крім відомого штучного запліднення додалося так зване сурогатне материнство, при якому ембріон зачатий в пробірці, переноситься в організм так званої сурогатної матері для виношування і народження дитини з подальшою передачею дитини її генетичним батькам.

Актуальність правового забезпечення сурогатного материнства зумовлена недосконалістю нормативного регулювання проблем, які виникають як під час укладання договору, так і після народження дитини. Даною проблематикою займалися А. О. Пестрикова, А. С. Коломієць, Т. Е. Борисова, О. Михальчук, С. П. Журавльова та інші. Проте залишається велика кількість питань у цій галузі, які потребують свого вирішення.

Для початку слід зазначити, що сурогатне материнство цілком законне на території України. Нормативною базою у цій сфері виступає: ч. 2, 3 ст. 123 Сімейного кодексу України; п. 11 «Правил державної реєстрації актів громадянського стану в Україні», затверджених Наказом Мін'юсту України № 52/5 від 18.10.2000 року; «Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я від 09. 09. 2013 №787; ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Відповідно до положень ч. 2 ст. 123 Сімейного кодексу України «у разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям

в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, батьками дитини є подружжя». Наведені положення покликані захищати права та інтереси генетичних батьків та дитини.

Що стосується правил оформлення документів при народженні дитини сурогатною матір'ю, слід керуватися положеннями Правил реєстрації актів громадянського стану в Україні. Згідно з п. 2.2. Правил у разі народження дитини жінкою, якій було імплантовано зародок, зачатий подружжям, реєстрація народження проводиться за заявою подружжя, яке дало згоду на імплантацію. У цьому разі одночасно з документом, що підтверджує факт народження дитини цією жінкою, подається засвідчена нотаріусом її письмова згода на запис подружжя батьками дитини. При цьому, в графі «Для відміток» робиться відповідний запис: матір'ю дитини згідно з медичним свідоцтвом про народження форми № 103/о-95 є громадянка (прізвище, ім'я, по батькові).

Щодо правового регулювання медичних аспектів застосування програми сурогатного материнства, то слід звернути увагу на положення «Умов та порядку застосування штучного запліднення та імплантації ембріона (ембріонів) та методів їх проведення». В Україні ще не повною мірою пройшла адаптація суспільства до розвитку медицини в галузі репродуктивних технологій, тому в правовому регулюванні питання сурогатного материнства є такі недоліки:

- 1) відсутність єдиного, спеціального нормативно-правового акта який би детально регламентував таку процедуру;
- 2) закріплення орієнтовного змісту договору про виношування дитини;
- 3) врегулювання таких наслідків договору сурогатного материнства, як: народження декількох дітей; народження дитини з вадами розвитку; відмова Потенційних батьків від народженої дитини тощо.

Таким чином, українське законодавство відкриває широкі можливості для реалізації права на батьківство і материнство шляхом застосування методу сурогатного материнства. Разом з тим, необхідно уважно ставитися до проходження всіх необхідних юридичних кроків у цій сфері, з тим, щоб захистити як інтереси майбутньої дитини, так і власні інтереси.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Бабенко С.В.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

КЛОНУВАННЯ ЛЮДСЬКОГО ОРГАНІЗМУ, ЯК ЕТИКО-ПРАВОВА ПРОБЛЕМА СУСПІЛЬСТВА

Науково-технічний прогрес є органічною складовою сучасної цивілізації. На нашу думку, розвиток науки і техніки, особливо якщо він є безконтрольним, приховує у собі значну небезпеку. Однією з таких небезпек є клонування.

Клонування – це метод розмноження статевороздільних істот (тварин та людей), за допомогою якого у безстатевий спосіб можна отримати новий організм, що буде генетично ідентичним до організму, який мається на меті клонувати. Варто зазначити, що клонування людини породжує перед наукою велику кількість нерозв'язаних проблем і незрозумілих питань. Незважаючи

на все, 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.

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

На нашу думку, незважаючи на те, що клонування є значним досягнення науки, воно несе потенційну небезпеку для людства. Клонування це проблема не тільки медична, чи правова, а й етична.

Ми відстоюємо позицію, що клонування повинно бути заборонено, це підтверджується такими фактами:

1) клонування порушує людську гідність, зводить людське життя до рівня «біологічного матеріалу»; 2) клонування відділяє сферу дітонародження від правдивого людського контексту подружнього акту; 3) засвідчує відсутність поваги для людських ембріонів, які будуть знищені, щоб успішно могла відбутися репродукція цього типу. 4) клонування – це радикальна маніпуляція розмноженням людини, при якій порушуються особові відносини між батьками та дітьми, що може призвести до зникнення поняття сім'ї та сімейних стосунків; 5) клонування є недопустимим з огляду на гідність клонованої особи, оскільки кожна людина має право на свою унікальність та неповторність; 6) створення «клонів» живих осіб виключно як джерела для трансплантації органів є зведенням людини до рівня предмету вжитку, що цілковито недопустимо з точки зору християнського персоналізму.

Отже, проаналізувавши основні аспекти клонування людини, ми можемо зробити висновок, що клонування несе загрозу людству і не має права на існування.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Олефір А. О.

Бабій Ю.С.,

студентка 2 курсу

ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

У зв'язку із розвитком права у цивільно-правових відносинах з'являються нові форми договорів, що суттєво відрізняються від типових. До них належить договір про надання медичних послуг, окремі проблеми якого є недостатньо розкритими у вітчизняній науковій літературі, зокрема питання про предмет такого договору.

В Україні відносини, пов'язані з наданням медичних послуг, регламентуються Конституцією України (стаття 49 якої закріплює право грома-

дзя на безоплатну медичну допомогу і державний та комунальних закладах охорони здоров'я і одночасно гарантує розвиток лікувальних закладів усіх форм власності), загальними положеннями Цивільного кодексу України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, законами України "Про захист прав споживачів", "Про екстренну медичну допомогу", а також міжнародно-правовими стандартами. Проте в державі не існує єдиного нормативно-правового акту, що регулює надання платних медичних послуг.

Договір про надання медичних послуг – це договір, згідно з яким виконавець (приватний заклад охорони здоров'я, лікар, що практикує приватно) надає медичні послуги пацієнту відповідно до умов договору, з дотриманням вимог медичних стандартів [1, С.55]. Відповідно до ознак цей договір є консенсуальним, оплатним, двостороннім правочином з надання медичних послуг.

У доктрині медичну послугу відносять до категорії особистих немайнових благ, адже саме за допомогою медичної послуги досягається мета правовідносин – поновлення чи збереження здоров'я, реабілітація хворих, запобігання захворюванням тощо. Таким чином, між лікувальним закладом і пацієнтом існують зобов'язання немайнового характеру.

Суб'єктами договору щодо надання медичних послуг виступають, з одного боку, недержавна комерційна медична організація, робітники якої можуть надати відповідні медичні послуги (або особа, що займається приватною медичною практикою), з другого – фізична особа, що їх потребує [2, С.332].

Предметом договору є надання медичної послуги, що споживається в процесі вчинення дій або провадження медичної діяльності [3, С. 41]. Як зазначає Майданик Р.А., особливість такого договору полягає в тому, що його неможливо звести до обмеженого кола дій. Жоден лікар не може повною мірою гарантувати не лише результат лікування, а й необхідний обсяг медичних дій. Вибір способів і методів лікування пацієнта залежить від його стану здоров'я, фізіологічних та анатомічних особливостей людини [1, С.60]. Крім того, метою укладення договору про надання медичних послуг є не результат, а процес, внаслідок якого досягається результат, що, в свою чергу, є мотивом укладення зазначеного виду договорів. Таким чином, предмет договору з боку дій медичної організації, як правило, не включає до себе такий результат лікування як обов'язкового вилікування особи, адже воно залежить від дій лікаря лише в тій мірі, в якій не залежить виключно від можливостей самого організму.

Отже, договір про надання медичних послуг має цивільно-правову природу. Предметом цього договору є професійні дії медичних працівників, що спрямовані на поліпшення здоров'я пацієнта (проведення обстежень, операцій тощо), а не отримання певного результату.

Література:

1. Майданик Р.А. Договір про надання медичних послуг. // Медичне право. – №5(1). – 2010. – С.52-66.
2. Смотров О.І. Договір щодо надання оплатних медичних послуг в умовах реформування галузі охорони здоров'я // Вісник Національного університету внутрішніх справ. – № 5. – 2001. – С.330-334.
3. Кізлова О.С. Договір про надання медичних послуг як цивільно-правовий договір // Право і суспільство. – №2. – 2014. – С. 39-44.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Губанова О.В.

*Бакулей М.А.,
студент 22 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ОБМЕЖЕННЯ КОНСТИТУЦІЙНИХ ПРАВ І СВОБОД В УКРАЇНІ В ІНТЕРЕСАХ ВІТАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ

Характер обмежень конституційних прав і свобод людини і громадянина в інтересах національної безпеки є важливим критерієм визначення зрілості громадянського суспільства. Як зазначає В.М. Пашков, одним із наслідків затяжної політичної кризи в Україні на сьогодні є криза вітальної безпеки як складової національної безпеки, що гарантує забезпечення конституційних прав і свобод людини і громадянина щодо права на охорону здоров'я, права на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю тощо [3, с. 132].

Виходячи з формулювання ст. 1 Закону України «Про основи національної безпеки України» вітальна безпека має розумітися саме як захищеність життєво важливих інтересів людини, за якої забезпечується своєчасне виявлення і нейтралізація загроз в сфері охорони здоров'я.

Відповідно до Конституції України в інтересах національної безпеки допускається обмеження таких конституційних прав і свобод людини і громадянина: право на особисте та сімейне життя; право на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань, право вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію; право на свободу об'єднання у політичні партії та громадські організації; право збиратися мирно, без зброї і проводити збори, мітинги, походи і демонстрації; право на страйк; право на свободу та особисту недоторканність; право на недоторканність житла; право на таємницю листування, телефонних розмов, телеграфної та іншої кореспонденції [1].

Проте, вказані норми носять відсильний характер, що змушує звертатися до профільних нормативно-правових актів, зокрема, до Основ законодавства України з охорони здоров'я. Так, ч. 2 ст. 9 Основ законодавства України про охорону здоров'я містить вичерпний перелік підстав для обмежень прав громадян, пов'язаних зі станом їх здоров'я, а саме: застосування примусових заходів медичного характеру щодо осіб, які вчинили суспільно небезпечні діяння; обмеження прав громадян у вигляді примусового медичного огляду; обмеження прав громадян у вигляді примусової госпіталізації; обмеження прав громадян у зв'язку з проведенням карантинних заходів [2, с. 19].

Таким чином, виходячи з того, що забезпечення вітальної безпеки пов'язане з захистом суспільства, то обмеження прав і свобод в інтересах вітальної безпеки слід сприймати в контексті запобігання поширенню небезпечних хвороб. Такі обмеження передусім полягають у тому, що особа, що становить небезпеку для оточуючих, не матиме права на вибір місця проживання та свободу пересування. Проте, не можна пов'язувати характер таких обмежень лише з вказаними вище заходами, оскільки обмеження свободи пересування органічно зумовлює обмеження на участь у зібраннях, мітингах, демонстраціях, страйках тощо, спричиняє перешкоди для здійснення права на особисте та сімейне життя, на особисту недоторканність тощо.

Проте, національне законодавство не містить чітких критеріїв обмежень цих прав, тому необхідно закріпити на законодавчому рівні чіткі кри-

терії оцінки правомірності обмеження конституційних прав і свобод людини і громадянина в інтересах національної безпеки виключно в тих межах, яких вимагає гострота становища, і за умови, що такі заходи не суперечать зобов'язанням України згідно з міжнародним правом.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Прохазка Г.А.

Балан Д.І.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Стаття 3 Конституції України проголошує: «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність є найвищою соціальною цінністю», а стаття 49 визначає, що кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Цією ж правовою нормою визначено, що держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Сфера надання медичних послуг врегульовується великою кількістю нормативних актів – як законами, так і підзаконними актами, завданням яких є вичерпне та точне регулювання кожного етапу та виду надання медичної допомоги. Проте, таке всеосяжне регулювання як правова база не забезпечує належних умов та гарантій реалізації прав пацієнтів.

На нашу думку, найпоширенішою проблемою в сфері надання медичних послуг та медичної допомоги є відсутність необхідної кількості кваліфікованого медичного персоналу. На практиці досить часто відбувається порушення прав пацієнта саме через некваліфікованість лікарів. Це проявляється в постановленні хибних діагнозів, у здійсненні помилок під час операцій чи інших дій, у зневажливому відношенні до пацієнтів. Таку проблему можна вирішити шляхом проведення тренінгів, курсів підвищення кваліфікації та інших заходів, метою яких є вдосконалення знань лікарів і медичного персоналу.

Крім того, як і в інших сферах життя, проблемою виступає недостатня профінансованість медичного сектору. Багато державних та комунальних закладів охорони здоров'я потребують капітального або поточного ремонту, вакцин, лікарських засобів, медичного інвентарю та обладнання. Тому, внаслідок відсутності певного апарату, або лікарського засобу особа, яка звернулася, не може отримати стовідсоткову медичну допомогу. Така проблема має вирішуватися шляхом постановлення на перший план сфери охорони здоров'я при формуванні державного бюджету, шляхом здійснення дотацій та субвенцій, які б дозволили забезпечити лікарні та інші медичні установи необхідним устаткуванням.

Ще однією проблемою є порушення права пацієнта на вибір лікаря, яке законодавчо закріплено в Україні. Практика свідчить про те, що таким правом можна скористатися, частіше, тільки під час звернення до приватних медичних установ. Потрапляючи до установи охорони здоров'я особа практично не може обрати особу-лікаря за певним критерієм. Пацієнт може отримати медичну допомогу лише від того лікаря, до якого його було направлено. Цю проблему можливо вирішити за допомогою внесення необхідних змін в законодавство України.

Крім того, в Україні законодавчо закріплено право пацієнта на вибір методів лікування: статтями 42, 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Але на практиці це право порушується. По-трапивши до лікарні, хворий не має вибору, оскільки в державних лікувальних закладах застосовуються традиційні методи лікування.

Наступною проблемою є нерівний доступ громадян до послуг охорони здоров'я. Особливо гостро проблема недоступності медичних послуг проявляється в сільській місцевості. Особам похилого віку, які обмежені в доступі до медичної установи, внаслідок їх захворювання, не можуть отримати належну медичну допомогу. На практиці інколи лікарі швидко відмовляються виїжджати на виклик особи похилого віку, вважаючи що немає симптомів захворювання. Крім цього, внаслідок наявності лише однієї лікарні на певну територію, лікар не в змозі фізично здійснити огляд та надати медичну допомогу усім особам, що потребують її. До того ж сільські лікарні позбавлені належного устаткування – апаратів, меблів, лікарських засобів.

Отже, на сьогодні пацієнт обмежений в реалізації своїх прав. Це зумовлено як свідомими порушенням з боку медичного персоналу, так і недосконалістю системи охорони здоров'я. Такі проблеми можуть бути вирішені шляхом внесення змін до законодавства та реформування медичної сфери.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Бандура К.В.,

студентка 42 групи

ПІОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ НОРМАТИВНОГО ЗАКРІПЛЕННЯ ПРАВА НА ЕВТАНАЗІЮ

Кожна людина має невід'ємне право на життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань.

Актуальність даного дослідження полягає в тому, що явище евтаназії є досить дискусійним, і існує багато питань, на які до сих пір не дані відповіді. Сучасні науковці не можуть прийти до єдиного висновку щодо того, чи є етичним легалізація евтаназії, чи може все ж таки людина розпоряджатися так званим правом на смерть.

На сучасному етапі розвитку людства гостро постає питання співвідношення морального права на евтаназію та його нормативного закріплення. Головним елементом процесу розробки законодавчої бази, що регулює питання легалізації евтаназії, має стати всебічний розгляд ряду факторів і чинників, які є індивідуально-характерними для кожного окремого суспільства (країни). Також для з'ясування суті та здійснення оцінки всіх «за» і «проти» легалізації згаданого явища необхідно проаналізувати суспільні відносини, які складаються між індивідами внаслідок висловлення прохання окремої особи про позбавлення її життя, а також безпосередньо у процесі реалізації явища евтаназії

Практика Європейського Суду з прав людини неодноразово тлумачила нам зміст права на евтаназію. Так, у справі «Прітті проти Сполученого Королівства», Суд визначив свою позицію, згідно якої держава має утримуватися не лише від умисного та незаконного позбавлення життя, а й уживати належ-

них заходів для захисту життя тих, хто перебуває під її юрисдикцією. У всіх справах, які розглядав Суд, він постійно наголошував на обов'язку держави забезпечувати захист життя. На думку Суду, жодного права померти – чи то з допомогою третьої особи, чи з допомогою державного органу – не має.

Однак, є провідні держави, які легалізували евтаназію. Традиційно вона поділяється на активну і пасивну, зокрема, остання дозволена у Австралії, Бельгії, Нідерландах, Данії, Китаю, Німеччині, у деяких штатах США (зокрема, у штаті Орегон), Франції, Швейцарії, Швеції та Японії. Наприклад, у Нідерландах у 2000 р. офіційно зареєстровано 2123 випадки евтаназії, з яких 1893 – на останніх стадіях раку. Проте й у цій країні притягують до кримінальної відповідальності у випадку недоведення фактів нестерпності болю та невиліковності хвороби (наприклад, справа проти лікаря, який зробив евтаназію колишньому сенаторові Едварду Бронгесму). Саме там 2 квітня 2002 р. було прийнято закон «Про припинення життя за бажанням чи допомогу в самогубстві», яким було легально закріплено активну евтаназію. Відповідно до цього закону кожен, хто досяг 16 років, має право самостійно визначити порядок та спосіб завершення свого життя. Для фізичних осіб у віці від 12 до 16 років для здійснення цього акту необхідним є згода своїх батьків чи інших законних представників.

Наразі питання евтаназії в Україні є відкритим. Спроба легалізувати пасивну евтаназію була здійснена при підготовці проекту Цивільного кодексу України у 2003 році. Однак в остаточному варіанті даного законодавчого акту дана пропозиція не знайшла свого відображення. На сьогодні пункт 2 ст. 52 Основ законодавства про охорону здоров'я України забороняє пасивну евтаназію, а пункт 3 ст. 52 забороняє й активну евтаназію, де зазначається, що медичним працівникам «забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань».

Таким чином, на даний час в Україні право людини на життя є невід'ємним правом фізичної особи, яке забезпечує її природне існування та захищене міжнародними та національними нормативно-правовими актами.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А. О.

Бегмат С. О.,

студентка 21 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЦЕБО-ТЕРАПІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Плацебо (Placebo) – нейтральна речовина у формі лікарського засобу, який виписується хворому для надання психотерапевтичного ефекту. Лапін І.П. тлумачить плацебо-терапію як індивідуальне лікування, яке допустиме у тому випадку, де можна очікувати позитивних ефектів від використання плацебо, і де відмова від фармакотерапії є виправданою з точки зору лікаря.

Використання плацебо при проведенні клінічних досліджень пов'язане з певними юридичними та етичними проблемами.

При використанні плацебо-терапії виникає питання, чи не буде це обмежувати обсяг прав пацієнта на інформацію. Так відповідно до ст. 285. Ци-

вільного кодексу фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я. Але право пацієнта медичного закладу не обмежується даною статтею. Поняття інформованості пацієнта ширше. Воно включає надання достовірної інформації про послуги, які надаються медичним закладом, а також інформацію, що надасть повне уявлення про лікування та зумовить відмову чи згоду на лікування. Також згідно зі ст. 284 ЦК фізична особа, яка звернулася про надання їй медичної допомоги має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.

Однак, деякі види лікування пов'язані саме з необхідністю утаювання від пацієнта не тільки частини інформації про стан його здоров'я, але й про обраний лікарем спосіб лікування (як у плацебо-терапії). І якщо одні юристи-науковці вважають це порушенням права пацієнта на інформацію про стан свого здоров'я, то інші стверджують, що така омана припустима, оскільки лікарська діяльність все ж пов'язана з збереженням таємниці, яка стосується як діагнозу, так і застосовуваного лікування, тим більше якщо це часткове приховування інформації щодо способу лікування іде йому на благо і виліковує пацієнта.

Проте будь-який закон повинен спрямовуватися на захист прав людини, і якщо медичною наукою доведена ефективність застосування плацебо-терапії, то закон не має стати перешкодою для права на існування такого виду терапії, навпаки, його потрібно врегулювати нормативно-правовим актом. Якщо пацієнт усвідомлює суть плацебо-лікування, це може знизити ефективність лікування або взагалі звести не дати ніякого результату. Отже, в інтересах обох сторін: як лікаря так і пацієнта, виключити побічні наслідки повної поінформованості пацієнта про методу лікування і при цьому не порушити право пацієнта на інформацію і участь у власному лікуванні.

На думку науковців В.М. Корнацького, Т.В. Талаєвої, О.В. Сілантьєвої, для того, щоб максимально забезпечити безпеку і пацієнтів, які беруть участь у клінічному дослідженні, що передбачає плацебо-терапію, протокол дослідження повинен передбачати: наявність ретельно розроблених критеріїв включення і виключення для відбору тільки тих пацієнтів, ризики для яких будуть мінімальними; обов'язкову госпіталізацію пацієнтів на період прийому плацебо; мінімально короткий період прийому плацебо; можливість передчасного виведення пацієнта з дослідження в разі погіршення стану здоров'я та забезпечення необхідним лікуванням; наявність додаткової версії інформованої згоди на продовження участі пацієнта в клінічному дослідженні після успішного лікування рецидиву; ретельний відбір клінічних баз, на яких кваліфіковано здійснюється високоспеціалізоване обстеження пацієнтів і медична допомога; ретельний відбір дослідників, перш за все за досвідом проведення клінічних досліджень (не менше 5 років); постійний нагляд з боку Центральної та локальної комісії з питань етики на місці проведення випробування.

Отже, нині засосування плацебо у клінічних дослідження майже не врегульоване законом, що тягне за собою юридичні та етичні проблеми, а саме: порушення права пацієнта на інформацію, відповідальність за це лікаря та не дотримання належної етики взаємодії хворого та лікаря. Для цього потрібно прийняти закон, який буде регулювати питання, що пов'язані із застосуванням плацебо при проведенні клінічних досліджень, в якому необ-

хідно зазначити вичерпний перелік випадків (захворювань), коли можна застосовувати плацебо-терапію, чітко вказати права та обов'язки лікаря.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Губанова О.В.

Бережна Т.О.,

студентка 21 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Народна медицина (цілителство) має вікову практику застосування в світі, зокрема в Україні. Попри неоднозначне ставлення населення до народної медицини (цілителства) як галузі медичної діяльності, вона є частиною офіційної (наукової) медицини, про що свідчить закріплення цього поняття на законодавчому рівні. Згідно зі ст. 74-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я, народна медицина (цілителство) (далі – народна медицина) – це методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації.

Варто зазначити, що правову основу з питань народної медицини становлять такі нормативно-правові акти, як Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, а також накази МОЗ України «Про Порядок видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілителських здібностей» від 23.09.2013 № 822, «Про затвердження Положення про організацію роботи цілителя, який здійснює медичну діяльність в галузі народної та нетрадиційної медицини» від 11.02.1998 № 36, «Про затвердження Порядку перевірки заяви та документів, поданих для отримання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілителством)» від 23.09.2013 № 823, «Про Кваліфікаційні вимоги до фізичних осіб-підприємців, які займаються народною медициною (цілителством)» від 16.03.2016 № 189, а також «Про Комітет з питань народної і нетрадиційної медицини» від 02.12.1998 № 343.

Незважаючи на проведення науково-теоретичного аналізу з даного питання, народна медицина все-таки стикається з проблемаминедосконалого нормативно-правового врегулювання. Так, негативна реклама у сфері надання послуг з народної медицини неякісно впливає на формування в суспільстві уявлення про це явище. Зараз досить активно поширюється актуальна для населення інформація в друкованих виданнях та інших носіях. Проте обсяг такої реклами незначний, відсутня інформація про стан місця, де надаються відповідні послуги, оплату, а також не вказується, чи має така особа ліцензію на право заняття народною медициною.

Іншим джерелом інформації у сучасному прогресивному суспільстві є Інтернет. Саме тут можна знайти значну кількість сайтів, адміністратори яких за «символічну» оплату запропонують вилікуватися від хвороб різного характеру, нададуть пораду і навіть запропонують зв'язатися з провідними фахівцями медичної галузі шляхом мобільного зв'язку, електронної адреси тощо. Можливі також переконання зі сторони таких осіб, що лікування городскопомта/або чаклунствомзробить лікуванняефективнішим. Хоча законодавець і забороняє рекламув проведення народної медицини на масову аудиторію (ст. 10 ЗУ «Про рекламу»), але ця заборона не поширюється на Інтернет.

Зазначена проблема є не єдиною у питаннях правового регулювання народної медицини. Крім цього, законодавцем не визначено, що є предметом народної медицини, що саме варто розуміти під методами народної медицини, а також умови, в яких надається лікування.

Таким чином, аналіз законодавства, що здійснює правове регулювання народної медицини дозволяє констатувати, що нормативно-правова база є задовільною, але не досконалою. Існує ряд питань, які потребують нормативного регулювання.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Губанова О.В.

Бехало М.О.,

студент 23 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

МЕДИЧНИЙ КОДЕКС: ПЕРСПЕКТИВИ СТВОРЕННЯ В УКРАЇНІ

Із медичною діяльністю безпосередньо пов'язана реалізація таких особистих немайнових прав, як права на життя та здоров'я людини, які покликана захищати держава. Саме тому досі є актуальною тема створення кодифікованого законодавчого акту, який був би фундаментом для регулювання всіх відносин, пов'язаних з медичною діяльністю – Медичного кодексу. На сьогодні велика кількість законів, підзаконних нормативно-правових актів, роз'яснень у сфері медичної діяльності спричиняють появу нових прогалин у законодавстві та колізій в разі оновлення одного чи декількох з цих актів, що зумовлює нестабільність та неефективність цілого законодавчого масиву.

Зокрема, за підрахунками О. В. Клименко, на один закон у сфері охорони здоров'я в середньому припадає приблизно 200 підзаконних галузевих нормативно-правових актів. Велика кількість відомих актів, більшість з яких ніколи не публікувалися в офіційних виданнях, робить їх “невидимими” для громадян.

Можна погодитися із вченим у тому, що Медичний кодекс є логічною заміною великій кількості розрізненних нормативних актів, оскільки кодифікація не є лише механічною збіркою, а й якісним упорядкуванням та оновленням вже створених актів.

Академік С. Корсаков зазначає, що необхідність прийняття Медичного кодексу зумовлена не тільки теоретичними, а й практичними проблемами, з якими стикаються під час проведення судово-медичних експертиз з кримінальних та цивільних справ.

При цьому варто зазначити, що створення Медичного кодексу найближчим часом буде неможливим без організації відповідної робочої групи при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, яка б складалася не лише з фахових юристів, а й з психологів, філософів, медиків.

О. В. Любінець визначає цілий ряд обставин, які зумовлюють необхідність прийняття Медичного кодексу України: необхідність комплексного реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, у тому числі її законодавчого забезпечення як фундаменту для усіх інших перетворень; відповідність на даний час науково-обґрунтованої концепції законотворчої діяльності у цій сфері; прагнення забезпечити підвищення рівня правових знань медичних працівників; сприяння і допомога юристів при розгляді і вирішенні так званих «медичних справ»; неузгодженість у деяких випадках

галузевого законодавства з окремими законами у сфері охорони здоров'я і медицини; необхідність чіткої регламентації правового статусу медиків і пацієнтів тощо.

На жаль, останній час тема кодифікації Медичного кодексу втратила свою популярність. Серед законодавчих ініціатив та законопроектів Верховної Ради України жодний не присвячений питанню розробки та прийняттю Медичного кодексу України. Українські вчені також не приділяють достатньо уваги теоретичним питанням розробки та впровадженню Медичного кодексу України: більша частина наукових доробок у сфері кодифікованих актів медичного права належить зарубіжним правникам та науковим працівникам.

Отже, прийняття Медичного кодексу є лише питанням часу. Потреба у кодифікації численних нормативних актів є однією з важливих передумов підвищення якості медичного обслуговування, підвищення правової культури громадян у сфері медичного права, вдосконалення національної системи охорони здоров'я. Розуміння цього є безумовною потребою українського суспільства та держави, яка, згідно Конституції України, має створювати всі передумови для здорового існування цього суспільства.

Біла А.Р.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Сучасний стан розвитку українського суспільства визначається складними політичними та соціальними реаліями, які потребують втручання й здійснення контролю з боку держави. Такий контроль має декілька напрямів і один з найбільш важливих з них – це правове регулювання обігу лікарських засобів.

Метою роботи є виявлення проблемних питань щодо здійснення регулювання обігу лікарських засобів та шляхів їх усунення на державному рівні та їх правового закріплення в період реформування фармацевтичного сектору.

Відповідно до ч.2 ст.2 Закону України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р., лікарський засіб – будь-яка речовина або комбінація речовин, що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин, яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.

Визначення поняття «обіг лікарських засобів» наводиться в наказі МОЗ України від 26.08.2005 р. №426 «Про затвердження Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення». Спеціальний орган державного контролю якості лікарських засобів та його територіальні органи з контролю якості лікарських засобів (далі – територіальні інспекції), відповідно до статей 13-15 Закону Украї-

ни «Про лікарські засоби» та покладених завдань здійснюють державний контроль за якістю лікарських засобів та вживають заходів щодо вилучення з обігу лікарських засобів, сировини та допоміжних речовин, що не відповідають вимогам, установленим нормативними документами.

Однак, недостатнє правове регулювання не дає можливості ефективно здійснювати державний контроль за якістю лікарських засобів.

Перший спосіб подолання цієї проблеми – подальший розвиток системи державного контролю якості та безпеки лікарських засобів із збереженням порядку заборони та вилучення з обігу лікарських засобів. У разі реалізації зазначеного варіанта результативність здійснення державного контролю якості та безпеки лікарських засобів буде низькою.

Другий спосіб (оптимальний) – створити належну систему державного контролю за вилученням з обігу неякісних лікарських засобів; удосконалити систему обміну інформацією з органами виконавчої влади та інформаційну систему спеціального органу державного контролю якості лікарських засобів.

Досягнення визначених цілей забезпечується шляхом:

- створення прозорої процедури заборони (зупинення), вилучення з обігу та поновлення обігу лікарських засобів, в тому числі тих, що ввезені на територію України із порушенням чинних вимог;

- створення ефективної системи державного контролю за виявленням, вилученням з обігу неякісних лікарських засобів, застосування іншого порядку регулювання процесу створення та реєстрації лікарських засобів, з метою наближення до вимог ЄС;

- здійснення контролю за ввезенням лікарських засобів на митну територію.

Отже, правовий режим обігу лікарських засобів слід розглядати, як специфічний порядок правового регулювання, впроваджений державою на підставі правових норм та забезпечений перспективою реалізації механізму правового регулювання. Також, порядок визначає технологічну послідовність реалізації одних дій за іншими, а його порушення виконання тягне за собою недійсність правових норм в даній сфері.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Білоусов М.С.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

Засади ліцензування господарської діяльності з медичної практики визначені в Законах України «Про ліцензування видів господарської діяльності» та «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в Постановах Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку органів ліцензування та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» від 5 серпня 2015 р. № 609, «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 р. № 285 тощо. Дане законодавство досить динамічне.

У зв'язку з тим, що ціль ліцензування медичної практики полягає перш за все в необхідності захистити населення від некваліфікованого медичного

обслуговування ми вважаємо, що необхідно детально дослідити особливості ліцензування медичної практики.

По перше, необхідно підкреслити, що відповідно до положення Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності», ліцензування – засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів. Ліцензійні умови, в свою чергу, це нормативно-правовий акт Кабінету Міністрів України (Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 р. № 285), положення якого встановлюють вичерпний перелік вимог, обов'язкових для виконання ліцензіатом, та вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії.

Важливим є те, за здійснення підприємницької діяльності без ліцензії або з порушенням ліцензійних умов передбачена юридична відповідальність, в тому числі кримінальна (ст. 202 Кримінального кодексу України) і адміністративна (ст. 164 Кодексу про адміністративні правопорушення).

Відтак, Ліцензійні умови поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб – підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. При цьому, дія Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики не поширюється на господарську діяльність, пов'язану із здійсненням судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології, судово-психіатричної експертизи.

Аналізуючи нові Ліцензійні умови необхідно зазначити, що останні містять в собі суттєві зміни порівняно з попереднім актом регулювання зазначених правовідносин, серед яких особливу увагу, на нашу думку, необхідно приділити тому що:

1) фізичні особи – підприємці без медичної освіти отримали право отримувати ліцензії на медичну практику із застосуванням найманої праці осіб, які мають медичну освіту та відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. На думку правників-практиків, це можливість поліпшення інвестиційного клімату;

2) ліцензіат зобов'язаний забезпечити умови для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до приміщень. Дане нововведення знаходиться в іншій площині ніж попереднє, але має не менш важливе значення. Нарешті на нормативному рівні закріплена реальна можливість реалізації певних гарантій в сфері охорони здоров'я для осіб з обмеженими фізичними можливостями тощо.

На нашу думку, нові Ліцензійні умови є значним кроком вперед у сфері нормативного регулювання господарської діяльності в медичній практиці і спрямовані на покращення умов надання медичних послуг в країні.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Бобоха В.В.,
студент 46 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ЕВТАНАЗІЯ: ПРАВО НА ЖИТТЯ

Особливу увагу юристів і медиків привертає проблема евтаназії. Необхідність вивчення правових проблем евтаназії в розрізі медичного права обґрунтовується складною природою самої евтаназії, де тісно пов'язані питання медицини і права.

Життя людини в Україні є найвищою соціальною цінністю. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань (ст. 27 Конституції України). Право на життя гарантується і ст. 281 Цивільного кодексу України.

Певним аспектам проблематики легалізації евтаназії присвячено наукові праці А. Іванюшкіна, А. Громова, С. Бакунина, С. Стеценка, Р. Стефанчука, О. Довбуша, Л. Шеховцова, А. Савченко, О. Івченко, В. Ворони, Н. Мутузова, А. Малька.

Евтаназія – слово грецького походження, що поєднує в собі два поняття: «танатос» – смерть і «ев» (eu, ей) – хороший, і в перекладі на українську означає хорошу, легку смерть. Вперше термін введено Ф. Беконом, котрий досліджував це питання у праці «Про гідність та примноження наук» у 1605 році. [1, с. 268].

Відповідно до «Декларації стосовно 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»).

В залежності від поведінки медичного працівника розрізняють евтаназію пасивну та активну, у залежності від можливості хворого висловити свою волю добровільну і недобровільну.

Зокрема, активна евтаназія – це проведення будь-яких дій, введення лікарських засобів, які прискорюють смертельний результат.

Пасивна евтаназія – це незастосування засобів і невиконання лікарських маніпуляцій, які б підтримували певний час життя важкохворого пацієнта.

Пасивна евтаназія застосовується майже у всіх країнах. За даними Міжнародного медичного журналу, 40% усіх смертей хворих настають або в результаті прийняття разом із медиками рішення про припинення життя, або в результаті відмови від лікування, або за допомогою ліків, що прискорюють настання смерті [2].

Сьогодні питання щодо можливості застосування евтаназії залишається відкритим. У більшості держав світу евтаназія або не передбачена законом, або заборонена ним. У Верховній Раді України це питання розглядалося, але обурення духовенства не дозволило винести рішення. Сьогодні евтаназія в Україні заборонена законом. Про це йдеться у ст. 52 «Основ законодавства України про охорону здоров'я».

Я вважаю, що в Україні легалізувати евтаназію було б невірним кроком. На сьогоднішній день надання їй правомірного характеру тягне за собою ряд негативних наслідків. В умовах нашої держави при бідності медицини вона може перетворитись у засіб умиротворення самотніх престарілих, інвалідів, хворих на рак та СНІД, на утримання і лікування яких не вистачає коштів. Медикам не потрібно буде ламати голову, як полегшити страждання хворого медикаментами, психологічними та іншими засобами.

На мою думку, боротьба за життя завжди була і буде найважливішим принципом медицини. Медична етика виключає можливість проведення процедури евтаназії, так як в клятві Гіппократа є заборона: «Я нікому, навіть благаючому про це, не дам ліків, які викликають смерть, а також не пораджу цього». З розвитком узаконення евтаназії крок за кроком буде знецінюватись життя. Тому, вважаю, що треба шукати інші методи і способи допомоги людям, що відчувають нестерпний біль та прагнуть евтаназії.

Література:

1. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук / Ф. Бэкон // Бэкон Ф. Сочинения : В 2-х томах / Пер. сост., общ. ред. и вступ. ст. А. Л. Субботина. – М. : Мысль, 1977. – Т. 1. – 560 с.
2. Олендїй Л.В. Евтаназія: гідна смерть чи вбивство? / Л.В. Олендїй // Львівська Газета. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.gazeta.lviv.ua/articles/2005/05/19/5294

Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В.М.

Бобрицький С.О.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ «ЛІКАРСЬКА» ТА «МЕДИЧНА ТАЄМНИЦЯ» ТА ЇХ ПРАВОВЕ ЗАКРІПЛЕННЯ

Інформація про стан здоров'я належить до медичної сфери, представники якої володіють відповідним арсеналом методів обстеження і дослідження для фахового визначення даного стану. Відтак, з огляду на зазначене, допустимим вбачається застосування поняття «медична інформація про стан здоров'я», що в свою чергу дозволяє ввести в користування термін «медична таємниця». Проте, постає питання про доцільність нормативного закріплення даного терміну і визначення його співвідношення з лікарською таємницею.

В першу чергу варто окреслити зміст поняття «лікарська таємниця». Так, Конституцією України в статтях 32 та 34 передбачено збереження лікарської таємниці, яка не може бути розголошена без згоди особи чи її законних представників. Відповідно до ст. 40 Основ законодавства про охорону здоров'я медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд і результати, інтимну й сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості. Подібні норми передбачені в Законі України «Про інформацію» та Клятві лікаря [1, с.154].

Аналіз правової доктрини дозволяє виділити погляди Новосьолова В.П. та Канунникова Л.В., які зазначають, що під нею слід розуміти відомості, які не підлягають розголошенню про захворювання, інтимну та сімей-

ну сторони життя пацієнта, отримані від нього самого чи виявлені у процесі його обстеження чи лікування, тобто при виконанні медичним працівником своїх професійних обов'язків [2].

Отже, загалом варто зазначити, що лікарська таємниця – це різновид професійної таємниці, урегульований чинним законодавством, відповідно до якого медичні працівники а також інші особи в силу виконуваних ними службових та трудових функцій зобов'язані зберігати від доступу сторонніх осіб інформацію, отриману щодо пацієнта в процесі його діагностування, лікування та реабілітації.

Виникає питання, чи підпадає поняття «медична таємниця» під зміст поняття лікарської. Одні науковцітверджують, що ці поняття є синонімами, а інші – поняття «лікарська таємниця» й «медична таємниця» розрізняють, вважаючи, що лікарською таємницею є інформація про пацієнта, а медичною - для пацієнта [2]. Підсумовуючи аналіз норм чинного законодавства та правової доктрини, варто зазначити, що лікарська таємниця за своїми сутнісними і змістовними ознаками має багато спільного з поняттям «медична таємниця», але не тотожна їй з огляду на вужче смислове навантаження[1,с.154].

На нашу думку, медична таємниця за своїм змістом є поняттям ширшим. Під медичною таємницею слід вважати «урегульований законодавством правовий режим отримання, зберігання і використання інформації медичного та особистого характеру про фізичну особу, отриманої медичними та іншими працівниками у зв'язку з виконанням ними професійних та/або службових обов'язків, розголошення яких може завдати шкоди даній особі». Лікарська таємниця полягає в тому, що особа наділяється правом вимоги до визначених законом категорій осіб зберігати та забезпечувати порядок і процедуру отримання і зберігання конфіденційної інформації про стан її здоров'я.

Література:

1. Мацегорін О. І. Цивільно-правова охорона права на таємницю про стан здоров'я / О. І. Мацегорін // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 4. – С. 154.
2. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Правовое регулирование профессиональной деятельности работников здравоохранения. – Новосибирск, 2000. 77. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. М., 1993.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Боброва Т.А.,

*студентка Криворозького факультета
Національного університету
«Одеськая юридическая академия»*

О НЕОБХОДИМОСТИ ОГРАНИЧЕНИЯ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Сегодня в нашей стране существует очень актуальная проблема – самолечение пациентов. Фармацевтические компании для продвижения своей продукции и увеличение спроса на нее среди населения ведут активную маркетинговую политику, ключевую роль в которой играет именно реклама лекарств, побуждающая людей к самолечению. К сожалению, нормативно-

правовая база по регулированию рекламной деятельности лекарственных средств не способна устранить проблему необоснованного или нерационального приема лекарств пациентами.

Данная тема уже достаточно длительное время вызывает дискуссии, как среди специалистов, так и рядовых граждан. Правоотношения в этом направлении исследовались: А.И.Черемновой, М.А. Поляковым, В.А.Комаровым и др. Однако, вопрос о рекламе лекарственных средств, порядок привлечения к ответственности лиц за нарушение норм и правил ведения такой рекламы так и остается недостаточно урегулированным.

Реклама – это информационное воздействие на широкие круги населения. По рекламе лекарств, понятно, что она направлена на презентацию спасательного средства от той или иной болезни. Однако, она может нести недостоверную информацию о препарате, которому приписывают несуществующие целебные свойства и замалчивают о побочных действиях. Специалисты утверждают, что влияние рекламы в десятки раз сильнее, чем влияние окружающих, даже специалистов – врачей.

В подавляющем числе рекламных роликов перечисляются симптомы болезни, то есть, акцентируется внимание на диагностике, чего в рекламе не должно быть, или же указываются ссылки на лекарственные средства, медицинские изделия как на наиболее эффективные, наиболее безопасные, исключительные относительно отсутствия побочных эффектов, что вообще прямо запрещено законом, а именно ст.21 Закона Украины «О рекламе».

Необходимо понимать, что лекарственные средства в отличие от других товаров потребительского рынка являются особым продуктом. Их неправильное применение, в частности неправильное дозирование, неучет побочных эффектов, противопоказаний или последствий взаимодействия с другими медикаментами, зачастую связано с существенными рисками для здоровья, а иногда и для жизни человека. Эти риски значительно возрастают, если пациенты под влиянием интенсивной рекламы прибегают к методам самолечения. Именно поэтому фармацевтические компании, ведущие агрессивную маркетинговую политику, имеют реальное влияние на осуществление самолечения. Это приводит к нарушению нормам Основного Закона государства так, как Конституция Украины гарантирует обеспечение права человека на жизнь, здоровье и его охрану.

В Верховную Раду Украины был внесен целый ряд предложений по ограничению рекламы лекарств. Долгое время остро дискутировался вопрос об обязательном согласовании содержания рекламы лекарственных средств с Министерством здравоохранения Украины. Также был внесен законопроект, который предусматривает более радикальные меры в этой сфере, а именно – полный запрет рекламы любого лекарства в средствах массовой информации, и оставляет размещения информации о лекарственных средствах исключительно в специализированных медицинских изданиях, а также в материалах, распространяемых на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике. Однако, вопрос о запрете рекламы лекарственных средств откладывается законодателями, хотя он является крайне важным, ведь касается жизни и здоровья граждан.

Учитывая то, что недостаточно и неверно информированные и, как правило, необразованные в медицинских вопросах потребители, доверяя

рекламе, займаються самолеченням, без попередніх консультацій і рад со спеціалістами, необхідно заборонити публічну рекламу лікарств, вб вона наносит значительний ушкода не тільки здоров'ю громадян, но і їх матеріальному стану так, як правило, спотребители платять за «бренд». Достаточним було б розповсюдити тільки професійну рекламу лікарських засобів, де спеціалісти в даній сфері робили б висновки, являється ли цілесобразним як лічення, так і профілактика тем або іншим препаратом.

Література:

1. Закон України «Про рекламу» від 03.07.1996 № 270/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=270 %2F96

2. В.А. Комаров Правове регулювання реклами лікарських засобів // Збірник наукових праць Міжрегіональної фінансово – юридичної академії (економіка, право), 1(1) 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/soc_gum/znrfyua/2011_1/Komarov%20V.A..pdf

Научний керівник – д.ю.н., доц. Олюха В.Г.

*Богомаз А.А., студентка 43 групи
ПЮІ НІОУ імені Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО ПРЕДСТАВНИЦТВА В УКРАЇНІ

Медичне представництво є новою та малозрозумілою юридичною конструкцією для працівників закладів охорони здоров'я. Досвід демонструє, що медичні працівники не обізнані з елементами інституту медичного представництва в Україні, через що виникають численні непорозуміння та зайві юридичні конфлікти, які перешкоджають особі реалізувати своє право на медичну допомогу.

На сьогодні інститут медичного представництва регулюється здебільшого цивільним законодавством. Відповідно до ч. 1 ст. 237 ЦК України представництвом є правовідношення, в якому одна сторона (представник) зобов'язана або має право вчинити правочин від імені другої сторони, яку вона представляє. Аналізуючи ч.3 ст. 237 ЦК України можна дійти висновку, що повноваження представників пацієнта, на представництво його інтересів, можуть виникати: 1) на підставі закону; 2) договору; 3) з інших підстав, встановлених актами цивільного законодавства. Причому, кожен вид представництва передбачає різну правомочність представника.

Відповідно до ст.ст. 43, 44, 47 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ «законне представництво» виникає відносно малолітніх, неповнолітніх пацієнтів та пацієнтів дієздатність яких є обмеженою. Фактично, таке представництво передбачене ст. 242 ЦК України.

Також аналіз ст. 237 ЦК України дозволяє зробити висновок про існування представництва для повнолітнього пацієнта за довіреністю чи договором. Загалом медична довіреність, як підстава представництва, має свої специфічні особливості, які не передбачено на законодавчому рівні, але які впливають із суті правовідносин між представником та пацієнтом.

Грунтовним аналізом особливостей медичного представництва за довіреністю займалася Г. Миронова. За нею, головні особливості полягають

в тому, що медична довіреність складається на випадок неспроможності пацієнта висловити свою волю, поширюється лише на медичні рішення, є довгостроковою, при втраті особою дієздатності або її обмеження медична довіреність продовжує діяти. Зважаючи на це, інститут медичного права потребує спеціального, а не загально правового регулювання. Спроби законодавчого відокремлення цього правового інституту вже мали місце (зокрема у законопроекті «Про захист прав пацієнтів» від 06.12.2007 № 1132).

Також до медичного представництва О. Беденко-Зваридчук відносить пряме (усне) волевиявлення пацієнта. Воно має озвучуватися перед медичними працівниками (при свідках чи особисто лікарю) з конкретною вказівкою на осіб (особу), яка буде представляти інтереси пацієнта, вчиняти від його імені правочини. Пацієнт має вказати обсяг інформації, який має передаватися працівнику, а у медичній картці необхідно зробити відповідний запис засвідчений підписом пацієнта. Щодо останнього виду медичного представництва, то його існування не передбачено чинним законодавством, а зумовлено здебільшого фактичною необхідністю (екстрена госпіталізація дієздатної особи, необхідність негайного оперативного втручання).

Таким чином, несприйняття інституту медичного представництва працівниками закладів охорони здоров'я та самими пацієнтами пояснюється відсутністю належного правового регулювання. Ми вважаємо, що пацієнт повинен мати законодавчо передбачену можливість довірити обраний дієздатній особі здійснення своїх прав у зв'язку з медичними втручаннями чи об'єктивною неспроможністю самостійно їх реалізовувати.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Бондаренко Т. Ю.

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

РЕАЛІЗАЦІЯ МОДЕЛІ «ПРЕЗУМПЦІЇ ЗГОДИ» НА ДОНОРСТВО ОРГАНІВ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Трансплантація – це одне з найвизначніших досягнень у галузі медицини. Завдяки трансплантації органів людина отримує шанс на життя, коли інші види лікування вже безсильні. У розвинених країнах дана медична послуга стала вже стандартом лікування і проводяться тисячі операцій з трансплантації органів. На жаль в Україні кількість таких операцій набагато менша, а потреба в них постійно зростає. Зокрема проблема полягає в дефіциті органів, тому велика кількість людей помирає.

До Верховної Ради України був внесений законопроект про внесення змін до Закону України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині” (щодо встановлення правовідносин, умов та порядку застосування трансплантації) від 2013 року № 2184а, але він був відкликаний. Відповідно до нього пропонувалося змінити модель існуючу в Україні і запровадити «презумпцію згоди» на донорство органів. Тому дане питання є актуальним, необхідно визначити, які ж переваги та недоліки цих моделей, а також перспективи запровадження презумпції згоди в Україні.

Відповідно до ст. 16 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» в Україні закріплена модель незгоди. Недоліком даної концепції є те, що дана модель гальмує розвиток трупного донорства і як результат велика кількість пацієнтів вимушена збирати не-

ймовірні суми коштів для здійснення операцій з трансплантації органів за кордоном. Якщо заяву про дозвіл на вилучення органів особа не подала, то дане право покладається на її родичів. Але законом не визначено в якій формі повинна виражатися ця згода, і як вирішити питання коли існує суперечність між родичами про надання такого дозволу. Велика кількість відмов зокрема виникає тому що родичі загиблого не в змозі адекватно вирішити дане питання, не зважаючи на важливість подальшого використання і можливість врятувати комусь життя. Тим паче, що використання трансплантата з померлого донора потребує досить малого проміжку часу, і тому витрачаючи час на встановлення особи померлого і пошуку її родичів, дані органи стають уже непридатними для трансплантації.

Відповідно до презумпції згоди вилучення і використання органів від померлого здійснюється у випадку, якщо померлий за життя не висловлював заперечень проти цього або якщо заперечення не висловлюють його родичі. Дана модель застосовується у багатьох країнах і дає позитивні результати, а головне дає шанс людині на життя. Науковці і автори законопроекту зазначають, що презумпція згоди покращить стан трансплантології в Україні, збільшити кількість донорських органів, урятує чисельну кількість життів.

Але існують і недоліки запровадження цієї моделі саме в Україні. По-перше, це стосується технічного оснащення для зберігання і перевезення органів, яке є досить дорого вартісним, і в Україні лише деякі медичні заклади оснащені ним. По-друге, фінансування даної галузі потребує досить великої кількості видатків з Державного бюджету України, що в умовах сьогодні є неможливим. По-третє, в Україні немає такої кількості професійних лікарів-трансплантологів. Але напевно центральною проблемою взагалі посмертного донорства незалежно від моделі є рівень корупції в Україні. Людина даючи згоду на донорство органів, не може бути впевнена чи це врятує життя іншій людині, чи збагатить когось і його орган опиниться на ринку за кордоном.

Отже, для запровадження принципу згоди необхідно створити орган, який би займався питанням трансплантології та здійснював нагляд і контроль за цією діяльністю, здійснювати підготовку лікарів-трансплантологів для збільшення спеціалістів, а також провести соціальну роботу з населенням, адже людина починає замислюватись над цією проблемою лише тоді коли сама опинилася у ситуації, де її або життя її родичів є на грані смерті.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Брижак Ю.С.,

студентка 45групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗДРІБНОЇ ТОРГІВЛІ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Двоєдина приватно-публічна сутність господарської діяльності аптечних закладів є сутністю сфери охорони здоров'я, проблеми правового регулювання господарських відносин на фармацевтичному ринку України. Правове положення даних суб'єктів господарювання регулюється законодавством в сфері охорони здоров'я та нормами господарського законодавства, проте залишаються питання, рішення яких потрібно зафіксувати у законодавстві.

У Переліку закладів охорони здоров'я, затвердженому наказом МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385, окремим пунктом відокремлено фармацевтичні (аптечні) заклади, до яких належать аптеки, аптечні бази (склади) тощо. При цьому, згідно з цим наказом, аптека – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

Для аптечних закладів, через які здійснюється торгівля медичними виробами, обов'язковою є акредитація, що проводиться Головною комісією з акредитації фармацевтичних (аптечних) закладів при Міністерстві охорони здоров'я України та була введена шляхом прийняття постанови Кабінету Міністрів України від 17.12.2012 № 1216 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765.

Введення в обіг та/або в експлуатацію медичних виробів дозволяється тільки в разі, коли вони повністю відповідають вимогам технічних регламентів, за умови належного постачання, встановлення, технічного обслуговування та застосування їх за призначенням. Зокрема, Розділом II Додатку № 1 Технічного регламенту щодо медичних виробів встановлюються вимоги до розроблення і виготовлення медичних виробів. Де вказано, що медичні вироби повинні бути розроблені і виготовлені, таким чином, щоб гарантувати відповідність їх характеристик та експлуатаційних показників вимогам.

Наступною ознакою суб'єктів господарювання в сфері виробництва і торгівлі дачними виробами, відповідно до ст. 19 Закону України «Про лікарські засоби» є наявність господарської компетенції (правосуб'єктності), а саме ліцензії.

Підставою виникнення спеціальної правоздатності суб'єктів господарювання, аптечна діяльність яких пов'язана з реалізацією лікарських засобів, можуть бути інші правові акти, до яких належать ліцензії на здійснення ліцензованих видів діяльності, пов'язаних з торгівлею лікарськими засобами, а також механізми реалізації публічних інтересів, рішення уповноважених державних органів на провадження видів діяльності у сфері дії загальних обмежень та закріплення у статутних документах.

Реалізація роздрібно фармацевтичної продукції в аптечних закладах у широкому розумінні – одна із форм організації товарного ринку фармацевтичної продукції; у вузькому – певний тип організаційної структури, що синтезував низку ознак і функцій, покладених на суб'єктів реалізації фармацевтичної продукції – аптечні заклади, який характеризується сукупністю відповідних параметрів, передбачених у ліцензійних умовах, у тому числі площа торговельних, складських, допоміжних та службових приміщень, асортимент фармацевтичної продукції, форма обслуговування, кваліфікація та кількість персоналу, наявність власного виробництва.

На підставі викладеного можна констатувати, що роздрібна торгівля в аптечних закладах належить до господарсько-торгівельної діяльності, що здійснюється суб'єктами господарювання у сфері товарного обігу, спрямованої на реалізацію продукції народного споживання, а також допоміжної діяльності, яка забезпечує їх реалізацію шляхом надання інших супутніх послуг, для якої таким суб'єктам господарювання необхідно володіти спеціальною правоздатністю та відповідати певним критеріям.

*Бурба Д.Ю.,
студентка 43групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

Нормативне регулювання медичної практики на сьогоднішній день здійснюється на підставі таких нормативно-правових актів: Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015р., Наказ МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.02.2011р., «Основ законодавства України про охоронну здоров'я» від 19.11.1992р. та інші.

Відповідно до п.1.3. Наказ МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» медична практика – діяльність, пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту.

Провідний фахівець в медичному праві України І.Я.Сенюта вважає що дане визначення є неповним і більш доречним «медичну практику» розглядати, як вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями з дотримання встановлених чинним законодавством вимог з метою надання медичної допомоги чи інших видів медичного обслуговування.

Медична практика є специфічним видом діяльності, що відповідно до Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності” від 2 березня 2015р. № 222-VIII підлягає ліцензуванню. Запровадження медичної практики без отримання ліцензії чинним законодавством передбачено адміністративну (відповідно до ст.164 КУпАП провадження господарської діяльності без державної реєстрації як суб'єкта господарювання або без одержання ліцензії на провадження певного виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню відповідно до закону, чи здійснення таких видів господарської діяльності з порушенням умов ліцензування, тягне за собою накладення штрафу з конфіскацією виготовленої продукції, знарядь виробництва, сировини і грошей, чи без такої), кримінальну (як таку кримінальну відповідальність за провадження безліцензійної діяльності скасовано, але відповідно до ст. 138 ККУ заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, карається виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років) та цивільно-правову відповідальність.

Для суб'єктів господарювання, що провадять медичну практику, встановлюються певні загальні вимоги, що встановлено Ліцензійними умовами, та спеціальні щодо: а) приміщень, в яких провадиться медична практика; б) персоналу, який провадить медичну практику; в) обладнання, за допомогою якого провадиться медична практика.

Ліцензія на провадження медичної практики – документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на провадження медичної практики

за умови виконання ним кваліфікаційних, організаційних та інших спеціальних вимог, установлених Ліцензійними умовами, котрі затверджені Постановою КМУ від 2 березня 2016 р. № 285. Ліцензійні умови – це вимоги, що встановлюють організаційні, кадрові і технологічні правила до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначають вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики

Отже, розгляд даного питання дає підставу дійти висновку, що ліцензування медичної практики є елементом контролю з боку держави за належним забезпеченням медичного обслуговування по суті, що в подальшому повинно призвести до покращення забезпечення якісного медичного обслуговування.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Бутко В.В.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

На даному етапі розвитку суспільства ставлення до сурогатного материнства в країнах відрізняється. В більшості країн Європейського Союзу сурогатне материнство заборонене. У Німеччині лікар несе кримінальну відповідальність за імплантацію ембріона, у Норвегії дозволене лише некомерційне сурогатне материнство, у Росії та Україні дозволена і комерційна форма сурогатних відносин[2]. мм

Законодавство України стосовно сурогатного материнства хоч і є, але воно досить поверхневе. Останній прийнятий у цій сфері документ – це наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» від 09.09.2013 р. Також існує ЗУ «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» від 16.07.1999 р., Наказ МОЗ «Про затвердження Умов та порядку застосування штучного запліднення та імплантації ембріона (ембріонів) та методів їх проведення» від 04.02.1997 р.) та ін.

У сучасній правовій системі існує поняття повної і часткової сурогатності; при повній дитину, зачатую подружжям, виношує сурогатна мати, при частковій використовується яйцеклітина сурогатної матері і дитину виношує не сурогатна мати.

Законодавчо в Україні врегульована тільки повна сурогатність. У ч. 2 ст. 123 Сімейного Кодексу України йдеться мова про «перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій». У Наказі від 09.09.2013 р., в п. 7.6 також йдеться про перенесення ембріона в матку сурогатної матері. Договір про сурогатне материнство є цивільно-правовим. І в цьому випадку сторони вправі діяти на власний розсуд за взаємною згодою, але хоч у сторін *de facto* не виникає суперечностей у відносинах, ці суперечності потім виникають через те, що відносини *de jure* не врегульовані. Як приклад можна навести вирок де вирішувалося питання щодо внесення змін до актового за-

пису про народження дитини відомостей про батьків, з огляду на те, що дані особи не є біологічними батьками дитини. Дитина була народжена сурогатною матір'ю, яку було запліднено донорським матеріалом анонімних донорів, особу яких неможливо встановити. Суд вирішив застосувати ст. 135 СК України: «Якщо батьки дитини невідомі, державна реєстрація її народження проводиться за рішенням органу опіки та піклування, яким визначається прізвище, власне ім'я, по батькові дитини і відомості про батьків». Після цієї процедури батькам потрібно ще всиновити дану дитину. Громадяни, які хочуть стати майбутніми матір'ю або батьком дитини, за законодавством України обов'язково мають перебувати в шлюбі. Клініки сурогатного материнства зобов'язані вимагати свідоцтво про шлюб при укладенні договору про сурогатне материнство, хоча така позиція клініки порушує ст.281 ЦК та ч. 2 ст. 36 СК України. У зв'язку з цим в Україні поки що немає практики, де б особа одна виховувала таку дитину

Отже, основна проблема у сфері сурогатного материнства, на мою думку, полягає в тому, що юридично воно можливе лише в одній чітко прописаній процесуальній формі, хоча фактично існує багато інших, по-суті законних, але не врегульованих нормативно способів застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Література:

1. Вирок Солом'янського районного суду Київської області від 05.11.2009 р. у справі № 574588. Архів Солом'янського районного суду.

2. Свитнев К.Н. Вспомогательные репродуктивные технологии: правовые коллизии [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://jurconsult.ru/publications/med_law_questions.pdf

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Васько В.А.

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ КЛОНУВАННЯ

Звістка з Шотландії про успішний експеримент Уїлмут з клонування вівці по кличці Доллі стала сенсаційною, саме тому, що вперше клонована тварина з'явилася в результаті використання донорського ядра клітини молочної залози дорослої вівці. Про перспективи та небезпеки цього наукового досягнення відразу заговорив весь світ, але найбільше занепокоєння і навіть опір викликала можливість його використання для створення людини. Останні досягнення генетики та генної інженерії в таких областях, як дослідження геному людини і клонування змусили нас усвідомити, що світова спільнота знову стоїть перед вибором – чи використовувати і якщо так, то як, нову репродуктивну технологію. Дані наукові дослідження, хоча і відкрили широкі перспективи розвитку біотехнологій та лікування різних захворювань, але тим самим породили безліч питань етичного, філософського і правового характеру [3].

Таким чином, у нас знову з'явилася світова проблема: чи потрібно клонувати людину. Як завжди, є і прихильники, і противники. Необхідно відзначити, що Організація Об'єднаних Націй у своїй Декларації про клонування людини, прийнятою резолюцією 59/280 Генеральної Асамблеї від 8 березня 2005 р. закликала країни-члени ООН вжити законодавчих актів, які забороня-

няють всі форми клонування, оскільки вони «суперечать гідності людини» і виступають проти «захисту людського життя».

У зв'язку з цим 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. Здається, що законодавча прогалина з приводу регламентування проблеми, яка набуває широкого резонансу в науці і практиці, у нашій державі поступово заповнюється, але наскільки це виправдано, і чи потрібно це взагалі [2, с. 77]. Оскільки крім вищевказаної в науковому світі існує й інша Декларація – «Декларація на захист клонування і недоторканності наукових досліджень», де впливові вчені, розглядають заборону клонування як втручання в свободу наукового пошуку, що порушує автономію науки. Вони вважають, що існує цілком реальна небезпека припинення досліджень, які несуть величезні потенційні блага [1, с. 9-10].

У зв'язку з цим на нашу думку, владі й іншим зацікавленим сторонам навпаки потрібно заохочувати широке і послідовне обговорення цих проблем для поглиблення розуміння етичних і соціальних наслідків нових технологій, а також сприяти формування відповідної політики в цій галузі. Адже, штучними бар'єрами розвиток науки припинити неможливо, і рано чи пізно перед нами постане необхідність регулювати ті чи інші суспільні відносини пов'язані з відкриттями у галузі клонування. Адже клонування, про яке зараз так багато сперечок, потрібно не тільки вченим. Перш за все, воно повинно бути направлено на користь людям, а не на шкоду їм. Тому на законодавчому рівні повинні бути визначені чіткі межі усередині яких повинні розвиватися суспільні відносини пов'язані з цим явищем.

Література:

1. Антонюк О. Р. Етико-правові проблеми клонування людського організму [Електронний ресурс] / О. Р. Антонюк // Медичне право України: правовий статус пацієнтів України та його законодавче забезпечення. – 2008. – Вип. 17. – С. 7-11.
2. Бойко Н. Правове регулювання клонування [Електронний ресурс] / Н. Бойко // Юридичний журнал. – 2009. – № 4. – С. 75-80
3. Грищенко О. Проблема клонування: суспільний та правовий аспект // Юстиніан. – 2005. – № 10. –. [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.justunian.com.ua

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Ватюшенко В.О.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНСТИТУТУ МЕДИЧНОГО ОМБУДСМАНА В УКРАЇНІ

Відповідно до Конституції України кожній особі гарантується право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Закріплення та існування визначеного права має забезпечуватися контролем за реалізацією даного права закладами приватної та публічної власності, який здійснюватиметься з боку певного незалежного інституту. Таким механізмом гарантування реалізації, а також контролю за

його виконанням, на думку багатьох практиків та вчених, виступає саме інститут медичного омбудсмана, або уповноваженого із захисту прав пацієнтів.

Уповноваженого з прав пацієнтів розглядають як різновид інституту спеціалізованого омбудсмана, під яким розуміють незалежну авторитетну особу, головна мета якої полягає в тому, щоб діяти як посередник між певною групою населення та державними органами чи органами місцевого самоврядування, а також проводити моніторинг законодавства й діяльності органів управління на основі повноважень, що дають змогу звертатися із запитами та мати доступ до необхідної інформації, подавати рекомендації щодо протидії фактам поганого управління та усунення порушень прав людини у сфері охорони, на думку Пашкова В.М. Отже, медичний омбудсман – це особа або орган, який має існувати незалежно від органів державної влади та місцевого самоврядування, виконувати передбачені законодавством країни, а також міжнародним медичним законодавством функції по захисту прав громадян в медичній сфері та нести персональну відповідальність.

На сьогодні інститут медичного омбудсмана, з різними варіантами його назв (Парламентський уповноважений по справах охорони здоров'я – Великобританія, Омбудсман з прав пацієнта – Норвегія, Національна комісія з захисту прав пацієнта – Хорватія), розповсюджений по країнам Європейського Союзу та США. Кожна країна відповідно до свого законодавства та усталеної медичної практики наділяє омбудсмана різними повноваженнями. Основним завданням такого незалежного органу виступає розгляд скарг громадян, які отримали некваліфіковану медичну допомогу або зазнали шкоди зі сторони працівника медичного закладу, та прийняття по ним рішень.

На сьогоднішній день Україна підписавши Угоду про Асоціацію, взяла на себе зобов'язання прийняти законодавство про права пацієнтів, елементом якого може виступати Уповноважений з прав пацієнта. Тому, безперечно, Україна потребує впровадження спеціалізованого інституту омбудсмана з питань прав пацієнта. По-перше, омбудсман здійснить належний контроль за дотримання прав пацієнта. По-друге, уповноважений має стати тим незалежним органом та посередником у конфліктах, який поставить у рівновагу терези прав пацієнта та діяльності закладів охорони здоров'я, розглядаючи та вирішуючи скарги пацієнтів на порушення з боку таких закладів. По-третє, це надасть можливість ефективніше здійснювати управління лікувально-профілактичними закладами, як зазначає Паращич І.М.. Сьогодні контроль за якістю надання медичної допомоги обмежується, фактично, внутрішнім контролем або носить відомчий характер, як зазначає Пашков В.М., тому Україні необхідний загальнодержавний інститут контролю, неналежне виконання приписів якого може призводити до дисциплінарної, адміністративної та матеріальної відповідальності.

Звертаючи до міжнародного досвіду, можна зробити висновок, що в Україні необхідно запровадити посаду уповноваженого з прав пацієнтів, головною функцією якого має стати розгляд та вирішення скарг осіб, права яких порушено медичним персоналом. Він повинен мати представників на місцях та відповідну допоміжну службу. Уповноважений з прав пацієнтів має нести політичну відповідальність перед органом, який його призначив на посаду.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

ЗАБОРОНА РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПАЦІЄНТІВ ТРЕТІМ ОСОБАМ

Такі інститути права як адвокатська таємниця, банківська таємниця є досить широковідомі не тільки для юристів. Інститут лікарської таємниці є менш відомим, проте його важливість не може викликати сумнівів.

В процесі своєї роботи медичні працівники: лікарі, медсестри, працівники канцелярій в лікарнях отримують доступ до такої інформації пацієнтів, як історії хвороб, діагнози, витрати на лікування тощо. Зазначена інформація може стати об'єктом інтересу третіх осіб, таких як, наприклад, роботодавець, страхова компанія пацієнта, органи державної фіскальної служби тощо. Згідно зі ст. 39¹ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні. Відповідно до вимог ст. 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. Ст. 6 Закону України «Про доступ до публічної інформації» визначено, що інформацією з обмеженим доступом є конференційна інформація, доступ до якої обмежено фізичною або юридичною особою, крім суб'єктів владних повноважень, та яка може поширюватися у визначеному ними порядку за їхнім бажанням відповідно до передбачених ними умов. Відповідно до оприлюдненого рішення Конституційного Суду України від 20 січня 2012 року № 2 – рп/2012, інформація про особисте та сімейне життя особи (персональні данні про неї) – це будь-які відомості чи сукупність відомостей про фізичну особу, яка ідентифікована або може бути конкретно ідентифікована, а саме національність, освіта, сімейний стан, релігійні переконання, стан здоров'я та інші. Така інформація про фізичну особу та членів її сім'ї є конфіденційною і може бути поширена тільки за їх згодою або на запит суб'єктів владних повноважень. Треті особи не можуть отримувати данні про факт звернення за медичною допомогою, стан здоров'я пацієнта, історію його хвороби, інтимні аспекти життя, що стали відомі медичним працівникам під час лікування, оскільки така інформація є конфіденційною і може поширюватись виключно за бажанням (згодою) відповідної особи. Варто також звернути увагу не те, що розголошення інформації про стан здоров'я особи без її згоди, є незаконним розголошенням лікарської таємниці, за що передбачена кримінальна відповідальність ст. 145 Кримінального кодексу України. Проте якщо пацієнт надає згоду третій особі на отримання відомостей щодо нього/неї, надання такої інформації не буде порушувати закон. Аналізуючи законодавство, що становить даний інститут, варто також зауважити, що відповідно до ст. 137 ЦПК України, у випадках, коли щодо отримання доказів у сторін та інших осіб, які беруть участь у справі, є складнощі, суд за їх клопотанням зобов'язаний витребувати такі докази. Про ви-

требування доказів (інформації) суд виносить ухвалу. Відповідно до статті 129¹ Конституції України, судові рішення є обов'язковим до виконання.

Таким чином, можна зробити наступний висновок. Вище перелічені норми законодавства України встановлюють порядок надання конфіденційної інформації до якої належить інформація про пацієнта лише за особистою згодою особи або за ухвалою (рішенням) суду. Надання зазначеної інформації третім особам в інших випадках не допускається.

Венедиктова Ю.В.,

студентка 44 групи

ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕБАЖАНІЙ ВАГІТНОСТІ У МАЛОЛІТНІХ І НЕПОВНОЛІТНІХ: ЗАКОНОДАВЧІ КОЛІЗІЇ

Серед приблизно 700 нормативно-правових актів в Україні немає жодного, який би визначав, яких осіб слід вважати «підлітками». Проблема законодавчого регулювання у цієї категорії осіб насамперед стосується дівчат, особливо щодо питань ранньої вагітності, її переривання. З одного боку, відповідно до чинного законодавства, дитина старше 14 років має право не розповідати батькам про стан свого здоров'я, а з іншого – батьки зобов'язані піклуватися про стан здоров'я своєї дитини.

Тут потрібно знайти компромісне рішення. Медики стверджують, що вже були часи, коли заборона переривання вагітності сприяла розквіту кримінальних абортів, ускладнення яких (сепсис, кровотечі) стають причиною смерті жінок. Проте конче необхідно здійснити законодавче врегулювання переривання вагітності у дівчат 14–18 років і визначити процедуру сповіщення батьків.

Про згоду щодо переривання вагітності у малолітніх і неповнолітніх ідеться у чотирьох документах українського законодавства, а саме: у Цивільному кодексі (ЦК), у Законі України (ЗУ) «Основи законодавства України про охорону здоров'я» і у двох Наказах МОЗ – від 2.06.2009 р. № 382 «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді» і від 24.05.2013 р. № 423 «Про затвердження Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності, форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення».

Усі ці нормативні документи узгоджуються між собою. Перші три з них містять чітку інформацію про те, що дитині до 14 років медична допомога надається тільки за згодою законного представника, а від 14 до 18 років – за згодою батьків.

Проблема полягає в тому, що лікарі акушери-гінекологи на практиці сприйняли норму пункту 1.8. Порядку надання комплексної медичної допомоги вагітній жінці під час небажаної вагітності Наказу МОЗ України № 423 як таку, що дозволяє не брати згоду на проведення втручання від законного представника особи, яка досягла 14-річного віку. І, якщо така особа звертається до гінеколога, їй здійснюється штучне переривання вагітності без повідомлення батьків. Проте це неправильно, згоду законних представників дитини мати необхідно.

Пункт 2 Статті 284 ЦК гласить, що фізична особа, яка досягла чотирнадцяти років і яка звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій,

а згідно із п. 3 Статті 284 ЦК, надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, провадиться за її згодою.

Необхідно пам'ятати, що й батьки дитини мають певні обов'язки. МОЗ у наказі № 423 зробило посилання на статтю 284 ЦК, яка передбачає, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, провадиться за її згодою. А ще, існує стаття 285, яка передбачає, що батьки, усиновителі та опікуни і піклувальники мають право на інформацію про стан здоров'я дитини. Ця сама норма законодавчо закріплена й у статті 39 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Тобто, ЦК передбачає, що батьки мають право знати про стан здоров'я дитини, а відповідно до статті 150 СК батьки зобов'язані піклуватися про здоров'я дитини. Враховуючи, що втручання з приводу переривання вагітності передбачає певні ризики для здоров'я дитини, то батьки, які зобов'язані піклуватися про здоров'я своєї дитини.

Необхідно зазначити, що законодавство України передбачає випадки, коли дитина набуває повної цивільної дієздатності. Її неповнолітня особа набуває після одруження, або якщо неповнолітня особа влаштувалася на роботу і почала працювати, тобто вступила у трудові відносини. Тому я вважаю, що до Наказу МОЗ № 423 мають бути внесені зміни, і в ньому не лише має бути передбачено право дитини на прийняття самостійного рішення, а виписана процедура щодо реалізації права батьків на отримання інформації про стан здоров'я своєї дитини.

Вітюгіна С.П.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЕТИЧНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ

Клонування людини – створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у запліднену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини.

У 1997 році в Інституті Рослінг у Великобританії світові стало відомо про нове відкриття, яке стало сенсацією. Народження клону ягнички на ім'я Доллі в результаті використання донорського ядра клітини молочної залози дорослої вівці. А незабаром людство заговорило про клонування людини.

Актуальність даного питання полягає в тому, що клонування – це дійсно революційне відкриття, навколо якого розгортаються дискусії щодо його користі чи небезпеки, необхідності чи непотрібності.

Професор, який здійснив перше в світі клонування, попереджає, що при клонуванні людини «існує ризик, що на пізній стадії вагітності в багатьох випадках відбудеться викидень, або діти народяться з фізичними дефектами, або мертвими, перш ніж вийде вдалий клон». Також він зазначав низку проблем з яким можуть зіткнутися новонароджені діти. Тобто штовхнути людство на такий ризик було найнеетичнішою справою в світі. Щоб вирішити дану проблему, в тому ж році, ЮНЕСКО прийняла Загальну Декларацію, де зазначено «Не допускається практика, яка суперечить людській гідності, така як практика клонування з метою відтворення людської особи».

Заборона клонування набула поширення у різних країнах світу і на міжнародному рівні. В Україні в 2004 році прийнятий Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини», де в ст.1 зазначається «в

Україні забороняється репродуктивне клонування людини». Дія цього Закону не поширюється на клонування інших організмів. І не дивлячись на те, що даний законодавчий акт складається з п'яти статей, регламентування даного питання у нашій країні поступово заповнюється.

Останнім часом у ряді міжнародних організацій предметом спеціального розгляду стають питання захисту людської особистості в умовах прогресу біології, медицини, особливо в результаті бурхливих успіхів генної інженерії та біотехнології.

Прихильники клонування вважають, що при розумному законодавчому регулюванні, його переваги можуть перевищити його недоліки. Зазначають, що можна поліпшити людське суспільство клонами видатних людей, вирішити проблему безплідних пар, а також вони припускають клонування із тканин давно померлих людей.

Але проблема клонування людини має не тільки технологічні проблеми, а і моральні, світоглядні. Тому дане явище потрібно розглядати також з етичного аспекту. Опозиція клонуванню людини не ґрунтується на установлених моральних принципах. Обвинувачення у дублюванні ролі Бога є неясною, але постійно повторюваною критикою. Ми її чуємо щораз, коли у медицині з'являється нове серйозне досягнення. У свій час контролювання народжуваності за допомогою протизаплідних засобів, запліднення у пробірці і пересадження серця критикувалися на тих самих підставах. Бог часто робить чудові речі, котрі нам варто намагатися повторити. Якщо дублювання ролі Бога при клонуванні людини може мати погані наслідки, критики мають точно визначити, що вони мають на увазі.

Отже, кожне явище, яке виникає у нашому суспільстві, потребує правового регулювання. Рано чи пізно, ми зіткнемося з питаннями правового регулювання суспільних відносин, що виникнуть у зв'язку з новими відкриттями у галузі клонування, тому на мою думку, дане питання потребує вирішення.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А. О.

Гавриш Б.В.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ СФЕРИ ІНТИМНИХ ПОСЛУГ. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ

Сфера інтимних послуг, або проституція, є одним з суспільних феноменів, остаточне викоренення якого у сучасних умовах стає об'єктивно неможливим. Гострота та актуальність анонсованої тематики полягає у недостатній правовій регламентації галузі. Врахувавши передбачену адміністративну та кримінальну відповідальність за правопорушення та злочини, пов'язані із секс-бізнесом, зазначимо, що на нашу думку, політика заборони та ігнорування не забезпечить максимально ефективного досягнення поставлених цілей щодо врегулювання проблематики, існуючої у сфері інтимних послуг в українському суспільно-правовому просторі.

Бізнес з надання інтимних послуг через відсутність раціонального та належного регламентування має тіньовий характер функціонування. Для держави такі реалії створюють низку негативних наслідків, до яких можна віднести унеможливлення здійснення детального юридичного та медичного

нагляду, неможливість контролювання розповсюдження венеричних хвороб нахшталт гепатиту, гонореї, сифілісу і, навіть, СНІДу.

Обґрунтованість аналізу полягає у явній небезпеці для здоров'я та життя користувачів такими послугами через відсутність запровадження чіткої процедури перевірки медичного стану здоров'я осіб, які надають секс-послуги.

Станом на 2016 рік населення України становить приблизно 42,5 млн. осіб. Згідно даних, які у 2015 році надав ініціатор законопроекту щодо легалізації проституції депутат Верховної Ради України від групи «Воля народу» Андрій Неміровський, у сфері інтим-посуг в Україні задіяно близько 500 000 осіб. Тобто на кожні 85 жителів України приходить один представник сфери інтимних послуг. У загальнодержавному масштабі така статистика являється вкрай негативним явищем, враховуючи, що жінки-представники секс-бізнесу знаходяться в зоні ризику зараження ВІЛ СНІДом – за три роки інфікується приблизно 45-55 % жінок.

На мою думку, стабілізувати та знизити рівень безпеки для здоров'я у кон'юктурі секс-бізнесу допоможе платформа, у рамках якої буде запроваджено процедуру реєстрації працівників цієї галузі та подальші медичні огляди, які нестимуть обов'язковий характер і будуть підкріплені суворими санкціями. Наявність обліку і обов'язкового медичного огляду стану здоров'я представниць сфери інтимних послуг позитивно вплине на зменшення динаміки росту хвороб, що передаються статевим шляхом.

Для впровадження медичного інструментарію впливу на цю ланку необхідно прийняти ряд нормативних актів. Серед них необхідним для імплементації є закон про легалізацію сфери інтимних послуг, закон про проведення обов'язкових медичних оглядів працівників сфери інтимних послуг та доречним стане видача наказу МОЗ, який би детально регламентував порядок проведення таких медичних оглядів.

На сьогодні Україна не готова до повної легалізації анонсованої галузі, але за умов узаконення секс-бізнесу, тіньові аспекти сфери стануть доступними для регулювання органами влади і з'являться можливості для більш дієвого та якісного управління, що в свою чергу, може призвести до позитивних трансформацій у медичному вимірі України та забезпечить інноваційні важелі регулювання з точки зору захисту здоров'я українського населення.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. А.О. Олефір.

Гайдук А.С.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

На сьогодні, здійснення господарської діяльності з виробництва лікарських засобів здійснюється за обов'язковим попереднім отриманням ліцензії. Так, відповідно до статті 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», ліцензуванню підлягає виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) – з урахуванням особливостей, визначених Законом України «Про лікарські засоби».

Безпосередньо Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими

засобами закріплені наказом Міністерства охорони здоров'я України №723 від 31.10.2011.

При цьому, на сьогодні на сайті Міністерства охорони здоров'я України для публічного обговорення опублікованопроєкт постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)».

Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)» (Далі – Проект) розроблено на виконання частини другої статті 9 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

У Проекті постанови враховані положення попередніх редакцій Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів а також вимоги щодо процедури ліцензування, які запроваджені Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

Метою прийняття акта є забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист інтересів пацієнтів та створення належних умов для забезпечення населення лікарськими засобами відповідної якості.

Проаналізувавши вищенаведений Проект, необхідно зазначити, що окремими нововведеннями запропонованого проекту виступають:

- обов'язок ліцензіата при створенні нового місця провадження господарської діяльності подати до Державної служби України з лікарських засобів заяву про внесення до ЄДРПОУ відповідних відомостей. Так, Проектом передбачено окремий вид контролю, а саме перед ліцензійну перевірку, яка наразі відсутня у чинному законодавстві.

- встановлення вичерпний перелік підтверджувальних документів для кожного з видів діяльності, що підлягає ліцензуванню.

- визначення чітких термінів розгляду заяв та прийняття відповідних рішень Державної служби України з лікарських засобів тощо.

Відтак, на нашу думку, задля встановлення єдиної уніфікованої системи отримання ліцензій на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів необхідно продовжити роботу над Проектом постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)», адже за останній рік робота в даному напрямку була призупинена і ніяким чином не відображається в засобах масової інформації.

Науковий керівник – к.ю.н., асистент Олефір А.О.

ПИТАННЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИВАТНИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

На сьогоднішній день, в умовах розвитку ринкових відносин та вихід на ринок медичних послуг все більшої кількості приватних закладів охорони здоров'я, досить актуальним є питання щодо зобов'язань з надання екстреної медичної допомоги такими закладами.

Варто розпочати з того, що найпоширенішою підставою виникнення зобов'язань з надання медичних послуг в приватних закладах охорони здоров'я є договір. На даний договір поширюються загальні положення цивільного законодавства про договір. З огляду на це, лікар, як виконавець повинен вчиняти дії обумовлені конкретним договором. Проте на практиці виникають випадки, коли необхідно вчинити дії необумовлені договором або взагалі за його відсутності. Зокрема, це стосується і надання екстреної допомоги. Як бути тоді ?

Порядок та загальні засади надання екстреної медичної допомоги визначені Законом України «Про екстрену медичну допомогу». Відповідно до нього, а саме частини один статті 3 відповідного закону, на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону, екстрена медична допомога визначається як медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Під невідкладним станом, слід розуміти раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини. Та чи може надаватися така допомога приватним закладом охорони здоров'я без передбачення цього у договорі та без згоди особи ?

Частина перша статті 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначає, що медичне втручання може проводитися лише за наявності інформованої згоди особи, щодо якої воно здійснюється. Таким чином, остання є однією з важливих умов здійснення медичного втручання. Проте, частина 5 статті 284 Цивільного Кодексу України встановлює, що у невідкладних випадках, якщо існує реальна загроза життю, відповідні спеціальні суб'єкти можуть надавати медичну допомогу і без згоди фізичної особи, її опікунів, піклувальників, батьків, усовлювачів. Повертаючись до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», звертаємо увагу на те, що стаття 5, встановлює загальний обов'язок закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, надати необхідну медичну допомогу відповідно до стану особи. Відмова у наданні медичної допомоги такому пацієнту або створення перешкод у її наданні не допускається і тягне за собою для осіб, які її допустили чи здійснили без поважних причин, відповідальність, визначену законом. Тобто, ми можемо говорити про те, що надання такої медичної допомоги не може співвідноситися з медичною послугою, обумовленою договором про надання медичних послуг і відповідно

покладає на спеціальні суб'єкти обов'язок щодо надання медичної допомоги у невідкладних випадках у відповідності із законодавством.

Отже, узагальнюючи вищезазначене, ми можемо зробити висновок, що, законодавство України зобов'язує в разі виникнення у особи, загрозового для життя стану, надати закладом охорони здоров'я екстрену медичну допомогу, незалежно від форми власності такого закладу.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Гомля І.А.,

студентка 2 курсу

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

НАПРЯМКИ УДОСКОЛАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

Питання сурогатного материнства є актуальним та широковідомим явищем в Україні. Однак воно тільки частково врегульоване законодавством України. До таких юридичних актів належить Сімейний кодекс України; Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» від 16 липня 1999 р.; Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» від 23.12.2008 р. № 774 та ін. На жаль, існує чимало неврегульованих питань, наприклад, коли сурогатні матері відмовляються віддавати народжену дитину її справжнім батькам або, коли дітей, що народилися неповноцінними, відмовляються забирати генетичні батьки, мотивуючи свою відмову тим, що така неповноцінність обумовлена шкідливим впливом організму сурогатної матері [1, с. 318].

Зважаючи на це, можна виділити наступні напрямки удосконалення питання сурогатного материнства на законодавчому рівні в Україні:

- слід заборонити сурогатне материнство на комерційній основі, тобто єдиною основою має бути не збагачення сурогатної матері, а реалізації права на батьківство безплідних подружніх пар. Таке законодавство діє в Австралії, Великобританії, Данії, Ізраїлі, Іспанії, Канаді, Нідерландах, окремих штатах Америки [2, с. 33]. Однак не слід включати певну компенсацію для сурогатної матері на медичне обслуговування та інші витрати під час вагітності та пологів.

- на законодавчому рівні мають бути врегульовані умови договору про надання послуг сурогатною матір'ю, який повинен врегулювати питання таких можливих його наслідків, як народження дитини з фізичними чи психічними вадами; відмови сурогатної матері надати згоду на запис подружжя батьками дитини. Також в ньому мають бути врегульовані питання порядку та строків оплати послуг сурогатної матері, підстави та порядок його зміни і розірвання. Окрім того держава має створити механізм захисту репродуктивних прав людини та за їх порушення ввести кримінальну відповідальність, як це вже зробили у Німеччині.

- необхідно, щоб зазначений договір мав тристоронній характер, тобто сторонами його повинні бути: батьки – медичні установи/органи опіки і піклування – сурогатна мати. Договір має бути засвідчений нотаріусом. Таким чином можна зменшити число шахраїв та посередників, які хочуть збагатитися на зазначеній процедурі.

Отже, для удосконалення правового регулювання сурогатного материнства необхідно створити спеціальний закон, у якому чітко закріпити право на батьківство (материнство) шляхом здійснення такої репродуктивної послуги як сурогатне материнство, а також – їх захисту та договірному способу реалізації.

Література:

1. Сопель М. В. Правові аспекти сурогатного материнства: Українська та США М. В. Сопель // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): Матеріали II Всеукр. наук.практ. конфер. (17-18 квіт. 2008 р., м. Львів). – Л.: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2008. – С. 314–318
2. Красницька Л. Визначення походження дитини при застосуванні форм репродуктивної медицини за законодавством України // Підприємництво, господарство та право. –2004. – № 7. –С.31–33

Гончаров І.В.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАКРІПЛЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ В ЗАКОНОДАВСТВІ

Актуальним, в першу чергу, є дослідження сутності та видів медичної помилки, на розуміння якого занадто односторонньо дивляться представники юридичної науки. Так, законодавчо закріплено гол поняття “лікарська помилка” немає, з огляду на що в юридичній практиці до неї відносять всі випадки настання негативних наслідків лікування пацієнта. З одного боку можна розглядати помилку, з погляду цивільного законодавства як неналежного виконання договору про надання послуг, а з іншої, у Кримінальному кодексі чимало статей за якими можна залучити медичного працівника до відповідальності. До таких можна віднести 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) тощо. Відповідальність медичних працівників опосередковано передбачена Кодексом України про адміністративні правопорушення, Цивільними кодексом України.

В свою чергу медична наука поділяє медичні помилки на деонтологічні, діагностичні та лікувальні. Деонтологічною помилкою є недотримання лікарем етики лікарської практики. Основними причинами діагностичних помилок є недбале, неповне обстеження, неправильно сформульований діагноз, помилко оцінене дослідження тощо. Лікувальні помилки, в свою чергу, полягають у не правильному лікуванні, призначеному медичним працівником.

З огляду на проведені класифікацію варто зазначити, що практично всі види зазначених помилок можуть бути наслідками як суб’єктивних, так і об’єктивних причин. Об’єктивними причинами є надзвичайна складність лікарської професії; вузька спеціалізація; велика довіра до сучасних медичних технологій; індивідуальні особливості організму людини та можливі не-

гати́вні наслідки застосування будь-яких методів лікування; дія людського фактору. Суб'єктивними причинами можна визнати неналежний стан гігієни в кабінеті, халатність, неякісне надання допомоги з огляду на соціально-економічне становище пацієнта, ігнорування симптомів та інше.

Вважаємо, що під поняття медичної помилки повинні підпадати лише ті наслідки, які виникли з об'єктивних причин. В свою чергу підміна поняттям "медична помилка" неналежне надання медичної допомоги порушує не лише довіру до охороноздоровчої сфери, але і порушує права і свободи пацієнтів на захист та відновлення порушених прав. Лікарська помилка з погляду права є безвинним заподіянням шкоди здоров'ю пацієнта у зв'язку із проведенням лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів, наслідком яких стали об'єктивні, не пов'язані з особою лікаря причин.

Отже, підсумовуючи зазначене, вважаємо не доцільною криміналізацію лікарської помилки з огляду на такі фактори, як невизначеність її поняття, неможливість уникнення лікарських помилок, існування людського фактора та надзвичайна складність медичної професії. На мою думку, медична помилка потребує нормативного закріплення в підзаконних правових актах Міністерства охорони здоров'я лише для чіткого її відмежування від неналежного надання медичної допомоги, зосереджуючись на підставах виникнення негативних наслідків лікування пацієнта. Особливістю лікарської помилки повинна бути визнана незлочинна омана лікаря в його професійній діяльності, якщо при цьому виключається недбалість, несумлінність, недбалість, самовпевненість чи байдужість.

Науковий керівник: к.ю.н., ас.Олефір А. О.

Горчаков А.С.,

*Студент 4 курсу медичного факультету №1
Вінницького НМУ ім. М.І. Пирогова*

ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Гострою та невирішеною постає проблема захворюваності на туберкульоз в Україні.

Згідно Наказу МОЗ України №327 від 15.05.2014р. а саме, пункту про «Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз» така соціальна група, як студенти вищих навчальних закладів 1-4 рівнів акредитації, підлягає проведенню обов'язкових профілактичних медичних оглядів (далі- Медичний огляд) перед проходженням виробничої практики. Часто таке обстеження проводять за допомогою пересувної системи – автомобіля, оснащеного рентген установкою.

Слід зазначити той факт, що результати даного обстеження, згідно Наказу МОЗ України №327 від 15.05.2014р. мають бути занесені до відповідної форми первинної медичної документації, що, у випадку студентів вищих навчальних закладів України окремою формою не виділено. Основою діагностичного обстеження є флюорографія органів грудної порожнини. Внаслідок того, що обстеження є масовим, виконавці дещо пропускають той факт, що згідно «Частини п'ятої статті 23 Закону України «Про інформацію»:- «Медична інформація, тобто свідчення про стан здоров'я людини, історію її хво-

роби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі і про наявність ризику для життя і здоров'я, за своїм правовим режимом належить до конфіденційної, тобто інформації з обмеженим доступом. Лікар зобов'язаний на вимогу пацієнта, членів його сім'ї або законних представників надати їм таку інформацію повністю і в доступній формі.» Розшифровуючи даний текст, можна зробити висновок, що інформація про стан здоров'я окремого студента має повідомлятися йому особисто, після обробки відповідного дослідження лікарем-радіологом в спеціалізованих закладах охорони здоров'я України. Основною проблемою є те, що внаслідок масовості проходження медичних оглядів, інформація про стан здоров'я студентів повідомляється їм через підрозділи вищого навчального закладу, наприклад: членів деканату, канцелярії, комендантів гуртожитків, студентську поліклініку, тощо. Зазначимо, що згідно Ст. 40 ЗУ Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-ХІІ: «Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків» Якщо розібратися у викладеному тексті, стає зрозумілим, що діалог про стан здоров'я студента має проводитись лиш між представником відповідного закладу охорони здоров'я України і, власне, самим студентом, що в даний час не відповідає дійсності. Тому дане питання вимагає найшвидшого вирішення на законодавчому рівні.

Науковий керівник – викладач Кульшенко-Верлан О.О.

Гресь А.О.,

студент 22 групи

ПІОІ НІОУ імені Ярослава Мудрого,

ПРОБЛЕМИ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ

У сучасному світі, де швидкими темпами розвивається медицина величезну увагу медиків, юристів чільне місце посідає проблема евтаназії. Це питання є актуальним не тільки за кордоном, але і в межах нашої держави – України. Уперше термін «евтаназія» (грец. *eu* – добре + грец. *thanatos* – смерть) було введено англійським філософом Ф. Беконом в XVII столітті, яке означало поняття «легкої смерті» [1, с. 34-36].

Термін евтаназія Цивільний кодекс України чітко не містить, але в ч.4 ст. 281 містить пряму вказівку на заборону задовольняти прохання особи про припинення її життя [2, с. 6]. Також ч. 3 ст. 52 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлює заборону здійснення евтаназії медиками: «медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань» [3, с. 2].

З одного боку, легалізація евтаназії на Україні допустить величезні фактори ризику, що медики будуть чинити тиск щодо певних груп населення (невиліковно хворі, інваліди, люди похилого віку), адже ці групи населення становлять «марний тягар» не лише для держави, але й для суспільства. З погляду науки відбуватиметься «параліч» наукового прогресу, адже лікарям тепер не доведеться шукати способи подолання тієї чи іншої невиліковної

хвороби (боротьба з онкологією, ВІЛ/СНІД та інші чисельні невиліковні хвороби). З юридичної точки зору, можна дійти висновку, що лікар вчиняє умисне вбивство. Тому на законодавчому рівні це питання залишається відкритим. Раніше в сесіях Верховної Ради це питання неодноразово обговорювалося, але протести православної церкви були остаточним рішенням щодо заборони цього інституту законом. Це зазначається в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» за ст. 52 Надання медичної допомоги хворому в критичному для життя [3, с. 2].

Таким чином, в сьогоденнішніх економічних та правових реаліях легалізація евтаназії на Україні є неправильним рішенням. В умовах нинішньої економічної кризи евтаназія стане способом «усунення» пацієнтів, які несуть певні збитки за стану нинішньої бідності медицини: інваліди, саодинокі люди похилого віку, невиліковно хворі особи. До того ж вченим, не потрібно буде знаходити нові способи лікування тієї чи іншої невиліковної хвороби. Тому, дивлячись на досвід українських лікарів, затвердити на законодавчому рівні інститут евтаназії наразі практично неможливо.

Література:

1. Гаврилюк Д.В. Евтаназія в Україні: бути чи ні? // Права людини як критерій морального виміру політики і державної влади. – Суми, 2006. – ст. 34-36.

2. Цивільний кодекс України.; Кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/435-15> – ст.6.

3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page20> – ст.2.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Прохазка Г.А.

Григорчук Д.І.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ У РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Фармацевтична галузь завжди була досить дискусійною через свою соціальну значущість. Багато вітчизняних та зарубіжних науковців аналізували особливості ціноутворення у сфері лікарських засобів, а також перспективи розвитку світового фармацевтичного ринку. Серед таких дослідників можна назвати: Л.Г. Кузьменко, Л.М. Дешко, І.В. Пестун та інші.

Загалом, лікарські засоби визначаються, як речовини або суміші речовин, що вживають для профілактики, діагностики, лікування захворювань, запобігання вагітності, усунення болю. В Україні спостерігається значна варіація цін у різних регіонах країни, стабілізувати цю ситуацію може державне регулювання.

В Україні ціни на ліки підлягають державному регулюванню, тобто обмежується рівень торгівельної надбавки.

У постанові Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 року №1499 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України» зазначається, що граничні торговельні надбавки (націнки) на лікарські

засоби і вироби медичного призначення, зазначені у переліку вітчизняних та імпортованих лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, що реалізуються населенням через аптечну мережу, – на рівні не вище ніж 35 відсотків оптової ціни виробника (митної вартості), а на ті, що придбаваються державними та комунальними закладами охорони здоров'я за бюджетні кошти, – на рівні не вище ніж 10 відсотків оптової ціни виробника. Але в цьому акті є значні недоліки, які виявляються у відсутності щодо обмежень розміру граничної торговельної надбавки оптової мережі при продажі лікарських засобів.

Регулювання цін в різних країнах світу застосовується по-різному: як у прямому встановленні максимально допустимих цін, так і непрямою дією на них, також можуть бути направлені як до цін, що встановлюють виробники, так і до кінцевих. Державник контроль може поширюватись на весь ринок чи тільки на певний сектор, на всі препарати, без винятку, або на певні категорії ліків, наприклад, які перебувають під патентом.

Як показує практика, більшість країн світу використовують змішану систему ціноутворення, яка поєднує у собі державне регулювання та вільні ціни.

У США, Німеччині, Великій Британії та низці інших країн застосовується переважно вільне ціноутворення, яке базується на показниках попиту та пропозиції на лікарські засоби. Регулюючі органи здійснюють контроль за доходами фармацевтичних виробників, встановлюють примірні ціни, впроваджують методи відшкодування витрат на рецептурні препарати та інше. Кардинально відрізняється вирішення цього питання у Франції, Італії, Бельгії, Японії, Індії та Китаї, де рівень цін на лікарські засоби повністю регулює держава.

Наприклад, Китай, встановлюючи максимальні ціни на імпортовані лікарські засоби, для порівняння беруть ціни на вітчизняні препарати, які є аналогами, або ціни на них у країнах, що перебувають приблизно на тому ж рівні економічного розвитку.

Отже, регулювання цін на лікарські засоби, з одного боку, може забезпечити зниження цін на них, що сприятиме підвищенню рівня соціального захисту населення та економії коштів бюджету, а з іншого – воно може призвести до дефіциту якісних і ефективних ліків, обмеження використання принципово нових препаратів і деякою мірою стримування створення і впровадження в практику інноваційних лікарських засобів.

*Гринько М.О.,
студентка 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОНОРСТВА КРОВІ В УКРАЇНІ

Питання донорства в Україні є надзвичайно актуальним, оскільки щороку від нестачі донорської крові помирає кілька тисяч людей, а кількість донорів за останні 15 років зменшилася більше ніж у двічі.

Проблематика даної теми полягає в дослідженні національного та міжнародного законодавства з питань регулювання донорства крові та можливих шляхів удосконалення норми національного законодавства.

Серед норм міжнародного права слід виділити Кодекс донорства, розроблений та прийнятий Всесвітньою організацією охорони здоров'я і Гене-

ральною Асамблеєю Міжнародного товариства переливання крові (ISBT) 12 липня 2000 р.

Відповідно до ч.1 ст. 2 ЗУ «Про донорство крові та її компонентів», донорство крові та її компонентів – це добровільний акт волевиявлення людини, що полягає у даванні крові або її компонентів для подальшого безпосереднього використання їх для лікування, виготовлення відповідних лікарських препаратів або використання у наукових дослідженнях.

Загальноприйнято вважати, що основною і найбільш повноцінною групою донорів є особи вікової категорії від 20 до 40 років. Спираючись на п.3.1 наказу МОЗ України «Про порядок медичного обстеження донорів крові та (або) її компонентів», особи з масою тіла менше 50 кг можуть допускатися до донорства у виняткових випадках. Обсяг донації крові в них не повинен перевищувати 300 мл. Кількість регулярних донацій крові на рік для чоловіків та жінок встановлено у «Порядку оплати донорам давання крові та (або) її компонентів», для чоловіків – не більше 5 разів на рік, для жінок – не більше 4, після чого інтервал до наступної кроводачі складає 3 місяці.

Держава повинна здійснювати захист прав донора від негативних наслідків донорства, таких як зараження донора інфекційними хворобами, інвалідності, смерті. У разі виявлення негативних наслідків донорства держава відшкодовує заподіяну шкоду та надає безкоштовне державне страхування [1, с.6].

З метою заохочення населення до здачі крові або плазми крові у ст. 12,13 Закону України «Про донорство крові та її компонентів» визначено, що донори, які безкоштовно здали кров у кількості 40 разових максимально допустимих доз або плазму крові в кількості 60 разів, нагороджуються відзнакою «Почесний донор України». Донорам, які здали кров або плазму крові 100 і більше разів, присвоюється звання «Заслужений донор України». За статистикою, на сьогодні, посвідчення «Почесний донор України» мають майже 100 тис. донорів, звання «Заслужений донор України» – 60 осіб [2, с.44].

Законодавством України встановлює багато пільг для осіб, які отримали звання Почесного донора України. Так, ст. 13 Закону виділяє наступні: безоплатне першочергове зубопротезування, 50-ти відсоткова знижка на придбання ліків за рецептами лікарів, першочергове забезпечення донорською кров'ю, отримання надбавки до пенсії у розмірі 10 відсотків від прожиткового мінімуму на одну особу у розрахунку на місяць та ін.

Таким чином, підсумовуючи вищезазначене для покращення питання донорства в Україні необхідно привести норми національного законодавства у відповідність до норм міжнародного законодавства, а також створити Національний реєстр донорів крові, створити єдину інформаційну базу донорів відведених від донорства, залучити засоби масової інформації, громадські організації, до пропаганди донорства крові та її компонентів. Ці заходи сприятимуть гармонізації законодавства та позитивно вплинуть на рівень соціального захисту осіб, які здають кров та (або) її компоненти у закладах охорони здоров'я або відповідних пунктах.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Гудзь М.В.,

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Як відомо, на рівні Основного Закону України закріплено право кожного на охорону здоров'я та медичну допомогу, і також зазначено про обов'язок держави створювати відповідні умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Це право є одним із основних у розрізі забезпечення якості життя суспільства, і, в той же час, одним із порушуваних прав громадян.

Кожен із нас неодноразово у своєму житті зіткнувся із проблемою медичного обслуговування чи взагалі можливістю доступу до нього. Чимало задекларованих положень говорить про безоплатність медичних послуг, доступність лікарських засобів, якість обслуговування та консультування. Проте реальність далека від написаного. І проблем у даній сфері значно більше, ніж здавалося б на перший погляд.

Одним із таких проблемних питань є доступність медикаментозного забезпечення в сільській місцевості.

У сільській місцевості проживає майже третина населення України, проте тут зосереджено лише чверть аптечних закладів, які акумулюють тільки 10% загальноукраїнського обсягу роздрібних продажів. Тому проблема медикаментозного забезпечення є масштабною.

Кількість аптечних закладів у сільській місцевості значно скоротилась за останні роки. З одного боку це видається зрозумілим, адже фармацевтичні компанії на сьогодні визнають нерентабельною співпрацю із сільськими аптеками через протермінування товару, недотримання умов зберігання, що впливає на якість лікарських засобів, несвоєчасні розрахунки тощо. Їх відкриття за таких умов вважається економічно недоцільним. Проте з іншого боку – таким чином значна частина громадян позбавляється реальної можливості доступу до лікарських засобів, отримання консультування. Адже постійно їздити до найближчого районного центру хоча б за ліками першої необхідності не видається зручним і завжди можливим для пересічного сільського жителя, зважаючи на територіальну віддаленість деяких сіл, регулярність транспортного сполучення та купівельну спроможність громадян.

На сьогоднішній день питання відсутності аптек у сільській місцевості вирішується можливістю роздрібної торгівлі у приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько – акушерських пунктів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторій, амбулаторій загальної практики – сімейної медицини працівниками цих закладів, які мають медичну освіту.

Проте перелік лікарських засобів, які можна реалізовувати у таких закладах є обмеженим наказом Міністерства охорони здоров'я. І також реалізація препаратів не фармацевтом, а особою, що має «медичну освіту» говорить все ж таки про недостатній рівень медикаментозного забезпечення сільського населення.

Для вирішення цієї проблеми необхідно все ж таки збільшення виділення коштів відповідних бюджетів для розвитку аптечних закладів у сільській місцевості по всій Україні, адже ця проблема не є локальною. Якщо в

селі із кількістю 800 – 1500 жителів працюватиме хоча б одна повноцінна аптека – вже можна говорити про певний рівень нормального медикаментозного забезпечення та доступності лікарських засобів.

Доцільним є також надання певних пільг особам (як ФОП, так і юридичним особам), які займатимуться створенням і функціонуванням аптек у сільській місцевості. Це стосується і працівників аптек, заохочення яких можна здійснити шляхом надання/покращення житлово – побутових умов та достатнім рівнем заробітної плати.

В комплексі ці заходи мають сприяти створенню і розвитку аптек у сільській місцевості та забезпечувати доступ до необхідних лікарських засобів кожному, хто має потребу, незалежно від територіального фактора.

Данильчук К. В.,

студентка 31 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Багато науковців відносять право на сурогатне материнство до четвертого покоління прав людини. Саме тому це питання на сьогодні є дискусійним, таким, що є особливо залежним від питань етики та моралі. Вивчення проблематики регулювання сурогатного материнства через призму цивільного законодавства зарубіжних країн дозволяє виокремити основні підходи та ставлення громадянського суспільства різних країн до питання сурогатного материнства як до допоміжної репродуктивної технології. Перш ніж зосередитися на питанні цивільно-правового регулювання сурогатного материнства закордоном, на мою думку, варто дати визначення інституту “сурогатне материнство”. Можна погодитися із визначенням С. К. Даниленко, який на основі аналізу визначень інших вчених, запропонував своє: “сурогатне материнство – це запліднення генетично сторонньої жінки (без використання її біологічного матеріалу) шляхом імплантації або трансплантації ембріона з використанням генетичного матеріалу чоловіка та жінки, які перебувають у шлюбі, з метою виношування й народження дитини, яка надалі буде визнана такою, що походить від подружжя, на підставі відповідного договору між подружжям та сурогатною матір’ю”. У кожній країні власний підхід у цивільно-правовому регулюванні питання сурогатного материнства, який різниться залежно від загального культурно-соціального рівня суспільства, рівня законодавчої техніки, етики тощо.

Про відсутність єдиного підходу до вирішення питання цивільно-правового регулювання сурогатного материнства свідчить і те, що у ЄС відсутній спеціальний регіональний акт, який би регламентував питання сурогатного материнства. При цьому окремі вчені все одно створюють класифікації країн за критеріями сурогатного материнства як правового інституту у державі. Так І. С. Басалига виділяє три групи країн:

- де сурогатне материнство заборонене (про них згадувалося вище, зокрема, Німеччина, Португалія, Франція, Іспанія);
- в яких сурогатне материнство не заборонене, але відсутня спеціальна цивільно-правова база (Австрія, Чехія, Данія);
- де сурогатне материнство дозволене та законодавчо врегульоване (Греція, Великобританія).

Класифікація, яка також має важливе значення у розрізі цивільно-правового регулювання, провадиться за критерієм наявності генетичного зв'язку сурогатної матері із дитиною:

- країни, де дозволяється як традиційне, так і гестаційне (сурогатне материнство без зв'язку з матір'ю);

- країни, де дозволяється лише гестаційне сурогатне материнство.

Гестаційне сурогатне материнство з'явилося відносно нещодавно, саме тому не встигло знайти достатнє відображення у цивільно-правових актах більшості країн.

Отже, наявні такі головні моменти цивільно-правового регулювання сурогатного материнства закордоном:

- відсутні регіональні акти країн-учасниць міжнародних організацій, які б детально регулювали питання сурогатного материнства;

- як і у випадку донорства більш етичним вважається гестаційне «альтруїстичне» сурогатне материнство як таке, що, по-перше, позбавлене прямої матеріальної зацікавленості (комерціалізації) сурогатного материнства і, по-друге, є більш сприятливим для фізичного та психічного здоров'я сурогатної матері;

- у більшості країн договір про сурогатне материнство як складний та багатоаспектний інститут набирає чинності лише після схвалення його судовим органом;

- рівень цивільно-правового регулювання питання сурогатного материнства в кожній окремій країні залежить від її соціально-правового, економічного та культурного розвитку, та особливо – від офіційного ставлення держави до цього явища;

- зарубіжні вчені в якості подальших кроків цивільно-правового регулювання сурогатного материнства виділяють необхідність визначення чітких гарантій захисту прав дитини, народженої внаслідок сурогатного материнства та сурогатної матері.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Гриценко Г. Г.

Дементій Ю. О.,

студентка 43 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ПРАВО НА ПОВАГУ ДО ЧАСУ ПАЦІЄНТІВ В АСПЕКТІ СВОЄЧАСНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кожна особа має право на охорону здоров'я, на отримання медичної допомоги, та на дотримання своїх прав, інтересів при наданні медичного обслуговування. Охорона здоров'я є пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави. Така діяльність має здійснюватися відповідно до законодавства та з повним дотриманням усього переліку прав і свобод особи.

Звертаючись до міжнародних стандартів прав особи в сфері охорони здоров'я, можна виокремити Європейську Хартію прав пацієнта. Одним з перелічених прав є право на повагу до часу пацієнта. Стаття 7 закріплює, що кожен має право на отримання необхідного лікування без зволікань, протягом наперед встановленого строку. Таке право стосується кожного етапу лікування.

На нашу думку дане право можна розглядати з двох позицій. По-перше, важливе значення має екстреність надання медичної допомоги. Внаслідок

своїєї специфіки, така допомога досить часто потребує негайного виконання та реагування. Зокрема, відповідно до наказу МОЗ України «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні» має бути забезпечено надання в максимально короткі строки, після отримання виклику, екстреної медичної допомоги пацієнтам визначеної території обслуговування. Отже, держава в особі уповноважених органів має забезпечувати негайне реагування медичного персоналу на потребування допомоги і створити всі необхідні умови для рятування життя та здоров'я пацієнта.

По-друге, кожному пацієнту має бути забезпечений своєчасний, повний огляд з постановкою правильного діагнозу та наданням пояснень. Зокрема, відповідно до Етичного кодексу лікаря України, прийнятий і підписаний на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства від 27.09.2009 р., до п. 3.3., лікар зобов'язаний приділяти пацієнту достатньо часу і уваги, необхідних для встановлення правильного діагнозу, виконання повного обсягу допомоги, обґрунтування приписів і рекомендацій щодо подальшого лікування, надання їх хворому у детальному і зрозумілому для нього вигляді. Отже, особа, яка звернулася до лікаря має отримати належний кваліфікований огляд, допомогу, лікування та пояснення в найкоротший час, без зволікань чи невиправданої затримки.

Прикладом порушення даного права може бути ситуація, за якої особа звернулася до лікаря-терапевта зі скаргами на біль голови, підняття тиску. У цей день вона, незважаючи на вік і стан здоров'я, провела в очікуванні практично всю зміну цього лікаря, оскільки він приймав пацієнтів не кваліфікованих, а також відлучався зі свого кабінету без жодних пояснень хворим, що очікували в черзі. За 30 хвилин до закінчення своєї роботи лікар повідомив, що сьогодні вже більше нікого приймати не буде. Лікар повідомив, що всі, хто не отримав допомоги сьогодні, можуть, зважаючи на їх стан, який він оцінив «на око», прийти на прийом в інший день. Лише завдяки власній наполегливості громадянин того дня все ж отримав медичну допомогу. Отже, в даному випадку спостерігається порушення прав пацієнта. Лікар зобов'язаний надати допомогу особі, має сумлінно виконувати свої посадові функції та не може відмовити пацієнту в огляді на наданні медичної допомоги без достатньої правової підстави.

Можна зробити висновок, що право на повагу до часу пацієнта – це гарантія забезпечення своєчасного, повного, а в необхідних випадках, екстреного надання медичної допомоги. Діяння медичних працівників, зокрема такі, як нез'явлення до хворого за викликом, поверхове, формальне, несвоєчасне обстеження хворого, що потребує медичної допомоги, можуть бути кваліфіковані за ст. 139 Кримінального кодексу України. У разі ненадання потрібної допомоги пацієнту в межах закладу охорони здоров'я внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до своїх професійних обов'язків медичним працівником, в тому числі пов'язаного з часовими межами надання допомоги, може бути кваліфіковано на підставі ст. 140 Кримінального кодексу України.

*Денисенко О.О.,
студентка 31 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

МЕДИЧНА ДОВІРЕНІСТЬ ЯК ВИД ПОПЕРЕДНІХ РОЗПОРЯДЖЕНЬ ПАЦІЄНТА

В умовах стрімкого розвитку медицини, часто, необхідним стає оперативне прийняття рішень щодо форм медичного втручання за умов нездатності пацієнта до волевиявлення. Медична довіреність є одним з провідних способів забезпечення повної регламентації дій лікаря згідно з волею пацієнта, а відтак й ефективним засобом запобігання свавілля у прийнятті рішень щодо життя та здоров'я особи.

Науковою основою проведеного дослідження щодо окремих питань добровільного представництва та довіреності стали роботи таких вчених-цивілістів як А. Дрішлюка, П. Крупка, В. Рясенцева, Є. Харитонова. Проблематику правових засобів реалізації принципу згоди на медичне втручання висвітлювали, зокрема, Г. Миронова, С. Антонов, З. Гладун, Р. Гревцова.

Законодавство України не регламентує поняття попередніх розпоряджень щодо медичного втручання, що й обумовлює мету цього дослідження – проаналізувати правову природу медичної довіреності та, потенційно, її місце в цивільно-правовій системі України.

До найбільш поширених юридичних форм попередніх розпоряджень належать медичні директиви, заповіт стосовно доживання та довіреність з охорони здоров'я або медична довіреність. В контексті нашого дослідження ми розглянемо останній вид, що являє собою ґрунтоване на договорі волевиявлення, яким призначається особа, уповноважена приймати медичні рішення замість пацієнта. Його важливість зумовлюється забезпеченням роз'яснень щодо розпливчастих неоднозначних термінів в особистих розпорядженнях, а також є необхідним для надання медичної допомоги в умовах несподіваних ситуацій, які не були конкретно передбачені пацієнтом.

Провідними країнами в аспекті регламентації юридичних конструкцій попередніх медичних розпоряджень є США та Великобританія. В їх практиці використовується, у тому числі, Довгострокова довіреність на прийняття рішень з медичного обслуговування (Durable Power of Attorney for Health Care), якою пацієнт уповноважує довірену особу (Health-Care Agent) для прийняття рішень в його інтересах з питань догляду та лікування, як тільки довіритель втрачає здатність робити це самостійно. Стандарти, процедури і гарантії стосовно попередніх медичних розпоряджень встановлюються відповідними законами. Наприклад, у штаті Нью-Йорк використовується форма «Довіреність на прийняття рішень про медичну допомогу».

Вже зазначалося, що проблемою вітчизняного законодавства є невнормованість питань попередніх медичних розпоряджень та представництва пацієнта. Як і більшість цивілістів, схилиємося до думки, що договір про представництво пацієнта для вирішення питань лікування та догляду має схожість з інститутом доручення. Проте є суттєві відмінності таких домовленостей. Так, до предмета договору про представництво пацієнта поряд з юридичними діями, входять дії фактичні (свідчення перед медперсоналом про волю довірителя, збирання, аналіз медичної інформації про нові методи лікування, ведення переговорів із медичним персоналом); відрізняється

момент набуття та припинення повноважень представника, відповідно, з моменту клінічної та юридичної констатації нездатності довірителя до виявлення та до відновлення такої здатності; представник переважно діє від власного імені, а не від імені особи, яку він представляє, хоч і в її інтересах.

Отже, підсумовуючи вищевикладене, враховуючи особливості зарубіжної моделі інституту медичної довіреності, доцільним є розширення сфери представницьких договорів шляхом введення нового цивільно-правового інституту представника (довіреної особи) пацієнта.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Гриценко Г.Г.

Денисов З.М.

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ

Україна в своїй політиці та діяльності прагне досягти міжнародного рівня розвитку. Це стосується зокрема і галузі охорони здоров'я, надання медичних послуг та фармацевтичної діяльності. Наша держава має перед собою певний пріоритет – це забезпечення якості ліків на всіх етапах – від виробництва до застосування. Способом реалізації такого завдання є впровадження відповідних належних практик. Їх метою є забезпечення якості аптечних послуг, які фармацевтичні працівники надають населенню. Сьогодні Україна поступово наближається до міжнародних стандартів аптечної (фармацевтичної) практики, які діють на території країн Європейського Союзу.

Необхідно сказати, що важливе значення має спільна настанова Належної аптечної практики, прийнята Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і Міжнародною фармацевтичною федерацією (МФФ). В ній робиться акцент на тому, що лікарські засоби є невід'ємною і важливою частиною медичного обслуговування населення. І завданням настанови є опис способів, якими фармацевти можуть поліпшити доступ до медичної допомоги, зміцнення здоров'я та використання лікарських засобів.

Даний документ дає визначення Належної аптечної практики (GPP – Good Pharmacy Practice) як аптечної практики, що відповідає потребам людей, які користуються послугами фармацевтів, у наданні оптимальної допомоги, заснованої на принципах доказової медицини. Сама по собі настанова не встановлює національних стандартів, з огляду на кардинальну відмінність правил, стандартів фармацевтичної діяльності в різних країнах. Вона лише надає певне керівництво, визначає ролі, функції і дії, які сприяють забезпеченню якості аптечних послуг в окремих державах.

Україна прагнути до міжнародного рівня забезпечення якості аптечних послуг Постановою Кабінету міністрів України від 28.10.2004 № 1419 «Деякі заходи щодо забезпечення якості лікарських засобів» доручила Міністерству охорони здоров'я України забезпечити обіг лікарських засобів відповідно до вимог належних практик. Міністерству було доручено розробити і затвердити стандарти забезпечення якості лікарських засобів. Наказом Міністерства охорони здоров'я від 13.03.2008 року №127 було створено Експертну раду стандартизації і технічного регулювання з розробки та впровадження належної виробничої, дистрибуторської, лабораторної та клінічної практик. Отже, Україна прагнути до вдосконалення сфери фармацевтичних

послуг, слідуючи стандартам та настановам міжнародної спільноти забезпечила розробку відповідних практик.

На сьогодні формою вираження таких практик є Настанови належної виробничої, клінічної, дистрибуторської, лабораторної практики; належна практика зберігання, фармацевтична система якості та інші, які приймаються Міністерством охорони здоров'я, та можуть включати в себе ряд інших настанов.

Значення даних практик полягає в тому, що вони служать певним інструментом та засобом зміни аптечної практики, приведення її до міжнародного рівня. Така практика орієнтована на пацієнта, вимагає дотримання професійної етики, акцентує увагу на значенні інформування пацієнтів щодо правильного застосування лікарських засобів. Це визначена система дій, яким мають слідувати всі суб'єкти господарювання при провадженні господарської діяльності із виробництва лікарських засобів, торгівлі ними та зберіганні. На жаль, нормативний акт, який встановлював обов'язок слідування таким правилам суб'єктами господарювання втратив чинність. Тому, вважаємо за необхідне прийняття нового нормативного акту, або внесення доповнень до існуючих, які б зобов'язали діяти суб'єктів відповідно до аптечних практик, у разі провадження ними відповідної діяльності.

Крім того, виробництво та інші дії пов'язані з лікарськими засобами – це сфера діяльності, яка може мати безпосередній вплив на здоров'я та життя людини. Головним способом забезпечення належної якості лікарських засобів, на нашу думку, є запровадження вичерпного, точного, всерегуюючого переліку правил та стандартів, яким мають слідувати суб'єкти.

Деркач І.В.,

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

РЕІМБУРСАЦІЯ ЯК ОДИН ІЗ СПОСОБІВ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Основоположним показником ефективного функціонування системи соціальної підтримки держави є забезпечення доступності медичних препаратів. Зарубіжний досвід свідчить, що ефективним засобом раціоналізації видатків державного бюджету та мінімізації витрат населення на придбання лікарських засобів є запровадження механізму реімбурсації, тобто відшкодування витрат на лікарські засоби та вироби медичного призначення

Метою вказаної роботи є аналіз вітчизняного досвіду функціонування системи реімбурсації та розробка пропозицій щодо її удосконалення.

Реімбурсація являє собою засіб державного регулювання господарської діяльності, сутність якого полягає у компенсації частини вартості лікарського засобу на користь суб'єкта господарювання, який спрямований на встановлення соціально орієнтованого рівня відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення для окремих категорій фізичних осіб, з метою створення стабільних джерел фінансування та зменшення витрат на лікарські препарати. В Україні, розвиток механізму відшкодування вартості лікарських засобів відображено в пілотному проекті, що діє на підставі постанов Уряду 05.09.2012 №907 «Про затвердження Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною

хворобою» та від 05.03.2014 №73 «Питання реалізації пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну»

Як бачимо, в умовах дії пілотних проектів, лише хворі на гіпертонічні хвороби та діабет, наділені правом на пільгове придбання лікарських засобів. Проте, аналіз зарубіжного досвіду свідчить про доцільність виокремлення чотирьох пільгових категорій: дитячий контингент хворих, хворі загально-терапевтичного профілю (з гострими формами захворювань), хронічно хворі (онкологія, цукровий діабет та ін.), хворі на соціально небезпечні хвороби (ВІЛ-інфекція, туберкульоз тощо)

Досвід функціонування пілотних проектів показав, що в нашій державі, за основу переліку препаратів, вартість яких відшкодовується, покладено найпростіші формули лікарських речовин, що, з одного боку, суттєво впливає на ціну лікарських засобів, а з іншого – витісняє з фармацевтичного ринку інноваційні та більш ефективні препарати. Враховуючи викладене, критерієм включення лікарського засобу до переліку тих, вартість яких підлягає відшкодуванню має виступати критерій їх ефективності та економічної виправданості, адже в Україні в умовах відсутності системи медичного страхування джерелами фінансування виступають державні ресурси.

Для забезпечення належного функціонування системи реімбурсації у ряді держав сформовано орган, що здійснює оцінку ефективності та проводить експертизу лікарських засобів, та який є не залежним від державного уповноваженого органу. В умовах вітчизняних реалій потребує ґрунтовного опрацювання модель співпраці виконавчої влади зі спеціально створеною незалежною установою, яка б займалася вивченням фармакоекономічних властивостей препаратів, що включені або розглядаються як потенційні для включення до позитивних переліків лікарських засобів.

Отже, використання реімбурсації в якості засобу державного регулювання господарської діяльності учасників фармацевтичного ринку є запорукою належного виконання соціальної функції держави та стимулювання конкуренції на фармацевтичному ринку. Необхідною умовою реімбурсації є впровадження страхової медицини, що дозволить використовувати ефективні моделі реімбурсації та сприятиме доступності медичних послуг та лікарських засобів.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Деркач А.О.,
студентка 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАКТИКА ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КІСТКОВОГО МОЗКУ В УКРАЇНІ, ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ

На сьогоднішній день в Україні трансплантація кісткового мозку є найбільш затребуваною процедурою. Щорічно даної процедури потребують три сотні дітей і фактично в три рази більше дорослих людей. На жаль, існує безліч правових проблем, які гальмують розвиток трансплантації. Через один лише рядок у законі, помирають сотні дітей. Трансплантація кісткового мозку життєво необхідно при раковій крові та ще десяткові інших смертельних хвороб, часто це єдиний шанс на повне одужання. І в Європі, це давно банальна процедура. Але в Україні вона досі під забороною, бо пере-

саджувати кістковий мозок у нас дозволено лише від рідних донорів, а в 75 % випадків родичі не підходять. Дану проблему можливо вирішити шляхом внесення змін до законодавства України або вирішити за рахунок взаємодії Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин Міністерства охорони здоров'я України з міжнародними організаціями з питань трансплантації. Чому ж, маючи змогу зробити самостійно, ми ставимо під загрозу життя людей, і змушені шукати порятунку за кордоном, де така процедура коштує в десятки разів більше та створює бюрократичну тяганину, що забирає чимало часу, якого і так, майже не залишилося. Так наприклад у рішеннях № 2/2208/7645/12 та № 2/2208/2693/12 щодо вивезення дитини для трансплантації кісткового мозку до Італії, батько відповідного дозволу не надавав та на судові засідання не з'являвся. В даних ситуаціях для найбільш швидкого вирішення справи та схоронності життя дитини, судовою практикою йде шляхом заочного розгляду і надає дозвіл на виїзд неповнолітньої дитини за кордон без згоди та супроводу батька. Також в Україні проблемою є те що юридично реєстр донорів в Міністерстві охорони здоров'я існує, але на практиці не діє, так як не створено єдиної законодавчо-правової бази, та відповідно до цього повноважень йому не надано. Відсутність єдиного державного органу, який регулював би діяльність системи трансплантації органів в тому числі й кісткового мозку перешкоджає вчасному виявленні і обстеженні потенційних донорів та передачі інформації щодо них до трансплантаційного центру. Інакше кажучи в Україні донори існують, але кількість їхня не відома. Також загострює ситуацію відсутність у більшості лікарень необхідного обладнання та висококваліфікованого персоналу, здатного підготувати донорський матеріал для транспортування і подальшої трансплантації кісткового мозку. В Україні дані операції проводиться тільки в 4-х найбільших клініках. До їх числа відносять Київський центр трансплантації, центр трансплантації в «Охматдиті». Крім того аналогічна процедура проводиться і в Національному інституті раку і в Донецькому інституті невідкладної і відновної хірургії ім. В. Гусака. Отже, виходячи із вищезазначеного можна зробити висновки щодо можливості усунення правових проблем таким шляхом: вдосконалити законодавчу базу, вдосконалити і законодавчо закріпити реєстр донорів в Україні, забезпечити підготовку професійних кадрів з трансплантації кісткового мозку та обов'язково розвинути організацію міжнародного співробітництва.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А. О.

*Дігтяр Є. І.,
студентка 23 групи
ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УКРАЇНІ

Не зважаючи на значний прогрес у міжнародному законодавстві у сфері захисту прав осіб з особливими потребами, такі люди все ще розглядаються як об'єкти медичної підтримки, а не як суб'єкти своїх прав. Значна частина їхніх прав не забезпечується на належному рівні.

Варто зазначити, в Україні ще дотепер немає єдиного нормативного визначення назви цієї категорії осіб [2]. У медичній літературі можна зустріти

різні варіації цього поняття, зокрема: неповноцінні, неповносправні, інваліди, люди з функціональними обмеженнями, особи з особливими потребами тощо. У ситуації неоголошеної війни з кожним днем кількість молодих людей, які ще вчора були сповнені сил та енергії, а сьогодні стали інвалідами, зростає.

Політика держави щодо людей з особливими потребами полягає у розробці законів, реалізація яких проводиться через проекти, програми адаптації людей з особливими потребами до життя у соціумі, для підвищення якості медичного забезпечення, збільшення матеріальної допомоги та створення для них безбар'єрного середовища [1]. Приєднання України до міжнародних нормативно-правових актів із захисту прав інвалідів, а саме: «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для людей з особливими потребами», «Європейської соціальної хартії», «Конвенції про професійну реабілітацію та зайнятість неповносправних осіб» та інших документів, дозволило гармонізувати норми українського державного законодавства відповідно до міжнародних стандартів [2]. Відтак, Закон України «Про реабілітацію інвалідів» надав конституційні та правові гарантії у сфері медичної реабілітації та соціального захисту людей з особливими потребами [1].

Вищевказані нормативно-правові документи надають людям з особливими потребами такі права: право на повагу та самореалізацію; право на захист від принизливого ставлення, зловживання та експлуатацію; право на допомогу медичного фахівця, співпрацю з ним, конфіденційний характер взаємин із фахівцем; право на отримання медичної чи соціальної допомоги, яка відповідає потребам його здоров'я та ін.

Проте актуальною залишається проблема виконання рішень цих важливих нормативно-правових документів. Досі не вирішеним залишається доступ таких людей з до житла та об'єктів громадського призначення, транспорту, пішохідних переходів. Поширеною є ситуація, коли отримавши своє право на санаторно-курортне лікування, інваліди не можуть доїхати до місця призначення [1]. Непоодинокі випадки ухиляння роботодавців від сплати адміністративно-господарських санкцій за невиконання нормативу робочих місць, необґрунтовані відмови у прийнятті на роботу людей з особливими потребами.

Вирішувати проблеми осіб з функціональними обмеженнями здоров'я необхідно одночасно на всіх рівнях: посилити контроль за дотриманням законів щодо захисту прав людей з особливими потребами, знизити напруженість латентного конфлікту, який існує між людьми з особливими потребами і здоровими людьми, змінити ставлення інвалідів щодо вирішення власних проблем, оптимізації можливості співпраці зі здоровими людьми, адже відношення держави і суспільства до людей з особливими потребами є показником рівня цивілізованого демократичного розвитку країни.

Література:

1. Дікова-Фаворська О. М. Специфічні групи осіб з обмеженими можливостями здоров'я у фокусі соціології: монографія / О. М. Дікова-Фаворська. – Житомир, 2009. – 486 с.

2. Козуб І. До питання про вживання поняття “інвалід” в національному законодавстві / І. Козуб // Наука молода. – 2009. – С. 123–127.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Губанова О.В.

*Дідик Р.Р.,
студент 43 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ В УКРАЇНІ

Відповідно до Закону України «Про туризм» туризм – це тимчасовий виїзд особи з місця постійного проживання в оздоровчих, пізнавальних, професійно-ділових чи інших цілях без здійснення оплачуваної діяльності в місці перебування. Медичний туризм – це вид господарської діяльності, спрямований на надання послуг з діагностики, лікування та профілактики за межами країни постійного проживання. Протягом останніх десяти років медичний туризм розвивається прискореними темпами. За даними MedicalInsightsInternational, доходи від лікувального туризму щороку зростають на 20%, при цьому річні обороти ринку сягають 40-60 млд. доларів. Існує два основних чинника, що впливають на такий стрімкий розвиток туризму. По-перше, це неспроможність громадян економічно розвинених країн оплатити для себе та членів своєї сім'ї медичну страховку, яка охоплює всі види медичної допомоги. Прикладом такої країни виступає США, де значний відсоток населення не має страховки, яка б покривала лікування тяжких хронічних захворювань. А лікування кардіологічних, онкологічних та ортопедичних захворювань може сягати 1/10 вартості лікування в Індії, Таїланді або Південній Кореї. По-друге, це відсутність якісного медичного обслуговування в багатьох країнах світу. Особливо це стосується діагностики та високоспеціалізованої допомоги. До п'ятірки країн-лідерів, що отримують найбільші прибутки від медичного туризму, входять США, Німеччина, Туреччина, Індія та Таїланд. Для України медичний туризм – це відносно новий напрям в індустрії туризму. Перші агентства, що надають послуги медтуризму, почали появлятися в Україні 6-7 років тому. Вітчизняні агентства надають послуги у трьох сферах: діагностики, оздоровлення та власне лікування.

Нині Україна робить серйозні кроки у напрямі розвитку медичного туризму. Першим серйозним кроком цього є створення Української Асоціації медичного туризму, яка взяла на себе місію в об'єднанні можливостей державного та приватного сектора медицини України. Доцільно виділяти ринок виїзного та в'їзного медичного туризму в Україні для дослідження динаміки розвитку цієї галузі. За даними Української асоціації медичного туризму структура послуг виїзного медичного туризму складає: 40% – лікування; 30% – оздоровлення; 25% – діагностика; 5% – медичне туристичне страхування. За статистикою, основні потоки виїзного медичного туризму з України спрямовані в Ізраїль, Туреччину, США, Таїланд, Німеччину, Угорщину, Австрію, Чехію і Словаччину. Основними напрямками в'їзного медичного туризму в Україні є надання медичних послуг з таких лікарських спеціальностей: репродуктивна медицина; стоматологія; офтальмологія; кардіологія; естетична медицина та косметологія; пластична хірургія; санаторно-курортне лікування; клітинна інженерія. Всесвітня асоціація медичного туризму (GHTC) вважає, що Україна є дуже привабливою для іноземних інвесторів та пропонує допомогу в інвестуванні закладів охорони здоров'я та реформуванні галузі. Проте, а оцінками компанії “МедЕкспрес”, у нашій країні вже працює приблизно 50-70 медичних центрів, орієнтова-

них на клієнтів-іноземців. Окремим видом медичного туризму є стоматологічна допомога. На сьогоднішній день центрами стоматологічного туризму, можна назвати Будапешт (Угорщина) та Західну Україну (Ужгород, Львів, Івано-Франківськ). Хоча виокремлення медичного туризму не знайшло свого відображення в законодавстві України, проте в нашій країні сприятлива законодавча база в сфері репродуктивного здоров'я та клітинної терапії. Але незважаючи на всі плюси та перспективи медичного туризму в Україні, за даними Світового економічного форуму, в сфері мандрювань та туризму Україна серед 124 країн світу займає 78-ме місце. Туризм в Україні «забезпечує» формування менше 1% ВВП, в той час як в економічно розвинутих країнах цей показник досягає 6-8%. Отже, не маючи можливості вирішити медичну проблему в своїй країні, пацієнт вибирає країну, лікаря і клініку, де йому можуть запропонувати найсучасніше обстеження і лікування за найвищою ціною. Україна із своїм високим потенціалом медичних, оздоровчих і рекреаційних ресурсів, конкурентних переваг за цінovими параметрами, може стати одним із світових лідерів з медичного візного туризму.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Діхтярь А. В.,

студентка 25 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ПРАВО НА ТАЄМНИЦЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ

Під таємницею про стан здоров'я пацієнта розуміють факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також відомості, одержані при його медичному обстеженні. Фактично, інформація про стан здоров'я пацієнта належить до медичної сфери, представники якої, як правило, виступають суб'єктами збереження конфіденційних даних. Термін «медична таємниця» тісно пов'язаний з інститутом лікарської таємниці, що регламентована ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (далі – «Основи») і передбачає заборону медичним працівникам та іншим особам, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, розголошувати ці відомості.

Відповідно до законодавства України та норм, передбачених ст. 286 ЦК України, ст. 40 «Основ», визначаються суб'єкти, обов'язком яких є збереження лікарської таємниці: лікарі, медичний персонал, особи, яким стали відомі дані про стан здоров'я фізичної особи, під час виконання ними своїх професійних та службових обов'язків. Отже, право фізичної особи на таємницю про стан свого здоров'я кореспондується з відповідним обов'язком суб'єктів збереження лікарської таємниці, на яких, відповідно до законодавства, цей обов'язок покладається.

Проте, слід відзначити, що відповідно до визначених законодавством випадків, незалежно від волі суб'єкта права на лікарську таємницю, такі відомості можуть отримати також інші особи:

1. Відповідно до ст. 30 Сімейного кодексу України наречені зобов'язані проінформувати один одного про стан власного здоров'я, оскільки такі відомості безпосередньо впливають на них та їхнє потомство;

2. Надати відомості про стан здоров'я батькам частково дієздатних дітей та опікунам недієздатних осіб згідно зі ст. 43 «Основ»;

3. Ст. 6 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» передбачає повідомлення законних представників дітей до 14 років, позбавлених батьківського піклування з результатами проходження тестування на ВІЛ;

4. Відповідно до ЗУ “Про психіатричну допомогу” дозволяється розголошення конфіденційної інформації з метою надання особі, що страждає тяжкими психіатричними розладами, допомоги, а також у зв’язку із проведенням досудового розслідування, судового розгляду, зважаючи на письмовий запит слідчого, прокурора або судді;

5. Згідно з ч. 2 ст. 26 ЗУ “Про захист населення від інфекційних хвороб” та ч. 1 ст. 7 ЗУ “Про збереження санітарного та епідемічного благополуччя населення” лікарська таємниця піддається розголошенню при загрозі розповсюдження інфекційних захворювань.

Таким чином, право на збереження приватної інформації про стан здоров’я фізичної особи належить до фундаментальних особистих немайнових прав, що обумовлюють її природне існування. Гарантією такого права є встановлення правового режиму таємниці на даний вид інформації, адже держава бере на себе зобов’язання врегульовувати це питання, оскільки розкриття певних медичних даних може нанести суттєву шкоду людині, що скористалася послугами лікаря.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Губанова О.В.

Добреля К.О.,

студентка 44 групи

ПКОІ ННУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ПАЦІЄНТІВ НА ВІЛЬНИЙ ВИБІР ЛІКАРЯ В ДЕРЖАВНИХ ТА КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Стаття 49 Конституції України наголошує, щодо права кожного на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування. Основами законодавства України про охорону здоров’я в ч. 5 ст. 6 закріплюється право громадянина України на кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров’я.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Однак в наш час медичне обслуговування знаходиться на досить низькому рівні, а проблема отримати медичну послугу належної якості кваліфікованими спеціалістами залишається невирішеною. Насамперед, це пов’язано з різким погіршенням стану здоров’я та високим рівнем смертності населення.

Виникають певні труднощі щодо реалізації права на вільний вибір лікаря в державних і комунальних закладах охорони здоров’я. Скоріше за все таким правом він зможе скористатися звернувшись до приватних медичних установ але зрозуміло, що не кожен громадянин України може собі це дозволити.

В державних і комунальних закладах охорони здоров’я як первинна, так і спеціалізована лікувально – профілактична допомога надається за те-

риторіальною ознакою. Цей принцип розподілу не змінюється й в тому випадку, якщо ця допомога надається сімейним лікарем або іншим лікарем загальної практики. В більшості випадків такий підхід не влаштовує пацієнта і він має право вимагати заміни лікаря. Всупереч територіальному принципу керівником закладу охорони здоров'я або його підрозділом, пацієнту може бути призначений новий лікар. Якщо трапляється дана ситуація, то вона скоріше за все є винятком із правил, а тому не вирішує зазначеної проблеми.

Виходить, що фізична особа повинна скористатися правом на медичну допомогу в того лікаря, який їй вже визначений медичним закладом. Як бачимо волевиявлення особи в такому разі є вимушеним, тобто зумовлене певними незалежними від нього обставинами. Можна сказати, що в даному випадку як до пацієнта, так і до лікаря застосовується імперативний метод регулювання, так як поділ лікарів поміж дільницями на місцях фактично позбавляє пацієнтів права вибору лікаря.

В ст. 35(1) Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачено, що первинна медична допомога надається переважно за місцем проживання, тобто за (територіальною ознакою) сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики. На мою думку слова «за місцем проживання» необхідно виключити, так як це може стати передумовою для ефективного й доступного для всіх громадян України медичного обслуговування, створить конкуренцію закладам приватної форми власності та сприятиме кращому ставленні до державної медицини.

Отже, охорона здоров'я є одним із головних чинників виживання та розвитку українського народу. А тому саме держава шляхом прийняття відповідних законодавчих актів повинна реально сприяти можливій реалізації громадянами України свого права не тільки на кваліфіковану медико – санітарну допомогу, а й на вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я. Це право може забезпечити високий рівень надання особі медичної допомоги та виявити лікарів, які не мають належного рівня професійної підготовки.

Dolha Yuliia,

*Yaroslav Mudryi National Law University,
Poltava Law Institute, student*

THE EUROPEAN UNION CLINICAL TRIALS LEGAL REGULATION

According to the World Health Organization, a clinical trial (also known as interventional studies) is any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects on health outcomes and includes drugs, cells and other biological products, surgical and radiologic procedures, devices, behavioral treatments, process-of-care changes, preventive care, etc. (WHO, 2016). As a consequence of the 'novelty of the drug or process involved', traditional trials of which the objective is to test the development of new medicines, present an unknown risk for the patient who participate in the research studies and consequently require exceedingly controlled procedures (OECD, 2013).

In the modern time, the clinical interventions should be carefully governed by EU legislation, and supervised by regulatory authorities and agencies. *The aim of this paper* is to examine the developments of clinical trials regulation in the EU at the legislative level.

The clinical trials in the EU member states are covered by the Nuremberg Code 1948, World Medical Declaration of Helsinki “Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects” 1964, EU Directive 2001/20/EC, Commission Directive 2005/28/EC, Commission Directive 2003/94/EC, Directive 2001/83/EC, EU Good Clinical Practice Directive 2005/28/EC, OECD Recommendation on the Governance of Clinical Trials 2013.

In 2018, the Regulation (EU) No 536/2014 of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use (also known as Clinical Trial Regulation) becomes applicable and it will repeal Directive No. 2001/20/EC. Therefore, national legislation should implement the abovementioned Regulation (EMA, 2016). This legislative act is focused on patient protection, rational and proportionate evaluation of potential risks. It simplified all necessary approval procedures ‘by replacing local ethics committees by a national application procedure and favoring multicenter transnational clinical trials’ (C. Decristoforo et. al., 2014). According to the OECD Recommendation on the Governance of Clinical Trials, risk assessment in clinical interventions should be examined as a dynamic process, be constantly reviewed and updated during the conduct of the research. Furthermore, risk assessment should take into consideration different deviations, amendments and results of relevant data generated outside the clinical study (OECD, 2013).

In addition, EU clinical research legal regulation provides legal and political instruments of trial transparency. For instance, ‘data from a clinical trial should only be submitted in support of a clinical trial application if that clinical trial has been recorded in a publicly accessible and free of charge database which is a primary or partner registry of, or a data provider to, the international clinical trials registry platform of the World Health Organization’ (European Parliament and the Council of EU, 2014). The European Medicines Agency states that transparency is a significant feature of the EU regulatory system for supervision of medicines for the reason that the system is open its work and decision-making process (EMA, 2016).

Besides strong legal framework of clinical trials, research are governed by different organizations, agencies, appropriate bodies at the international level as like as at the national. It is worth mentioning such bodies as World Health Organization, European Commission (Health and Food Safety Department), the European Medicines Agency (Committee for Medicinal Products for Human Use). Nevertheless, the authorization of clinical trials takes place at the national level (Member State), the Agency plays a crucial role in ensuring that the standards of good clinical practice are applied in the EU Member States and manages a database of clinical trials accepted in the EU (EMA, 2016).

In accordance with the Regulation (EU) No 536/2014, each Member State has a right to ‘determine the appropriate body or bodies to be involved in the assessment of the application to conduct a clinical trial and to organize the involvement of ethics committees within the timelines for the authorization of that clinical trial as set out in the document’. To exemplify, clinical trials are governed by such regulatory agencies as Ministry of Health, Bulgarian Drug Agency, Ethics Committee for Multicenter Trials and Ethics Committee in Bulgaria, by Ministry of Health and National Institute of Pharmacy and Medicines in Portugal, by Ministry of Health, Federal Institute for Drugs and Medical Devices, Robert

Koch Institute, Paul Ehrlich Institute in Germany etc. (Pharmaceutical Product Development, 2016).

In conclusion, clinical trials is a complicated process that is connected with the level of protection of health and quality of patients' post-trial life and need strong legal regulation of each step and intervention. Nowadays, the EU legislative framework of clinical research concludes a wide range of primary and secondary sources of law, including regulations, directives, recommendation and convention that regulates patients' rights, sponsors' obligations, principles of trials and its procedure.

Scientific adviser – candidate of law sciences, associate Andrey Olefir.

*Дроб'язко М.Ю.,
студентка 45 групи
ПЮІ НЮУім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ХОСПІСІВ ЯК СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ

У зв'язку з погіршенням здоров'я населення та збільшенням кількості невиліковних хвороб актуальними стали заклади охорони здоров'я – хоспіси.

Хоспіси – це специфічні заклади охорони здоров'я, які є юридичними особами та виступають суб'єктами господарювання. Відповідно до Переліку закладів охорони здоров'я затвердженого наказом МОЗ від 28. 10. 2002 року, хоспіси відносяться до осблिवого типу закладів охорони здоров'я та поділяються на республіканські, обласні, міські та районні. [1]

Хоспіс – це лікувально-профілактичний заклад для надання медичної допомоги невиліковним хворим, що функціонує за рахунок місцевого бюджету, додаткового фінансування підприємствами, спонсорами, добродійних пожертву-вань організацій, фізичних та юридичних осіб.

Хоспіси – це соціальний заклад для надання медичної, психолонічної допомоги особам, які мають невиліковний діагноз. Головним завданням Хоспісу є допомога пацієнтам та полегшення життя смертельно хворим пацієнтам. Хоспіси є закладами охорони здоров'я, які надають паліативну допомогу. Відповідно до статті 35-4 Закону України “Оснoв законодавства України про заклади охорони здоров'я”, паліативна допомога – це допомога, яка надається пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, паліативна допомога, включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей. [2] Із закладами, що надають паліативну допомогу у тому числі і Хоспісами укладаються спеціальні договори про надання відповідної допомоги.

Як суб'єкт господарської діяльності Хоспіси провадить свою діяльність на підставі статуту (положення), що затверджується власником закладу (уповноваженим ним органом). Хоспіси відповідно до своїх завдань мають здійснювати обстеження, кваліфікований догляд, необхідну патогенетичну, симптоматичну та психологічну допомогу хворим та своєчасне діагностування ускладнень або загострень супутніх хронічних захворювань, надання екстреної допомоги у разі невідкладних станів. Здійснюють консультативно-методичну допомогу медичним працівникам та родичам хворого пацієнта, які здійснюють паліативне та симптоматичне лікування, догляд за тяжкохворими та хворими у термінальній стадії захворювання на дому. [3]

Хоспіси здійснюють ведення первинної облікової документації і форм звітності. Структура Хоспісу визначається його засновником, виходячи з покладених на заклад охорони здоров'я завдань і функцій, з урахуванням наявних потреб (чисельність хворих) та місцевих умов. Фінансування Хоспісу відбувається за рахунок коштів місцевого бюджету, благодійних (добровільних) внесків, пожертвувань від юридичних та фізичних осіб, інших джерел, які не заборонені чинним законодавством. Оплата праці медичного персоналу відбувається відповідно з діючими умовами оплати праці. Хоспіси мають право затверджувати свої власні стратегії розвитку на певний період часу.

Отже, Хоспіси є суб'єктами господарської діяльності, які мають власний статут, відповідно до якого вони здійснюють свою діяльність. Хоспіси мають власне керівництво та здійснюють свою діяльність відповідно до стандартів медичної допомоги затверджених центральними органами виконавчої влади.

Література:

1. Перелік Закладів охорони здоров'я затв. Наказом Міністерства охорони здоров'я від 28. 10. 2002 року № 386
2. Закон України “Основи законодавства України про заклади охорони здоров'я” від 19.11.1992 № 2801-ХІІ (редакція від 01.01.2016) // [Електронний ресурс] режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>.
3. Примірне положення про лікарню «Хоспіс» (відділення, палату паліативного лікування) затв. наказом МОЗ від 11.06.2010 № 483

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Дряниця М.Ю.,

студент 44 групи

ПКОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

КОМЕРЦІЙНА ТАЄМНИЦЯ ТА ЇЇ ОЗНАКИ

Розвиток та індустріалізація відносин у сфері господарювання характеризуються не лише позитивним вдосконаленням. З іншого боку спостерігаються недобросовісна конкуренція, монополізація, порушення законодавства, вчинення злочинів в господарській сфері. Це все зумовлює підприємця реагувати, створювати механізми захисту та протидії негативним чинникам. На сьогодні спостерігається зростання кількості злочинів, вчинених проти підприємницької сфери, зокрема у сфері захисту інформації. Внаслідок специфічного об'єкта захисту, правоохоронні органи не мають змогу стовідсотково контролювати та запобігати таким злочинам. Через це в першу чергу самому підприємцю варто запроваджувати системи захисту, які б унеможливили доступ до відповідної інформації сторонніх осіб.

Об'єктом охорони та захисту виступає комерційна інформація (комерційна таємниця). Легальне визначення комерційної таємниці міститься у ст. 505 Цивільного кодексу України. Відповідно до положень, це інформація, яка є секретною в тому розумінні, що вона в цілому чи в певній формі та сукупності її складових є невідомою та не є легкодоступною для осіб, які звичайно мають справу з видом інформації, до якого вона належить, у зв'язку з цим має комерційну цінність та була предметом адекватних існуючим обставинам заходів щодо збереження її секретності, вжитих особою, яка законно контролює цю інформацію. З аналізу даної статті можна зробити висновок,

що комерційна таємниця – це інформація, яка за звичайних умов може бути віднесена до інформації, що є доступною широкому загалу, але внаслідок цінності та існування об'єктивних обставин заходів щодо її збереження, є невідомою, секретною для третіх осіб.

Господарський кодекс України в ч. 1 ст. 36 перелічує відомості, які можуть бути складовими комерційної таємниці. Це відомості, пов'язані з виробництвом, технологією, управлінням, фінансовою та іншою діяльністю суб'єкта господарювання. Головною особливістю такої інформації є не лише її цінність, але і можливість принести шкоду суб'єкту підприємницької діяльності за умови її розголошення.

Важливе значення, на наш погляд, має Постанова Кабінету Міністрів України «Про перелік відомостей, що не становлять комерційної таємниці» від 9 серпня 1993 р. №611. Даною постановою перелічено інформацію, яка не може бути віднесена до конфіденційної. Адже приховування такої інформації може порушувати права споживачів при отриманні послуг від даного підприємства чи купівлі товарів його виробництва та контрагентів, які мають бажання укласти договір з даним підприємством. В той же час даний перелік потребує перегляду, оскільки його було розроблено на виконання Закону України «Про підприємства в Україні», який втратив чинність у зв'язку з введенням у дію Господарського кодексу України.

Законодавець передбачає, що особа, яка протиправно використовує комерційну інформацію, належну суб'єкту господарювання, зобов'язана відшкодувати завдані йому такими діями збитки відповідно до закону. За неправомірне збирання, розголошення або використання відомостей, що є комерційною таємницею, винні особи несуть відповідальність, встановлену законом. За розголошення інформації, яка входить до складу комерційної таємниці, можуть бути застосовані адміністративна та кримінальна відповідальність.

Отже, комерційна таємниця – це об'єкт захисту, що являє собою інформацію, яка використовується у господарській діяльності підприємства, має цінність, носить незагальновідомий характер, охороняється за допомогою спеціальних заходів та за неправомірне розголошення, збирання чи використання якої наступає юридична відповідальність. До складу комерційної таємниці може входити будь-яка інформація, яку вважає такою суб'єкт господарської діяльності, окрім тієї, що міститься в Переліку відомостей, що не становлять комерційної таємниці.

Науковий керівник – к.ю.н., асистент Задихайло Д.Д.

*Дудка І.С.,
студент 42 групи
ПЮІ ННУ ім. Ярослава Мудрого*

ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Одним із факторів який впливає на розлад психічного здоров'я є те, що 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.

Ситуація буде погіршуватись, оскільки на тлі відзначених негативних соціальних процесів, вітчизняна психіатрія не має ні національної програми, ні державної підтримки, ні належного бюджетного фінансування. Лікування

пацієнтів є неефективним, а у психіатричних закладах систематично й грубо порушуються їх права та законні інтереси. Відносно пацієнтів вчиняються насильницькі та корисливі злочини. До пацієнтів вчиняються такі насильницькі злочини, як: незаконне поміщення в психіатричний заклад (ст. 151 КК України), (ст. 121–125), (ст. 126), (ст. 127), (ст. 115–119), (ст. 152–156), (ст. 141), (ст. 142), (ст. 120);

І корислові злочини такі як: порушення права на безоплатну медичну допомогу (ст. 184), привласнення, розтрату майна, або заволодіння ним шляхом зловживання службовим становищем (ст. 191) або привласнення таким же шляхом коштів, виділених на лікування та утримання хворих;

З зазначеного випливає, що вчиняються і наступні злочини – це службові злочини, як незаконне збагачення та зловживання владою або службовим становищем, перевищення влади або службових повноважень та службова недбалість, службове підроблення, останнє, як правило, вчиняється з метою укриття фактів вчинення перелічених вище злочинів.

Для подолання низки цих проблем потрібно:

По-перше, вирішити ці питання на законодавчому рівні, так наприклад у Законі України «Про психіатричну допомогу» саме поняття «тяжкого психічного розладу» (ст. 1), є не досить чітким і може привести до численних порушень та зловживань. Разом з тим у Законі України «Про психіатричну допомогу» відсутнє чітке визначення поняття «безпосередня небезпека», що дозволяє трактувати це поняття кожному психіатрові на власний розсуд.

По-друге, на практиці виникають випадки коли суд може примусово госпіталізувати до психлікарні можна фактично будь-яку людину. Медики, які направляють документи в суд, на підставі яких відбувається примусова госпіталізація, часто не мають жодного уявлення про законодавство, котре вони порушують.

Суди ж іноді приймають рішення про примусове поміщення в психіатричну лікарню, не побачивши взагалі людини, а якщо вона присутня, то більшості випадків „накачана, психотропними припаратами, а інколи навіть не маючи на руках висновку судової експертизи.

Отже, в першу чергу потрібно розробляти чітке законодавство в якому не буде „розмитих" і двозначних норм, дозволяти, проведення громадським організаціями з прав людини моніторингу психіатричних закладів і відстоювати права хворих, адже ця категорія населення є особливою, які нездатні відстоювати свої права самостійно, а тому повинні перебувати під постійним контролем і наглядом, а також укомплектувати органи внутрішніх справ спеціальними співробітниками, які б спеціалізувалися на розслідуванні порушень у сфері психіатрії.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Олефір А. О.

Єремчук Д.С.,

студент 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

У період, коли поширення інформації відбувається надзвичайно швидко, і коли майже про все можна дізнатися відповіді у всесвітній мережі, набуває ще більш вагомого значення тримати в таємниці особисту інформацію. Не виключенням є й інформація про стан свого здоров'я, яку багато осіб

бажають тримати в таємниці. Очевидно, що окрім них відповідними даними володіють окрім них також медичні працівники, які теоретично можуть розповсюдити її заради матеріальної, моральної чи без наявності такої вигоди. Без захисту такої інформації на законодавчому рівні її поширення без волі особи майже нічого не заважатиме.

Тому в вітчизняному законодавстві введено поняття лікарської таємниці, а саме інформація про стан здоров'я, яка стала відома про особу (пацієнта) лікарю (лікуючому персоналу), обслуговуючому персоналу, посадовим особам та службовому персоналу медичної установи при здійсненні ними своїх професійних обов'язків. Із даного визначення можна визначити, що саме захищається лікарською таємницею, суб'єкти, що маю зберігати цю інформацію в таємниці, а також вказівка про те, що дана інформація набута ними про виконанні професійних обов'язків, тобто можна зробити висновок про те, що у разі отримання ними даної інформації поза виконанням професійних обов'язків, дана інформація не підпадає під поняття лікарської таємниці.

Право особи на лікарську таємницю закріплене як у Основному законі, так і в спеціальному законодавстві у більш конкретному виразі. Зокрема, пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Також законодавцем встановлена заборона надання такої інформації за місцем роботи або навчання пацієнта. Тобто можна зробити висновок, що дана заборона не є абсолютною, а тому захист такої інформації не є повним, бо органи слідства, судові органи не обмежені в праві на отримання таких даних.

Щодо захисту лікарської таємниці, то вона захищається внесенням відповідної статті до Кримінального кодексу України. На нашу думку, такий захист є найбільш дієвим із можливих на даний момент, хоча й не зовсім досконалим. Зокрема, диспозиція відповідної статті не охоплює всього наявного обсягу інформації, що віднесена до лікарської таємниці, оскільки наявна відповідальність лише у випадку, якщо це призвело до настання тяжких наслідків. Також до недоліків даної статті слід віднести те, що санкція не передбачає навіть такого покарання, як обмеження волі, не кажучи вже про позбавлення волі, що було б, на нашу думку, співрозмірним у порівнянні із наслідками, які можуть настати у зв'язку з поширенням такої інформації, як, наприклад, факт абортів.

Підсумовуючи викладене, можна сказати, що дослідження даної тематики є надзвичайно актуальним, оскільки проблема збереження лікарської таємниці під захистом є важливою для пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою й бажають, щоб навіть факт звернення до лікувальної установи залишався у таємниці. Законодавством закріплене поняття лікарської таємниці, але, на нашу думку, все-таки захист такої інформації на законодавчому рівні є недостатнім для того, щоб дане право пацієнтів не було порушеним.

Науковий керівник – к.ю.н., асистент Олефір А.О.

Жаботинський А.О.,

студента 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ВИДИ ДОНОРСТВА ТА ПРОБЛЕМИ ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЇ В УКРАЇНІ

Донорство – добровільна здача частини крові, її компонентів, кісткового мозку й тканин або органів для їх застосування з лікувальною метою.

Види донорства: безоплатне донорство (добровільна здача крові, її компонентів без грошової компенсації) або платне (грошова компенсація за здачу крові, її компонентів). Аутодонорство – заготовка власної крові хворого перед подальшою плановою хірургічною операцією. Донорство цільної крові – подальше ресуспендування в консервацію для поділу крові на компоненти, її переробки або передивання. Донорський плазмаферез – метод вивидення з кровообігу плазми і повернення донору еритроцитної маси. Донорський тромбоцитаферез – з крові донора виділяється тромбоцитна маса.

З кожним роком зростає потреба в компонентах та препаратах крові, яка пов'язана зі збільшенням кількості складних оперативних втручань на життєво важливих органах, дорожньо-транспортних та техногенних катастроф, військових конфліктів, природних катаклізмів.

Законодавство України про донорство крові та її компонентів складається з ЗУ «Про донорство крові та її компонентів» від 23.06.1995 р., наказів, інструкцій МОЗ України, державних цільових та місцевих програм розвитку донорства крові та її компонентів.

Структура закладів служби крові України функціонує за регіонально-територіальним принципом. Визначилась тенденція до зменшення кількості донорів, скорочення мережі закладів служби крові України.

Заклади служби крові знаходяться на місцевому бюджетному фінансуванні, наявні недостатні обсяги фінансування для придбання обладнання, витратного матеріалу для забору крові, заготівлі плазми крові, використання застарілих, не завжди безпечних технологій.

В Україні відсоток донорства до всього населення становить 1,6. кількість донорів, у 2015 р. – 678451 чоловік, з них активних донорів – 36684 чоловік. Зменшення кількості кроводач від безоплатних донорів з 711 тис. у 2005 р. до 598 тис. у 2015 р., збільшилася кількість плазмодач з 39 тис. до 52 тис.

Середня одноразова доза кроводачі – 441 мл. На одного жителя України у 2015 р. заготовлено 8,5 мл консервованої крові (згідно з рекомендаціями ВООЗ оптимальна потреба на рік – 12-15 мл).

У 2015 р. 5,05% заготовленої крові виявилось непридатними через виявлення антитіл до вірусу гепатиту С, поверхневого антигену вірусу гепатиту В, антитіл до білої спірохети, антитіл до ВІЛ 1-го і 2-го типів.

Зкладами служби крові України у 2015 р. заготовлено 112,9 т еритроцитної маси. Списано еритроцитної маси у зв'язку з закінченням терміну зберігання в середньому по країні 21,4%, що становить 35,0 т.

У 2015 р. виготовлено 179,9 тис. л плазми крові, вихід плазми крові із 1 л крові – 40,5%.

Завдання служби крові такі:

- популяризація та підтримка донорства, при чому безкоштовного, створення благодійних донорських фондів;

- перехід на компонентне донорство;
- підвищення бактерійної та вірусної безпеки донорської крові, її компонентів та препаратів;
- створення центрів заготівлі плазми крові та будівництво підприємства з її переробки на препарати;
- створення на державній та приватній основі банків довгострокового зберігання аутокрові, аутоплазми, нефракціонованої та фракціонованої пуповинної крові, гемопоетичних стовбурових клітин периферичної крові, кісткового мозку;
- розробка та прийняття концепції розвитку донорства в Україні.

Науковий керівник – к.ю.н., асистент Олефір А.О

Завгородній Б.Л.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: МЕДИЧНИЙ ТА ПРАВОВИЙ АСПЕКТИ

Медицина є найбільш складною формою людської діяльності вимагає глибоких спеціальних знань, практичних навичок, високих душевних якостей. Протягом століть до представників медичної професії пред'являлися вимоги про недопущення помилок. Проте лікар помиляється тому, що має справу з дуже складним людським організмом, щодня стикається з нетиповими завданнями, нетиповим перебігом патологічних процесів, та й медична наука недосконала.

У зв'язку з цим на даний момент є актуальним питання правового регулювання діяльності медичних працівників, а особливо відносин які виникають після настання такого юридичного факту як медична помилка.

Питаннями лікарської помилки займалися як представники медичної науки: М. І. Пирогов, І. В. Давидовський, І. Ф. Огарков, так і представники юриспруденції: Я. Л. Левович, В. А. Глушков, А. М. Савицька, М. Н. Малєйна, С. Г. Стеценко, І. Я. Сенюта.

У сучасній правовій науці лікарська помилка розглядається як двоєдине поняття: медичне та правове.

Для того, щоб в повній мірі врегулювати відносини пов'язані з медичними помилками необхідно насамперед на законодавчому рівні закріпити поняття «медичної помилки». Законодавцем були зроблені спроби визначити нормативне закріплення в законопроекті «Про права пацієнтів в Україні» від 2005 року, але таке визначення залишилося лише в проекті [1].

Що стосується визначення лікарської помилки, то з точки зору медичних працівників вони розуміють що лікарська помилка, відповідальності не викликає ані дисциплінарної, ні адміністративної, ні кримінальної, оскільки є добросовісною помилкою, ніяк не пов'язаною з халатністю, професійною недбалістю й тим більше прямим умислом. Це ті помилки, які трапляються через те, що професійні можливості завжди є обмеженими досягнутим рівнем розвитку медичної науки й клінічної практики. Що стосується точки зору юристів то вони вважають, що медична помилка – це недбалі, несумлінні, необережні дії та прийоми з надання медичної допомоги (послуг), результатом яких виявилось тілесне ушкодження або смерть пацієнта [2]. У практиці юристів і медичних працівників до лікарських помилок відносять незлочин-

ну оману лікаря в його професійній діяльності, якщо при цьому виключається недбалість, несумлінність, самовпевненість, байдужість. Отже я вважаю, що думки як юристів так і медичних працівників дещо схожі в питанні розумінні поняття медичної помилки, залишилося лише щоб такої й думки дійшли законодавці та в нормативному порядку визначили дане поняття [3,с.455].

Також важливим моментом для визначення суті медичної помилки є необхідність розуміння причини виникнення таких помилок.

До помилок, викликаних суб'єктивними факторами, необхідно віднести помилки, яких припускаються медичні працівники, які необґрунтовано відступають від встановлених медичних стандартів, діють необережно, самовпевнено чи припускаються необґрунтованого ризику за браком досвіду чи знань. Такі помилки можуть виникнути, наприклад, при неувважному обстеженні, неадекватній оцінці клінічних та лабораторних даних, неврахуванні чи переоцінці результатів консультацій інших спеціалістів, а також при недбалому виконанні операцій та інших лікувально – профілактичних заходів.

До помилок, викликаних об'єктивними факторами, слід віднести дії (бездіяльність) медичних працівників, що не порушують встановлені законом та підзаконними актами правила, проте заподіяли шкоду здоров'ю пацієнта чи його смерть внаслідок недосконалості медичної науки на даному етапі її розвитку, несприятливих умов або обставин здійснення медичного втручання, об'єктивних труднощів діагностики деяких захворювань, атипового розвитку захворювання.

Незважаючи на сучасні значні успіхи в лікуванні багатьох захворювань, вважаю, що безпомилкова робота лікарів, у принципі є неможливою, зважаючи на специфіку медицини, що має справу зі здоров'ям і життям людини. Враховуючи таку специфіку, завданням правового регулювання медичної діяльності є вироблення правильної, продуманої та єдиної позиції щодо юридичної кваліфікації помилкових дій лікарів

Розглянувши підходи до розуміння поняття «лікарська помилка» вважаю, що визначення терміну «лікарська помилка» є необхідним з метою правильної регламентувати наслідків.

Також вважаю обґрунтованою думку висловлену багатьма фахівцями в галузі медичного права про необхідність визнати лікарську помилку юридичною категорією, внести її до чинного медичного законодавства.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Олефір А. О.

Закаблук К.О.,

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНА ПРОБЛЕМАТИКА ТА ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАННЯ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

На сьогоднішній день одним з найбільш важливих та нагальних питань як для України, так і для багатьох інших держав світу є штучне переривання вагітності. Аналізуючи питання штучного переривання вагітності, інакшими словами – аборту, в першу чергу, варто розглядати його не як медичну операцію, а як складну антропологічну проблематику, моральну, психологічну, та духовну дилему конкретних існуючих людей, адже кожна людина – це не тільки жива істота, а й багатогранний всесвіт, зі своїми переживаннями,

світоглядом, і, що найголовніше в цьому аспекті – планами на життя. Штучне переривання вагітності – глобальна проблема всесвітнього масштабу. За статистикою, понад 40% населення світу проживає в країнах, де законодавством офіційно дозволено штучне переривання вагітності на ранній стадії за бажанням жінки. Здебільшого у державах, що мають добре розвинену систему охорони здоров'я, регулювання народження цим методом практично витіснене сучасними засобами контрацепції. На жаль, цього не можна сказати про Україну, яка посідає одне з перших місць в Європі за кількістю абортів і одне з останніх за рівнем життя. Якщо в Іспанії число абортів на 1000 жінок віком 15–44 роки становить 5,7, Нідерландах – 6,5, Бельгії – 6,8, то в Україні воно дорівнює 43. Ставлення до штучного переривання вагітності у багатьох країнах різне. Так, жінку, яка зробила аборт в таких країнах як: Мексика, Чилі, Ірландія, Непал або Індонезія можуть судити і посадити до в'язниці. В той же час, на Кубі і в Пуерто-Ріко держава фінансує хірургічний аборт. Досить складно визначитися, який з даних підходів є більш правильним та логічним, але аборти мають як свої переваги, так і недоліки. Головною перевагою штучного переривання вагітності є наявність вибору вагітної жінки: народжувати дитину, чи ні. Аборти – жорстока, але дієва альтернатива заповненим дитячим будинкам, дітям – безпритульникам, і т.д. З іншого боку, штучне переривання вагітності є небезпечним для здоров'я матері, як фізичного, так і психічного. Штучне переривання вагітності в багатьох випадках призводять до тяжких ускладнень (таких як безпліддя), а в деяких випадках навіть до летальних наслідків. Розглядаючи питання законодавчого закріплення штучного переривання вагітності, на мою думку, відповідь досить однозначна. Заборона абортів на законодавчому рівні не підвищить народжуваність, а тільки сприятиме проведенню підпільного, незаконного переривання вагітності, яке є занадто небезпечним для здоров'я жінки. Не можу також не вказати той факт, що різко може піднятися рівень злочинної діяльності в країні, особливо за такими статтями Кримінального Кодексу України як незаконна лікувальна діяльність, незаконне проведення абортів, а також вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини.

Тож, проаналізувавши вищевикладене, можна дійти висновку, що штучне переривання вагітності – досить дискусійне питання у сучасному світі. З одного боку – це тяжкий злочин, адже матір свідомо позбавляє свою ненароджену дитину права на життя, а з іншого – це єдиний вихід на який потрібно опиратися у ситуації небажаної вагітності. Нажаль, рівень розвитку нашої країни недостатньо високий для повноцінного забезпечення дітей повноцінним піклуванням, доглядом, та утриманням. Отже, штучне переривання вагітності – одночасно жорстокий, але водночас лояльний спосіб вберегти ненароджену людину від жахливих реалій життя.

Зубрицька К.О.,

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПОГЛЯД НА ЕВТАНАЗИЮ

КРИЗЬ ПРИЗМУ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ

Найважливішим правом людини відповідно до ст. 27 Конституції України є право на життя, що гарантує недоторканість її фізичного існування. Ніхто не може позбавити людину життя, яке повинно підтримуватись у всіх

випадках до природного завершення. Проте в деяких країнах сучасного світу відбуваються кардинальні зміни, на тлі яких ця теза спростовується. Мова йдеться про евтаназію – припинення лікарем життя приреченої людини, яка має невиліковне захворювання та задоволення її прохання в безболісній, спокійній, тихій формі припинення страждання. В результаті евтаназії стає все більш частішим вирішення «проблеми болю», впоратися із яким не в змозі а ні самі хворі, а ні їх родичі, а ні лікарі. Слід зазначити, що на сьогодні у законодавстві України, зокрема у ст.281 ЦКУ зазначено, що забороняється задоволення прохання ф. о. про припинення її життя. Заборона міститься і в ст.52 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», де «медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань». За чинним ККУ наявність прохання або згоди потерпілого на позбавлення його життя не звільняє того, хто це вчинив, від кримінальної відповідальності. Це означає, що Україна чітко визначила своє негативне ставлення до будь-якого виду евтаназії, натомість в деяких інших країнах вже здійснюється її практична реалізація, обґрунтована законодавством.

Що стосується сучасного стану евтаназії у світі, то до 30х років ХХ сторіччя проблема евтаназії не викликала широкого суспільного резонансу, поки не з'явилися перші організації її прихильників, що почали об'єднуватися в різноманітні товариства й фонди. 1935 р. в Лондоні було створене перше у світі «Товариство добровільної евтаназії». Воно було засноване для пропаганди ідей про те, що дорослій людині, яка тяжко страждає від смертельної хвороби, від якої ще не відомі засоби лікування, закон має надати право на милосердя безболісної смерті за умови, що таким є бажання хворого. У 1980 р. це товариство перейменували в «ЕХІТ» – «Товариство за право померти з гідністю». У 1938 р. подібна організація з'явилася в США (у 1967 р. її було перейменовано в «Турботу про сконання»). 1973 р. товариства на підтримку евтаназії виникли в Нідерландах і Швеції. Одним із головних прихильників там був П. Адмірал, онколог і анестезіолог із католицької церкви в Дельфе. Він був переконаний – за деякий час Нідерланди доведуть світові, що евтаназія може бути «заключним актом у процесі лікування», що має місце бути. З 1998 р. у штаті Орегон (США) діє Закон, який дозволяє активну евтаназію, однак її здійснення ускладнено деякими юридичними формальностями. Першою країною, яка легалізувала активну і пасивну евтаназію в Європі, є Нідерланди. 10 квітня 2001 р. парламент Нідерландів затвердив закон, який звільняє від кримінальної відповідальності лікарів, які допомагають хворим позбутися життя. У 2002 р. евтаназія була легалізована в Бельгії (прийнявши Закон уряд Бельгії створив постійний комітет для контролю над евтанацією) та у 2009 р. в Люксембурзі. Формально евтаназія в Швейцарії заборонена, але фактично дозволена, бо закон передбачає, що допомога при здійсненні самогубства, якщо це не переслідує особистих корисних цілей, не суперечать закону.

Тож, зазначаємо, що евтаназія – це акт гуманізму, її можна застосувати у випадках коли існує сукупність певних факторів таких як: стан здоров'я хворого відповідає певним спеціальним вимогам та це є добровільною волею самого хворого, яку він неодноразово висував. Тому вважаємо, що у нашій країні, а саме у ККУ необхідно внести таку норму, згідно якої активна

евтаназія не є крим. караним діянням, перейняти досвід європейських країн з легалізації евтаназії.

Науковий керівник – д. ю. н., доц. Пашков В.М.

*Казмерчук М.М.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЗЕМЕЛЬ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО ПРИЗНАЧЕННЯ

В Україні протягом останніх років незалежності здійснюється процес реформування земельних відносин. Основною метою якого є формування сучасного сільськогосподарського виробництва, здатне забезпечити населення країни продовольством, а промисловість відповідною сировиною. Але наслідки запровадження змін не завжди були ефективними, таким наслідком стало нераціональне використання земельно-ресурсного потенціалу держави. Тому питання регулювання використання земель сільськогосподарського призначення потребує переосмислення та формування дієвої системи управління землекористуванням.

У контексті даної теми доцільно буде зазначити мету «Стратегії розвитку «Україна – 2020», яка полягає у впровадженні в Україні європейських стандартів життя та вихід України на провідні позиції у світі. Адже саме стратегічний розвиток відносин землекористування, забезпечить стійкість суспільно – економічної системи в країні.

Кулинич Павло Федотович у своїй монографії робить акцент на концепції контролюваної якості сільськогосподарських земель як наукового підґрунтя розвитку правового регулювання їх охорони та використання. Цією ж проблемою занепокоєний і ще один науковець – Мартин А., занепокоєння викликає самовільне захоплення та нецільове використання земельних ділянок, що призводить до погіршення якості сільськогосподарських земель – погіршення родючого шару ґрунту, забруднення земель. Всі ці наслідки зумовлені порушення земельного законодавства. Саме тому слід розробити методику та порядок визначення розміру збитків, зумовлених самовільним захопленням земельних ділянок або їх використання не за цільовим призначенням. Також слід оновити застарілу систему стандартів та нормативів у сфері використання земель сільськогосподарського призначення. Ще однією проблемою, яка гальмує ефективне правове регулювання використання земель сільськогосподарського призначення є неорганізованість територій, яка потребує територіального планування шляхом їх зонування. З цього приводу слід взяти до уваги зарубіжний досвід країн, де в процесі управління земельними ресурсами на державному та муніципальному рівнях головним фактором і основною умовою ринкової економіки є планування використання земель шляхом їх зонування. На жаль в Україні дана система не запроваджена, наслідком чого є ускладнення здійснення контролю за використанням земель сільськогосподарського призначення та застосування ефективного правового механізму регулювання земельних відносин.

Найбільшою перешкодою у належному правовому регулюванні використання земель сільськогосподарського призначення є застарілість норма-

тивно – правових актів та нерівномірний розвиток земельних відносин. Так як законодавець встав на шляху викорінення радянського законодавства у цій сфері та запровадження нових нормативів, але не завжди враховують розроблені на практичному рівні методики ефективного використання земель сільськогосподарського призначення. Так як за часту ефективність правового регулювання того чи іншого питання залежить від того наскільки збігається закріплена норма з можливістю реалізації її на практиці. Тобто дії законодавця повинні бути систематизованими та узгодженими, щоб реалізація законодавчої норми була найбільш ефективно, а не залишалася без виконання.

Отже, підсумовуючи усе вище викладене можна зробити висновок, що правове регулювання використання земель сільськогосподарського призначення має велике значення у реформуванні земельних правовідносин, які є складовою високого рівня розвитку аграрної сфери. Але все ж існують проблеми у ефективному правовому регулюванні, так як за часту практика і буква закону не збігаються у цій сфері.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Задихайло Д.Д.

Калембет Л.Р.,

студентка 24 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЗАБОРОНА РЕПРОДУКТИВНОГО КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ

XX століття можна назвати періодом розквіту та розвитку біології та генетики. Одним із наукових досягнень у цих сферах є клонування. Це відкриття стало одним із найбільш дискусійних питань, що постало перед світовою спільнотою в останні десятиліття.

Клонування означає створення особи, яка ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у залишену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини [1].

В науці залежно від цілі вирощування клону розрізняють репродуктивне (яке полягає у відтворенні людської істоти) і терапевтичне (здійснюється з метою регенерації органів тієї ж людини або виробництва медичних препаратів [2]). З боку теорії клон-людина є ідентичним близнюком чи копією іншої людини. Якщо врахувати особливості організму людини під впливом чинників змінювати свій генетичний код протягом часу, то можна вважати що клон є не абсолютною копією, а лише повторенням, яке є максимально наближене до оригіналу.

Тема клонування і наукові розробки в цій галузі набувають соціальної значущості. Вчені роблять наполегливі заяви про те, що теоретично через декілька років стане технічно і методологічно можливим клонування людини в різних варіантах, тому виділили цю тему із розряду вузькоспеціальних у ряд широкіх соціальних проблем, які мають велике значення [1].

У багатьох державах діють акти законодавства, які регулюють діяльність, а також відносини пов'язані з таким відкриттям, як клонування. Можливість такої діяльності спричиняє виникнення нових норм, як у міжнародному, так і національному законодавстві.

Заборона репродуктивного клонування людини втілена в таких міжнародних актах як: Загальна Декларація ООН з геному людини та прав лю-

дини, Додатковий протокол про заборону клонування людини до Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, Хартія Європейського Союзу про основні права. Найбільш поширена заборона клонування у законодавстві європейських країн. Ті або інші форми заборони клонування застосовують Німеччина, Іспанія, Данія, Великобританія, Італія, Франція, Швеція, Нідерланди, Бельгія, Словаччина, Швейцарія, а також Японія, Австралія та інші країни [2].

Внаслідок необхідності урегулювання цього питання, Верховною Радою було прийнято Закон “Про заборону репродуктивного клонування”, який 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 та соціальних наслідків клонування людини [3]. Але цей акт не стосується терапевтичного клонування, яке є предметом наукових і громадських дискусій.

Прийняття такого закону дозволить здійснити захист особи від негативних наслідків проведення репродуктивного клонування, зменшить ризики негативних наслідків під час використання нових технологій. Доцільно було б прийняти закон, який би регламентував питання здійснення терапевтичного клонування.

Оскільки клонування є новим та не повністю досліджуваним явищем, для запобігання зловживань така діяльність не може бути законодавчо закріплена в Україні.

Література:

1. Грищенко О. Проблема клонування: суспільний та правовий аспект / О. Грищенко – Юридичний журнал. – 2005. – № 10. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.justunian.com.ua;

2. Третьякова В. До питання формування міжнародно-правових біоетичних засад терапевтичного клонування органів і тканин людини / Третьякова В. // Віче. – 2013. – № 2 – [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.viche.info>;

3. Про заборону репродуктивного клонування людини: Закон України 24.12.2004 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2005. – № 5. – Ст. 111.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Губанова О.В.

Каленіченко І.В.,

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

РЕПРОДУКТИВНЕ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ:

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В Україні було прийнято закон «Про заборону репродуктивного клонування людини» 14 грудня 2004 року. Даним закон Україна заявила міжнародній спільноті про виконання зобов'язання по забезпеченню правового регулювання клонування людини на території своєї держави. Питання щодо репродуктивного клонування висвітлено у наукових роботах таких вчених як: А. Йориша, Н. Бойко, О.Грищенка, Т.Короткого, О. Шевчука, П. Калиниченка, Д. Рашидханової, М. Медведєвої, О. Кашинцевої. Відповідно до ст. 2 вищезгаданого закону, під клонуванням розуміють створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перене-

сення у залишену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини. Слід зазначити, що під заборonoю репродуктивного клонування людини в праві Європейського Союзу розуміється саме заборона процесу створення нової людини на генетичному рівні ідентичної іншій живій чи померлій людині. Також слід взяти до уваги, що у законодавстві деяких країн зазначена заборона фінансування з бюджету ЄС для репродуктивних досліджень клонування людини. В Україні хоча і прийняли закон «Про заборону репродуктивного клонування» та більшість науковців зазначають, що даний закон не є активним, оскільки він не забезпечив повною мірою правового регулювання з даного питання. На думку вчених, у майбутньому доцільно було б прийняти Закон України «Про терапевтичне клонування», який би врегулював ще один спеціальний метод лікування, і 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. Варто також зазначити, що практично усі нормативно-правові акти у галузі клонування сприяють створенню на міжнародній арені Конвенції про заборону репродуктивного клонування, яка належним чином врегулювала існуючі суперечності. Спроби створення Конвенції вже були, але згоди щодо її створення не було досягнуто. Також слід взяти до уваги, що клонування людини має не тільки технологічні аспекти, а більше за все стосується моральної сторони. Сьогодні досить відчутний вплив церкви не лише на суспільну свідомість, а й на державу та законодавче регулювання тих чи інших питань. Прикладом може бути протест Папи Римського, який засудив клонування людських ембріонів і закликав вчених шанувати гідність людини.

Отже, чинний закон є першим кроком України щодо регламентації даного питання. Україні слід взяти до уваги законодавство Німеччини, адже вона дуже цікаво поділяє закон на дві частини. Вона вважається, країною, що має найсуворіший закон про дослідження ембріона в Європі. Акт із захисту ембріона 1990 року забороняє репродуктивне клонування з посліду- ючим ув'язненням строком на 5 років та штрафом. У розділі 6 акта стверджується, що будь-яка спроба також буде покарана. Закон також забороняє створення та утилізацію ембріонів за будь-якою метою, окрім репродукції.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Кечеджі О. Б.,
студентка 34 групи
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

ОХОРОНА МАТЕРІАЛІВ ДОКЛІНІЧНОГО ВИВЧЕННЯ ТА КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ЯК КОМЕРЦІЙНОЇ ТАЄМНИЦІ: НЕОБХІДНІСТЬ ЧИ ПЕРЕБІЛЬШЕННЯ

Комерційна таємниця є одним із найстаріших засобів захисту інтелектуальної власності. Формування ринкових відносин, конкурентного середовища, зокрема у фармацевтичній галузі, обумовлюють важливість охорони та захисту комерційної таємниці. Об'єктом охорони можуть виступати, крім іншого, окремі матеріали доклінічного вивчення та клінічних випробувань.

Українське законодавство, зокрема п. 11 ст. 9 Закону України «Про лікарські засоби» та п. 3¹ Порядку державної реєстрації лікарських засобів, пе-

редбачає надання державної охорони від розголошення та недобросовісного комерційного використання реєстраційної інформації лікарського засобу. У підзаконних нормативно-правових актах, а саме: пп. 1 п. 3 згаданого вище Порядку та пп. 2.6 та 2.7 Додатку № 5 (визначає структуру реєстраційного досьє) Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів, – до такої реєстраційної інформації відносять також матеріали доклінічного вивчення і клінічного випробування такого засобу.

Природньо, що не вся інформація матеріалів доклінічного вивчення і клінічного випробування лікарського засобу уособлює комерційну таємницю. Проте надання такої державної гарантії сприяє охороні усіх матеріалів, в т. ч. тих, які становлять комерційну таємницю.

Разом з тим, сьогодні існує ініціатива відкриття доступу до усіх матеріалів таких досліджень, у т. ч. й до інформації, яка становить або ж може становити комерційну таємницю. У відповідному законопроекті обґрунтовується необхідність його прийняття, зокрема: забезпечення прозорості національної процедури реєстрації лікарських засобів, надання достовірних даних про ефективність та безпечність лікарських засобів.

Однак у цьому випадку жодним чином не враховуються інтереси виробників лікарських засобів – різноманітних фармацевтичних компаній. Зокрема вільний доступ до таких матеріалів у повному обсязі (особливо щодо інноваційних лікарських засобів) може спричинити недобросовісне використання конкурентами такої інформації. Дещо схожого висновку дійшов профільний комітет ВРУ при розгляді цього питання, який зазначив можливість «виникнення ризику порушення прав інтелектуальної власності».

Водночас, важко заперечити той факт, що відкриття певних матеріалів доклінічного вивчення та клінічних випробувань надасть можливість виявлення достовірних даних про ефективність та безпечність таких лікарських засобів. Тому постає питання про пошук балансу, можливість урахування інтересів кожної зі сторін – як споживача, так і виробника лікарського засобу.

На нашу думку, за таких обставин дороговказом може стати Угода про асоціацію України з ЄС, де певним чином врегульоване це питання. Так ст. 222 вищезгаданого міжнародного документа передбачає надання так званої «п'ятирічної гарантії» виробнику, а саме:

- 1) без згоди первинного виробника дозвіл щодо введення на ринок лікарського засобу не надається;

- 2) дані випробувань або досліджень захищаються від використання наступними заявниками з метою отримання дозволу на введення засобу на ринок.

Відповідні гарантії сприятимуть забезпеченню інтересів виробника, забезпечать інвестиційну привабливість фармацевтичного ринку України. Також їх реалізація справить позитивний вплив на розвиток цієї галузі в цілому, адже мотивуватиме на створення засобів, аналогів яких немає в Україні. Водночас це безперечно дозволить задовольнити інтереси споживача шляхом надання вільного доступу до матеріалів доклінічного вивчення та клінічних випробувань.

Таким чином, визнання матеріалів доклінічного вивчення та клінічних випробувань комерційною таємницею не є доцільним з позиції більш повного та всебічного з'ясування даних про ефективність і безпечність лікар-

ського засобу споживачем. Водночас держава має гарантувати виробникам виключне право протягом певного строку користуватися матеріалами відповідних досліджень.

Науковий керівник: к. ю. н., доц. Греков Є. А.

Кімлик В.О.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИН З ВИКОРИСТАННЯМ ТРУПНИХ ТРАНСПЛАНТАНТІВ

У багатьох розвинутих країнах трансплантологія врятувала безліч життів. Проте беззаперечним є факт нестачі донорських органів, а тому наперед виходить потреба у нормативному регулюванні використання трупних матеріалів. В Україні постійно тривають дискусії щодо впровадження у країні трупного донорства. За останніх 5 років в Україні виконано лише 612 трансплантаційних операцій, з них всього 72 (це приблизно 11%) – від трупа. Головною причиною цього є недостатність фінансування цієї галузі та відсутність стандартів, згідно з якими має проводитися лікування хворих осіб шляхом пересадки органів. Для вирішення цих проблем Верховна Рада України 24 квітня 2016 року підписала постанову, якою затвердила прийняття за основу проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини». Наразі цей законопроект знаходиться на доопрацюванні комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я.

Законопроект передбачена обов'язкова письмова згода (або незгода) на взяття анатомічних матеріалів для трансплантації. Якщо ж така прижиттєво надана не була, анатомічні матеріали можуть бути вилучені за згодою другого з подружжя або родичів, які проживали з донором до смерті (ст. 16). На практиці можуть виникнути запитання щодо достовірності такої заяви, адже не зазначено, чи повинна така згода нотаріально посвідчуватися, чи мають бути присутні свідки при написанні згоди і скільки треба проживати з донором, щоб вважатися такими особами, що проживали з ним «до смерті». У ст. 6 законопроекту визначено обов'язкові умови, за яких здійснюється трансплантація. Вживається термін «об'єктивно проінформований лікарем реципієнт», проте дане поняття є відносним і тому на практиці може виникнути ситуація, коли лікар вважає, що достатньо зрозуміло пояснив пацієнту усі можливі ризики ситуації, а останній в свою чергу частково зрозумів або взагалі не зрозумів ті чи інші медичні терміни, які використовував лікар. У такому випадку згода особи на посмертне донорство може вважатися недійсною та необдуманною. Ці недоліки є не основними в новому законопроекті, проте їх необхідно доопрацювати. Громадяни України змушені збирати величезні суми коштів для візиту за кордон, хоча в нашій державі наявні всі необхідні умови для проведення подібних операцій. Новий законопроект яким передбачає запровадження принципу згоди, тобто кожен громадянин, який не дав своєї письмової відмови за життя, стане донором після своєї смерті (ст. 16).

Отже, сподіваємось, що з прийняттям нового доопрацьованого Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» в державі будуть збільшені можливості отримати необхідний для пацієнта орган (відповідно зменшиться смертність); зменшиться потреба у проведенні різних злочинних дій щодо протизаконного вилучення органів; разом із збереженням життя людини, держава збереже кошти, які планувалося виділяти на її лікування, адже одноразова оплата операції буде коштувати значно менше ніж лікування особи протягом років; механізм трансплантації ускладниться процесом звітності та медичної експертизи, а також медичних перевірок.

Науковий керівник: к.ю.н., ас.Олефір А. О.

*Кінашевська К.І.,
студентка 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

Останнім часом все більше популярності в Україні здобуває сурогатне материнство. Безсумнівно, питання сурогатного материнства можна розглядати в кількох аспектах: морально-етичному, медичному, психологічному, правовому. В Україні, як і в зарубіжних країнах, є як прихильники, так і противники цієї репродуктивної технології, що не може не позначатися на її правовому регулюванні. Наявність таких суперечливих, протилежних точок зору небезпричинна, оскільки інститут сурогатного материнства достатньо «молодий»: перша програма сурогатного материнства в Україні була реалізована в 1995 році в Харкові.

Незважаючи на погляди противників, інститут сурогатного материнства на сьогодні є надзвичайно важливим, оскільки завдяки сурогатному материнству люди, які з тих чи інших причин позбавлених можливості мати дітей, завдяки репродуктивним технологіям все ж таки мають можливість мати дітей. На нашу думку, мати дітей та продовжувати свій рід є мрією кожної родини, а тому в складних випадках це бажання забезпечується завдяки сурогатному материнству.

На сьогоднішнє правове забезпечення сурогатного материнства є одним із найбільш законодавчо неврегульованих й найскладніших питань у галузі медичного права України. Його актуальність обумовлена відсутністю достатнього нормативного регулювання здійснення процедури сурогатного материнства в Україні та необхідністю вирішити проблеми, що виникають на практиці при реалізації програми сурогатного материнства.

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. Медичний аспект сурогатного материнства в Україні регламентує Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Ним визначаються особливості здійснення сурогатного материнства, а саме умови для проведення сурогатного материнства, визначаються показання для суро-

гатного материнства (відсутність матки тощо), визначається хто може бути сурогатною матір'ю та інші питання пов'язані з сурогатним материнством.

Незважаючи на вищезазначені положення законодавчих та підзаконних актів, що регулюють особливості сурогатного материнства, на нашу думку необхідно прийняти спеціальний Закон «Про сурогатне материнство», який би регулював відносини, що стосуються виключно сурогатного материнства. Зазначимо, що намагання прийняти Закон «Про допоміжне материнство» вже було, проте не увінчалось успіхом.

Таким чином, основним недоліком законодавства в сфері регулювання сурогатного материнства є відсутність окремого спеціального за законодавчого акту, який би детально регламентував та характеризував порядок застосування вказаної процедури.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Кімура О.В.,

студентка 42 групи

ПЮІ ННУ ім. Ярослава Мудрого

ТРАНСПЛАНТОЛОГІЧНА ІНФРАСТРУКТУРА ЯК ПОЗИТИВНЕ ВЯЩЕ 21 СТ. : СВІТОВА ПРАКТИКА, ПЕРСПЕКТИВИ І ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ

На сьогодні трансплантологія є однією з найбільш прогресивних галузей медицини. Складність розвитку цієї тематики полягає у її прямій залежності від етики та морального стану суспільства, який має тенденцію до постійних змін та оновлень. Актуальність теми представленої роботи, пов'язана з великою кількістю правових, медичних та етичних проблем в галузі трансплантології.

Незважаючи на те, що трансплантація давно вийшла зі стадії медичного експерименту і стала традиційною в медичній практиці. Звична схема лікувального процесу «лікар-пацієнт» в галузі трансплантології представляється як «донор-лікар-реципієнт». Це та інші проблемні питання зумовлюють гостру необхідність у чіткій юридичній регламентації.

Наприклад, вартість такої компенсації в Чехії – від декілька сотен до декілька десятків тисяч крон, залежно від біологічного матеріалу. При цьому в країні наявна презумпція донорства – те, що будь-яка людина посмертно визнається донором.

У Ірані з боку держави зовсім зворотнє ставлення до проблеми трансплантології. Близько 1 400 іранців на рік продають одну зі своїх нирок, яку пересаджують невідомому їм реципієнту. При цьому в якості додаткової захисної міри проти “трансплантологічного туризму” донори та реципієнти мають бути однієї національності. На сьогодні Іран – єдина країна у світі, в якій держава дозволяє і регулює продаж однієї зі своїх нирок за грошову винагороду. Такий підхід дозволив сильно зменшити чергу на трансплантацію: якщо у США цей показник досягав близько 10 років у 2010 році, то в Ірані цей показник не перевищує 1 рік.

Що стосується України, то законодавством заборонено неродинне донорство органів – тобто, відсутні умови для створення легального ринку трансплантації органів та відповідної інфраструктури.

Так, Б. М. Головкін у своєму дослідженні використав дані МОЗ України, за якими у 2014 р. виконано всього 134 операцій із трансплантації органів, у тому числі 6 пересадок нирки (при потребі понад 2500); 17 пересадок печінки (при потребі 1000–1500). Вкрай складна ситуація склалася із трансплантацією серця. За останні 20 років в Україні проведено лише 8 таких операцій (при потребі 1000–1500). Це говорить про потребу у вирішенні питання трансплантації – а, отже, обрання Україною шляху на прикладі якоїсь з європейських країн, який імпонує їй найбільше.

На заваді створення трансплантаційної інфраструктури в Україні у найближчі 5 років на заваді стоять такі фактори:

1. низький стан вітчизняної медицини;
2. консервативність суспільства;
3. високий рівень криміногенності суспільства;
4. відсутність єдиної вірної закордонної моделі побудови такої інфраструктури, яку б можна було запозичити.

Отже, для створення належної трансплантаційної інфраструктури в Україні необхідно:

1. створити належну та ефективну законодавчу базу з питань трансплантології;
2. пропрацювати та запустити інформаційну кампанію, яка б детально розповідала про трансплантологію, у тому числі, оплатну;
3. обрання країни, модель трансплантаційної інфраструктури якої вбачається найбільш ефективною для України;
4. вирішення основних проблем у галузі медицини;
5. здійснення жорсткого контролю держави за операціями з донорства органів.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір О.А.

*Клюшник Є.М.,
студент 43 групи
ПІОІ НІОУ ім.Ярослава Мудрого*

МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ СТАНДАРТИ ЗАХИСТУ ПРАВ ПСИХІЧНО ХВОРИХ ОСІБ

Варто першочергово зазначити, що психічно хворі особи – це особи, які мають вроджені або набуті розлади психічної діяльності.

Статистичні дані свідчать, що на сьогодні, у світі налічується близько 450 мільйонів людей, які страждають на психічні захворювання, з них: понад 400 мільйонів страждають на тривожні стани, 340 мільйонів – на розлади настрою, 60 мільйонів – на розумову відсталість, 29 мільйонів – на деменцію, 45 мільйонів – на шизофренію, 40 мільйонів – на епілепсію. Психічні розлади обумовлюють 11% інвалідизації населення та 1% смертності у світі.

Слід констатувати, що до психічно хворих осіб в нашій державі завжди відносилися досить боязно або ж дещо байдуже, що зумовлювало до ситуацій, коли виникала дискримінація або ж соціальна ізоляція від суспільства, що безумовно не є позитивним явищем.

На жаль, така ситуація присутня й наразі. Так, за даними Асоціації психіатрів України, в Україні останнім часом дедалі більше здійснюється неправомірних операцій (купівля – продаж, обмін житла, отримання по-

зик та ін.), де однією із сторін є недієздатна особа або особа з обмеженою дієздатністю.

Так само варто відзначити, що в Україні дослідження проблеми захисту прав осіб із психічними розладами займалося невелике коло вчених (Ясинок, А. Мезенцев, Н. Шахман, О. Шершель) й загалом, вони досліджували окремі питання дієздатності таких осіб або приділяли увагу окремим питанням процедури надання особі психіатричної допомоги у примусовому порядку.

Слід у даному аспекті визначити та звернути увагу на те, що хоча в ст. 49 Конституції України проголошено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а чинний Закон «Про психіатричну допомогу» визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, варто констатувати, що в умовах сьогодення, на жаль, захист прав психічно хворих осіб не має належного організаційного та реального забезпечення та явно не відповідає встановленим вище міжнародним загальноновизнаним стандартам.

Тож з огляду на вище зазначене, варто підсумувати, що на сьогоднішній день, міжнародні стандарти захисту прав психічно хворих складають цілий комплекс нормативно-правових актів як загального, так і спеціального характеру. В Україні дані міжнародно-правові акти втілені у національне законодавство, однак фактично не реалізуються на практиці. Тому, на нашу думку, є доцільним та ефективним прийняти відповідні підзаконні нормативно-правові акти рекомендаційного характеру, які б сприяли до більшої імплементації міжнародно-правових норм щодо захисту прав психічно хворих осіб у законодавство України.

Колінько І.О.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ВИГОТОВЛЕННЯ ДИТЯЧОГО ХАРЧУВАННЯ: ВИМОГИ ОСНОВ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Сучасні науковці визначають, що чутливість дитячого організму до дії різноманітних чинників обумовлює пластичність усіх фізіологічних і патологічних процесів, що відбуваються в організмі дитини. Так, безпосередній вплив на рівень здоров'я дітей має якість їх харчування. Саме це є основною підставою особливого ставлення законодавця щодо провадження господарської діяльності в сфері виготовлення дитячого харчування.

Так, законодавцем закріплено, що держава забезпечує дітей віком до трьох років виготовленими переважно на промисловій основі з екологічно чистої сировини якісними дитячими сумішами та іншими продуктами ди-

тячого харчування. Контроль за виконанням санітарно-гігієнічних та інших нормативних вимог щодо продуктів дитячого харчування покладається на органи державної санітарно-епідеміологічної служби. (Ст. 61 Основ законодавства України про охорону здоров'я)

Детальній регламентації здійснення господарської діяльності в сфері виготовлення дитячого харчування присвячений Закон України «Про дитяче харчування» від 14.09.2006 року.

Так, виробник дитячого харчування вищенаведеним законом визначається, як юридична особа, яка здійснює господарську діяльність з виробництва дитячого харчування з метою введення його в обіг.

Як одну з особливостей здійснення господарської діяльності в сфері виготовлення дитячого харчування Законом України «Про дитяче харчування» встановлено вимогу до якості сировини. Так, ч.8 ст. 8 вищенаведеного закону визначає, що сировина, яка використовується у виробництві продуктів дитячого харчування, – не повинна містити гормональних препаратів, важких металів, антибіотиків, пестицидів, радіонуклідів, штучних барвників, генетично модифікованих організмів та інших небезпечних речовин.

Законом також встановлюється цивільно-правова, адміністративну, дисциплінарну або кримінальну відповідальність згідно із законом для особи, винні у порушенні вимог законодавства про дитяче харчування (Ст. 12 Закону України «Про дитяче харчування»).

При цьому, на сьогодні єдині державні санітарні норми щодо вмісту гормональних препаратів, важких металів, антибіотиків, пестицидів, радіонуклідів, штучних барвників, генетично модифікованих організмів та інших небезпечних речовин у сировині Міністерством охорони здоров'я України не встановлені.

Також, на сьогодні відсутні нормативні акти, які визначають вимоги до продуктів харчування для дітей дошкільного, шкільного віку та підлітків.

Вищенаведене дає можливість суб'єктам господарювання у провадженні господарської діяльності в сфері виготовлення дитячого харчування не притримуватись чітких вимог законодавства. А у зв'язку з тим, що раціональна організація, збалансованість і безпека харчування дитини є основним фактором, забезпечує в подальшому здоров'я і тривалість життя людини, не дотримання вимог щодо якості сировини може призвести до негативного впливу на рівень здоров'я населення країни в цілому.

Так, на нашу думку, існує необхідність в законодавчому визначенні сучасних вимог щодо якості і безпечності до сировини, яка використовується для виробництва дитячого харчування шляхом прийняття державних стандартів вмісту гормональних препаратів, важких металів, антибіотиків, пестицидів, радіонуклідів, штучних барвників, генетично модифікованих організмів та інших небезпечних речовин у сировині для дитячого харчування. Також, на підставі єдиних стандартів, необхідно скласти методiku здійснення контролю за якістю сировини для дитячого харчування.

Науковий керівник – к.ю.н., асистент Олефір А.О

*Колодочка І.В.,
студент 44 групи
ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого*

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Соціально – економічна криза в Україні потягла за собою неефективне управління галуззю охорони здоров'я, що в свою чергу спричинило ряд проблем для населення нашої країни, а саме: недоступність та ненадання якісної медичної допомоги громадянам, підвищення рівня захворюваності та смертності населення, безвідповідальність медичних працівників за вчиненні ними протиправні дії. Система охорони здоров'я в нашій державі застаріла та потребує якнайшвидшого реформування, оскільки дана галузь є надзвичайно важливою складовою в стратегічній перспективі для України. Одним із можливих варіантів подолання зазначених проблем, є впровадження соціального медичного страхування в Україні, що являє собою складову медичного обслуговування, яке надається населенню за кошти, що надійшли від осіб у формі внесків до спеціалізованих грошових фондів. На мою думку, впровадження медичного страхування є доцільним та важливим етапом розвитку медичної галузі, оскільки: сприятиме вирішенню кризи в галузі охорони здоров'я; зросте фінансування бюджетів медичних закладів охорони здоров'я, що підвищить рівень якості надання медичних послуг, за умови, що буде існувати ефективна та незалежна система контролю за цими коштами; зробить надання медичних послуг для населення більш доступним, що сприятиме підвищенню рівню загальних показників здоров'я громадян; сприятиме виходу з тіньової економіки значних коштів, що знаходяться в медичних закладах України на сьогоднішній день.

Проте, незважаючи на очевидні переваги запровадження страхової медицини в Україні, є ряд чинників, наявність яких, не дають можливості для її реалізації на практиці: відсутність політичної волі з боку органів державної влади на вищих рівнях; проблема фінансування фондів страхової медицини, у зв'язку з низьким рівнем доходів населення та відсутністю механізму надання коштів з державних та місцевих бюджетів; низький рівень свідомості громадянського суспільства з даного питання; відсутність кодифікованого нормативно-правового акту, який би здійснював правове регулювання та забезпечення сфери медичного страхування.

Отже, можна сказати, що запровадження соціального медичного страхування є важливим кроком для реформування галузі охорони здоров'я, з метою вирішення базових проблем в цій сфері. Щоб досягнути поставлену мету, потрібна підтримка з боку громадян, політична воля чиновників, час та значні кошти на її реалізацію. Так як реформа медичного страхування є надзвичайно важливою для нашої країни, то потрібно підходити до її впровадження максимально відповідально: розробити нормативну-правову базу у сфері медичного страхування; створити Фонди медичного страхування на всіх територіальних рівнях держави, реалізувати механізм здійснення контролю за коштами, які до нього будуть надходити; забезпечити захист прав громадян на надання якісної медичної допомоги.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Колос Л.В.,
студентка 43 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

СТАНДАРТИЗАЦІЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРАВОВІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗНАЧЕННЯ

На сьогоднішній день в державі визначено розвиток стандартизації, як один із важливих напрямів реформування галузі охорони здоров'я населення України. Важливість забезпечення високої якості медичних послуг, рівень яких визначається нормами та стандартами, не викликає жодних сумнівів.

На сьогодні законодавство України не містить прямого закріплення поняття «якість медичної допомоги». Узагальнене та неконкретизоване визначення міститься у Наказі МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 № 752, яке, однак, відсилає до стандартів та норм, не конкретизуючи їх.

Одним із критеріїв, за допомогою якого визначається якість наданої медичної допомоги, є стандарти надання медичної допомоги, а тому метою даної роботи є встановлення особливостей нормативно-правової бази стандартизації та можливих шляхів її удосконалення.

Згідно положень статті 14-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 року № 2801-ХІІ, систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти, які встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії».

Відповідно до статті 1 Закону України «Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії», визначено, що державні соціальні стандарти - це встановлені законами, іншими нормативно-правовими актами соціальні норми і нормативи або їх комплекс, на базі яких визначаються рівні основних державних соціальних гарантій. Однак, з цього закону не є зрозумілим, що відносити до стандартів, оскільки всі показники, які згадуються в ньому, віднесено або до державних соціальних нормативів, або до державних соціальних гарантій.

На виконання Закону прийнята велика кількість підзаконних актів Міністерства охорони здоров'я, одним з яких є, наприклад, Наказ від 10.01.2005 № 9 «Про затвердження Протоколів лікування дітей за спеціальністю «Педіатрія». Однак, даний акт містить галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я, які відповідно до ст. 14-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я, не належать до соціальних нормативів. Тому на законодавчому рівні існує проблема чіткого розмежування поняття галузевих стандартів та державних соціальних нормативів.

Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року відзначено важливість вдосконалення системи стандартизації, що безумовно є позитивним, особливо враховуючи, що об'єктами стандартизації в охороні здоров'я повинні стати всі складові медичного обслуговування.

Отже, з викладеного вбачається, що нормативно-правова база стандартизації, у тому числі у сфері охорони здоров'я населення, яка, потребує уточнення та періодичного оновлення. Окрім того, на законодавчому рівні

необхідно закріпити поняття «якість медичної допомоги», та чітко розмежувати поняття галузевих стандартів та державних соціальних нормативів.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Конотоп Н.Ю.,

студентка 22 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

МЕДИЧНІ АСПЕКТИ НАДМІРНОГО ХАРЧУВАННЯ

Проблема надмірного харчування людей на сьогодні є однією з найбільш тривожних в сучасному суспільстві. Зважаючи на те, що Конституція України проголосила людину, її життя і здоров'я найвищою соціальною цінністю, то проблема надмірного харчування набуває масштабів національного значення.

В контексті вищезазначеного заслуговує на увагу стародавня китайська приказка: «Свою хворобу шукай на дні тарілки!». Я погоджуюся з тим, що ця народна мудрість через тисячі років визначала основні напрямки оздоровлення організму людини в східних країнах.

Відповідно до ч. 1 ст. 281 Цивільного Кодексу України фізична особа має невід'ємне право на життя, а нехтування цим правом може призвести до трагічних наслідків. В даному випадку ведемо мову, в тому числі, і про надмірне харчування, оскільки проблема надмірного харчування поступово набирає обертів і на нашу думку вже досягла рівня проблеми паління та алкоголізму чи навіть наркоманії.

Звертаю увагу на слова відомого перського лікаря Авіценни, який стверджував, що по-перше, якщо людина захворіла, то вона повинна відмовитись від їжі; по-друге – зробити очищувальні процедури для кишечника; по-третє – змінити характер харчування та промити «каналізаційні системи організму» (лімфатичну, сечовидільну та шлунково-кишковий тракт). І лише виконавши вищезазначені процедури тільки тоді людина може звернутися до лікаря [1].

На мою думку, в словах Авіценни безперечно є раціональне зерно, оскільки виконавши вищезазначені процедури і не ліквідувавши першопричину захворювання, то тоді необхідно шукати справжнє захворювання глибше. Отже, як ми бачимо, ще тисячі років тому звернули увагу на проблему надмірного ожиріння, проте з того часу ця проблема тільки поглиблюється.

Якщо вести мову про сучасні реалії, то необхідно на державному рівні ввести розпочати програму про боротьбі з надмірним ожирінням. На мою думку, вищезазначена програма буде спрямована на забезпечення права людини на життя та здоров'я. Беручи до уваги Україну, то практики судового захисту осіб, які постраждали від надмірного ожиріння відсутня. Проте в країнах Західної Європи компанії використовують шкідливі компоненти для здешевлення собівартості продукції.

Таким чином, проблема надмірного харчування залишається невирішеною. Ми вважаємо, що необхідно на державному рівні закріпити відповідні програми, які потрібно реалізовувати. І це потрібно зробити якнайшвидше.

Література:

1. Столяр В. І. Фізіологія та гігієна харчування / В. І. Столяр – К.: «Здоров'я», 2000. – 336 с.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Прохазка Г.А.

*Корнаєва А.Ю.,
студентка 41 групи
ПЮІ НІОУ ім.Ярослава Мудрого*

ОСОБЛИВОСТІ СЕРТИФІКАЦІЇ ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ

Головне завдання сертифікації – не допустити на вітчизняний ринок контрафактну, неякісну та небезпечну для здоров'я людей, їх майна і навколишнього середовища продукцію. Вироби медичного призначення, за загальним правилом, мають безпосередній вплив на здоров'я людини. Відтак, актуальність обраної теми зумовлена необхідністю вивчення положень щодо забезпечення належної якості виробів медичного призначення шляхом їх сертифікації. Також, окремо необхідно підкреслити, що Угода про партнерство і співробітництво між Україною й Європейськими співтовариствами та їх державами-членами визначає сферу технічних правил та стандартів, а також захисту прав споживачів як пріоритетну, відтак, в Україні відбувається активна робота щодо адаптації законодавства до міжнародних стандартів і положення щодо сертифікації виробів медичного призначення не є виключенням.

На сьогодні, всі медичні товари, які вводяться в оборот або вже існують на ринку України, повинні підтвердити відповідність Технічним регламентам і мати відповідні сертифікати та декларацію. Вищенаведене здійснюється у відповідності з Законами України «Про акредитацію органів з оцінки відповідності», «Про технічні регламенти та оцінку відповідності», Закону України «Про лікарські засоби» та іншими нормативними актами. Окремо виділимо, що 3 01.07.2015 р. обов'язковими для застосування стали технічні регламенти, затверджені постановами Кабінету Міністрів України від 2 жовтня 2013 р. «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів». Окремої регламентації набув «Порядок контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібної торгівлі», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України (Далі – МОЗ України) від 29.09.2014 № 677 (Далі – Наказ № 677).

В процесі нашого дослідження, в першу чергу необхідно звернути увагу на те, що відповідно до положень Закону України «Про технічні регламенти та оцінку відповідності», документ про відповідність – декларація, протокол звіт, висновок, свідоцтво, сертифікат будь-який інший документ, що підтверджує виконання визначених вимог, які стосуються об'єкта оцінки відповідності. Сертифікація, в свою чергу, визначається, як підтвердження відповідності третьою стороною (особою, яка є незалежною від особи, що надає об'єкт оцінки відповідності, та від особи, що заінтересована в такому об'єкті як споживач чи користувач), яке стосується продукції, процесів, послуг, систем або персоналу. Відповідно до положень Наказу № 677, сертифікат якості серії лікарського засобу – документ, що видається виробником на вимогу АНД/МКЯ, установленим під час його реєстрації в Україні.

Щодо уповноваженого органу на здійснення сертифікації виробів медичного призначення, МОЗ України було видано наказ від 29.09.2014 р. № 683 згідно якого Державне підприємство «Державний медичний центр сертифікації МОЗ України» визначено головною організацією у сфері розробки проєктів нормативно-правових документів з оцінки відповідності системи

управління якістю, впровадженій в установленому законодавством порядку у закладі охорони здоров'я.

Як бачимо з вищенаведеного, особливості сертифікації виробів медичного призначення є її динамічний розвиток та широкий спектр регулюючих актів. На нашу думку, сертифікація, як засіб забезпечення безпеки медичних виробів для пацієнта та лікаря, потребує більш системного та впорядкованого підходу. Вважаємо, що існує необхідність у впровадженні єдиного нормативно правового акту, який би комплексно розкривав положення щодо сертифікації виробів медичного призначення.

Науковий керівник – к.ю.н., асистент Олефір А.О.

*Корнієнко Н.О.,
студентка 3 курсу
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЗМІСТ ТА ПРОЦЕДУРА УКЛАДЕННЯ «LIVINGWILL» НА ПРИКЛАДІ УГОРСЬКОГО ЗАКОНОДАВСТВА

Конституція України закріплює право кожного на медичну допомогу, а це в свою чергу означає, що поряд з цим правом існує право на відмову від лікування. Згідно з ч. 4 ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я України пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування, від медичного втручання чи призупинити його. Тобто пацієнти в умовах невідкладного медичного втручання, а також недієздатні особи є уразливими суб'єктами правовідносин з приводу надання згоди на лікування та потребують додаткових засобів захисту своїх прав. Юридичним інструментом захисту прав таких хворих є інститут завчасного планування лікування, який в Україні фактично невідомий.

У європейських країнах, зокрема в Угорщині, таким інструментом виступає документ, що має назву «livingwill» – дослівно «прижиттєвий заповіт» (або воля живого, заповіт про життя, остання воля щодо лікування та догляду, медичний заповіт). Вперше цей документ було запропоновано в 1969р. Л. Кутнером. письмовий документ, в якому повнолітня дієздатна особа заздалегідь висловлює свою волю на випадок ситуацій, в яких вона вже не може говорити за себе. В угорському законодавстві це положення відображено в урядовому розпорядженні № 117 1998 р. У цьому документі людина при свідомості відмовляється від лікувальних заходів та втручань, що підтримують життєдіяльність організму, тобто це розпорядження своїм життям у випадку тяжкої хвороби, близької смерті тощо.

Цей документ – остання воля живої людини. Він складається при повній свідомості, визначає поведінку за життя людини, а не після її смерті, тобто залишає останні розпорядження щодо обсягів терапії, які б вона хотіла отримати в критичному стані. Позитивним є те, що при укладенні цього документа людина самостійно забезпечує собі умови гідної смерті.

Процедура відмови від лікування передбачена в угорському законодавстві в Законі «Про охорону здоров'я», де зазначається, що при наблизненні невідоротної смерті хворий має право свідомо відмовитися від медичних втручань, які в змозі забезпечити лише нестерпне життя. Відмову пацієнта (його законного представника) від лікувальних заходів та втручань, що

спрямовані на штучне підтримання життєдіяльності, лікар може прийняти за умови, коли найближчий прогноз навіть за належного лікування – з погляду медичної науки – вкрай несприятливий. У цьому разі відбувається особлива процедура:

1. огляд пацієнта консилиумом у складі лікуючого лікаря, спеціаліста відповідного профілю (що не бере участі у лікуванні даного пацієнта) та психіатра;

2. у ході консилиуму профільні спеціалісти мають встановити невиліковність хвороби з позицій медичної науки навіть за належного лікування і догляду, а психіатр після огляду хворого та розмови з його близькими (якщо є така можливість) робить висновок про осудність та дієздатність пацієнта;

3. висновок консилиуму має бути одноголосним і викладеним письмово;

4. після консилиарного огляду впродовж найближчих трьох днів пацієнт у присутності двох свідків має можливість підтвердити чи відкликати свою попередню відмову;

5. при дотриманні всіх названих умов лікар може припинити або не розпочинати лікування, медичне втручання, від якого пацієнт відмовився.

Необхідно врахувати, що пацієнт може в будь-який момент скасувати свою відмову і навіть, якщо він відмовився від лікування, у нього залишається право на зменшення болю та страждання.

Отже, проаналізувавши на прикладі Угорщини зміст, ознаки і процедуру укладення «livingwill», можна зробити висновок, що медичний заповіт є дієвим правовим інструментом, який містить побажання відносно медичного обслуговування на випадок, коли пацієнт вже не в стані спілкуватися ані з лікарями, ані з родичами. Він не тільки гарантує, що побажання хворого стануть відомі, а також захищає близьких від необхідності приймати важкі рішення та забезпечують медичному персоналу імунітет від правової відповідальності або звинувачень в неетичній і непрофесійній поведінці.

Науковий керівник: к.ю.н., доцент Греков Є.А.

Корчака І.В.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЕВТАНАЗІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Актуальність проблеми евтаназії обумовлюється як об'єктивними, так і суб'єктивними факторами. Об'єктивною причиною розгляду проблеми евтаназії є вічна проблема, яка завжди приваблювала і приваблює пересічних громадян і науковців – це проблема життя та смерті, вірніше гідного життя та гідної смерті. Не менш важливим тут є питання: «Чи є життя найвищою цінністю людини?». Якщо так, то чи має право хто-небудь, крім неї, розпоряджатися цією цінністю? Суб'єктивною причиною виступають конкретні факти практичного застосування евтаназії легально і нелегально, у правовому і позаправовому просторах при невирішених корінних етичних, правових і філософських чи медичних аспектах.

За українським законодавством евтаназія заборонена. Відповідно до ч. 4 ст. 281 Цивільного кодексу забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя. Ч. 3 ст. 52 Основ законодавства України про

охорону здоров'я визначає, що медичним працівникам забороняється здійснення еутаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань. Як ми бачимо, єдиного поняття еутаназії в українському законодавстві немає.

Поняття еутаназії сьогодні – це процес спокійної й легкої смерті хворого без мук і страждань. Говорячи про еутаназію, зазвичай розуміють активну еутаназію, тобто виконання дій, спрямованих на припинення мук безнадійно хворої людини, результат яких є смертельним для останньої. Пасивна еутаназія полягає в тому, що хворому (підкреслюємо, *теж* на його прохання) припиняють надавати спрямовану на продовження життя медичну допомогу, що призводить до природної смерті. З погляду цих видів, еутаназія – будь-яка дія або бездіяльність, котра призводить до смерті та має своєю метою усунення болю та страждань невиліковно хворих людей на їх прохання. В цьому разі ми розуміємо під активною еутаназією – дії, а під пасивною – бездіяльність.

На сьогодні еутаназія дозволена в багатьох цивілізованих державах світу, серед яких Німеччина, Бельгія, Нідерланди. Також пасивна еутаназія дозволена в деяких штатах США та Швейцарії. На нашу думку, проблема еутаназії перебуває на стику правових, медичних та етичних наук, тому актуальність дослідження цієї проблеми є вічною. Приклад судової практики по еутаназії. В 1989 р. у справі NHS Trust Airedale v Bland суд підтвердив право пацієнта відмовитися від штучних засобів підтримки життя; відмова розглядалася як природна смерть.

Отже, проаналізувавши особливості різних визначення поняття еутаназії та інші її особливості, можемо зробити висновок, що еутаназія – це 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. На нашу думку, з урахуванням вищевикладеного доцільно запровадити пасивну еутаназію, оскільки активна еутаназія суперечить моральним засадам суспільства.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Крамар А.П.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАНЬ РЕФОРУВАННЯ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Серед медичних реформ, які намагаються впровадити в Україні, найбільшого супротиву, за даними ЗМІ, викликала можлива реформа служби швидкої допомоги та запровадження інституту парамедиків, адже це може призвести до скорочень лікарів та бригад швидкої допомоги. Відтак планується, що на виклики від пацієнтів лікарі їздити не будуть, замість них працюватимуть парамедики, які виїжджатимуть тільки на екстрені випадки і обов'язково будуть забирати людей до лікарні. Скоріше за все це будуть фельдшери без вищої освіти. Зараз у більшості машин по 3 людини: лікар, фельдшер і водій. Згодом буде двоє: медичний технік, він же шофер і власне парамедик. Куди підуть лікарі з швидких, поки неясно. Звучать ідеї пере-

кваліфікувати їх у сімейних лікарів. Наразі головне завдання екстреної медичної допомоги – привезти до пацієнта лікаря. Лікар ставить діагноз і надає першу допомогу. МОЗ же пропонує впровадити американський досвід – як можна швидше доставляти пацієнта до лікаря. Але Україна – не США, і у нас зовсім інша ситуація в охороні здоров'я. В країнах, де на «швидких» працюють парамедики, є розгалужена мережа шпиталів невідкладної допомоги або хоча б екстрених відділень. Там цілодобово працюють хірурги і команди лікарів різних спеціалізацій. Де в Україні є такі лікарні і такі відділення? Парамедикам доведеться везти пацієнтів у старі районні лікарні, де, якщо пощастить, буде черговий хірург загального профілю. А тому наші лікарні не готові до таких нововведень. Спершу потрібно привести їх до санітарно-гігієнічних норм, переобладнати, щоб пацієнт, якого привезуть не лежав у коридорі ще дві години. Наслідки такої реформи можуть бути негативними, адже вся Європа працює за змішаною системою. Крім парамедиків є спеціалізовані лікарські бригади: кардіологи, психіатри та дитяча реанімація. Неправильно використовувати тільки один елемент їх системи, не враховуючи наші реалії – недофінансування, погані дороги, некваліфіковані кадри. Ще одним аргументом не на користь даної реформи є недостатня компетенція парамедиків. Адже після 3-м місячних курсів навряд чи це буде кваліфікований спеціаліст. Якщо парамедик приїде за викликом до людини, у якої, наприклад, інфаркт міокарда, він не зможе надати йому необхідну допомогу, а тільки вимушений буде вести до лікаря та підтримувати стан хворого під час перевезення. Виходячи з реального стану доріг в нашій державі, ми всі розуміємо, що за 10 хвилин така людина доставлена до спеціаліста не буду, а тому постає питання хто буде нести відповідальність за летальні наслідки, якщо зараз за це відповідають лікарі.

З вищевикладеного можна зробити висновок, що для запровадження у життя даної реформи потрібен час і значне її вдосконалення. Адже якщо запроваджувати медичну систему інших країн в нашій державі, потрібно звертати не тільки на один її елемент, а на систему в цілому, і тільки тоді сфера медичного обслуговування у нашій державі покращиться. А поки що слід звернути увагу на більш проблемні інститути медицини в країні, ніж екстрена медична допомога, які потребують реформування.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Кривобік А.Б.,
студент 43 групи
ПІОІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

ЩОДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ

Одне з центральних місць в правовому статусі особистості в Україні належить природному та невід'ємному праву кожної людини на охорону здоров'я. Коли людина звертається за медичною допомогою (послугою), вона розраховує на її належну якість та ефективність. Однак інколи дану медичну послугу особа отримує неякісну, або не в повній мірі, внаслідок чого завдається шкода здоров'ю чи життю.

Наразі в Україні проблема лікарських помилок є досить актуальною, але незважаючи на досить ґрунтовні результати розробки цієї проблематики термін «медична помилка» не має відповідного легального правового закрі-

плення. Дефініцію цього поняття не можна знайти у жодному з нормативних актів чинного законодавства (були лише згадування в одному з проектів Закону України «Про права пацієнтів» та деяких інших законопроектів).

Проблема оцінки помилок медиків є гострою як в Україні, так і в державах ЄС. Але там, на відміну від України, навіть клінічні дослідження здійснюють за згоди пацієнтів. А в Україні медицина часто виявляється експериментальною. Українські медики, особливо у провінції, підвищують свою кваліфікацію на відповідних курсах – один раз на п'ять років.

Таким чином, позиція медиків зрозуміла: медична помилка – це випадковий збіг обставин або наслідок недосконалості медичної науки та техніки. Тобто при такій помилці вина медичного працівника відсутня і взагалі немає складу правопорушення, а тому притягнення до правової юридичної відповідальності бути не може.

З цим підходом не погоджуються юристи та частина науковців медичної спеціалізації. Більшість із них займають звинувачувальну позицію та наполягають на тому, що у таких випадках у діях медичних працівників обов'язково наявна вина. Але й серед них немає єдиної точки зору щодо кваліфікації медичної помилки.

Медичну помилку слід розглядати як дії або бездіяльність медичного працівника, які призвели до негативних для здоров'я чи життя пацієнта наслідків та які викликані об'єктивними чи суб'єктивними факторами.

До помилок, викликаних суб'єктивними факторами, відносяться помилки, яких припускаються медичні працівники, що необґрунтовано відступають від встановлених медичних стандартів, діють необережно, самовпевнено чи допускають необґрунтований ризик при недостатності досвіду чи знань. Такі помилки можливі, наприклад, при неувважному обстеженні, неадекватній оцінці клінічних та лабораторних даних, тощо. До помилок, що спричинені об'єктивними факторами, відносяться дії (бездіяльність) медичних працівників, що не порушують встановлені законом та підзаконними актами правила, але заподіяли шкоду здоров'ю пацієнта чи його смерть внаслідок:

- несприятливих умов або обставин здійснення медичного втручання;
- об'єктивних труднощів діагностики деяких захворювань;
- атипового розвитку захворювання, індивідуальних аномалій анатомічної будови тіла чи функціонування організму пацієнта;
- алергічних реакцій, які неможливо було передбачити при стандартному медичному втручанні (діагностуванні чи лікуванні).

До того ж, в Україні офіційної статистики лікарських помилок немає. Якщо виділяти думку вчених стосовно цього питання то, О. О. Прасов вважає, що лікарські помилки необхідно розглядати у широкому та вузькому розумінні. У широкому розумінні – це є як винні, так і невинні діяння, а у вузькому – лише невинні діяння медичних працівників. Однак у А. П. Громова ми знаходимо таке поняття як «професійне правопорушення», що знаходить своє вираження у несумлінних діях лікаря та його небажанні виконати свої обов'язки, яке саме цим і відрізняється від лікарської помилки, що здійснюється при належному виконанні лікарем своїх обов'язків.

Тож, на мою думку, потрібно вирізняти поняття «лікарська помилка» та «професійне правопорушення», що включає в себе проступки та злочини, скоєні медичними працівниками.

*Крутіснюк К.І.,
студентка 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПИТАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ЛІКАРСЬКУ ПОМИЛКУ

Відповідно до положень статті 3 Конституції України життя та здоров'я людини визначається найвищою соціальною цінністю. Проте, непоодинокі випадки, коли саме лікарська помилка стає причиною тривалого розладу здоров'я особи. З огляду на це питання відповідальності за лікарську помилку є досить актуальним.

Слід розпочати з того, що відмінним є розуміння «лікарської помилки» медичними працівниками та юристами. Традиційна для медиків думка: медична помилка- це випадковий збіг обставин або наслідок недосконалості медичної науки та техніки. Вона не є результатом халатного, безвідповідального ставлення лікаря до своїх обов'язків, неущта чи злочинної дії. Тобто при такій помилці вина медичного працівника відсутня, як і склад правопорушення, а тому притягнення до правової відповідальності бути не може. Інша сторона, тобто більшість практиків та теоретиків права займають іншу, категорично звинувачувальну позицію і наполягають на тому, що у таких випадках у діях медичних працівників обов'язково наявна вина. Проте й серед них немає єдиної точки зору щодо кваліфікації медичної помилки. Як ми можемо спостерігати, розуміння лікарської помилки та її юридичного значення залишається однією з найбільш складних проблем кримінальної відповідальності медичних працівників за діяння, здійснені при виконанні професійних обов'язків під час надання медичної допомоги. На практиці ж, в одних випадках помилкою вважають винне діяння медичних працівників, що спричинило заподіяння шкоди здоров'ю пацієнта, а в інших випадкове невинне заподіяння шкоди. Іноді ж помилку ще розглядають як обставину, що пом'якшує відповідальність лікаря. Все це зумовлено відсутністю нормативно закріпленого визначення як самого терміну «лікарська помилка» так і критеріїв відмежування «лікарської помилки» від вже існуючих злочинів у сфері надання медичних послуг, які знайшли своє відображення в кримінальному кодексі. Варто зазначити, що розглядаючи проблему відповідальності за лікарські помилки, треба виділити деякі основні положення: 1) у світі не існує загальноприйнятого визначення лікарської помилки; 2) кримінальні кодекси жодної держави не містять даного визначення; 3) юридично найбільш відповідальним моментом є диференціація помилки від елементарного неущта, недбалості, злочину; 4)у медицині є фактор випадковості, який буває важко прогнозувати і який може обумовити непередбачені наслідки; 5) проблему лікарських помилок не можна зводити тільки до питань діагностики й лікування; 6) у світі не існує держави, лікарі якої не допускають помилок. Тобто, теоретично, за кожен випадок незадовільного лікування, можна залучати лікаря до відповідальності.

З огляду на це, пропонуємо розподілити лікарські помилки на 2ві групи:

- 1) релевантні – такі помилки призводять до кримінальної відповідальності за здійснення «професійного» злочину через необережність;
- 2) нерелевантні – ці помилки виключають кримінальну відповідальність внаслідок ненавмисного нанесення шкоди.

Отже, узагальнюючи вищезазначеного можна зробити висновок, що наразі відсутність законодавчого закріплення «лікарської помилки» є досить

суттєвою прогалиною, що призводить до хибного розуміння даного терміну, особливо з огляду на відсутність єдності думок науковців з цього приводу. Враховуючи це, важко говорити про відповідальність за лікарські помилки. Тому дане питання залишається відкритим та потребує законодавчого врегулювання.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Ксьонз В.І.,

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ВЧИНЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗЛОЧИНІВ

Варто зазначити, що проблеми злочинів та кримінальної відповідальності медиків є однією з найбільш дискусійних тем у сучасному суспільстві, оскільки в ньому вирує міф, про те, що медичних працівників неможливо притягнути до кримінальної відповідальності за професійні злочини. Як свідчить практика переважна більшість медичних працівників та навіть керівників закладів охорони здоров'я мають поверхове уявлення про юридичну відповідальність, яка встановлена чинним законодавством за правопорушення у сфері охорони здоров'я. При цьому знання про підстави, види і наслідки юридичної відповідальності, з одного боку, дисциплінує медичних працівників, а з іншого зменшує ймовірність безпідставного притягнення їх до відповідальності.

Відповідно до статті 80 Основ законодавства про охорону здоров'я особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я кримінальною відповідальністю згідно із законодавством. Безсумнівно, що кримінальна відповідальність є найбільш суворим видом юридичної відповідальності медичних працівників за правопорушення, що вчиняються ними під час здійснення професійної діяльності.

Переважна більшість «медичних» злочинів сконцентровані у розділі II Кримінального кодексу «Злочини проти життя і здоров'я особи». До них належать, зокрема: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 ККУ); розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 ККУ); незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 ККУ); ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 ККУ); неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 ККУ); порушення прав пацієнта (ст. 141 ККУ); незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 ККУ); порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143 ККУ); насильницьке донорство (ст. 144 ККУ); незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 ККУ).

Отже, як ми бачимо, медичних працівників може бути притягнуто до кримінальної відповідальності за значну кількість професійних злочинів. Проте, як свідчить судова практика, випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності, а тим більше винесення щодо них обвинувального вироку в Україні є порівняно нечастими.

Ми вважаємо, що достатньо складно притягнути медичних працівників за професійні злочини до кримінальної відповідальності, це обумовлено тим, що досить складно довести саме вину медичного працівника. В зв'язку з цим, можемо зробити висновок, що медичні працівники є привілейованими суб'єктами злочину.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Кукса О. Г.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ШКОДА, ЗАВДАНА НЕНАЛЕЖНИМ ЛІКУВАННЯМ

Актуальність обраної теми пояснюється тим, що в умовах становлення правової держави, яка визнає охорону здоров'я пріоритетним напрямком своєї діяльності, в чинному законодавстві України відсутні механізми захисту конституційного права людини на охорону здоров'я від неправомірних діянь медичних працівників, а саме від неналежного лікування, що ставить під загрозу здоров'я населення.

Дане питання розглядали у своїх наукових працях такі науковці як А. І. Авдєєв, О. В. Басва, В. О. Голошivecь, Р. Ю. Гревцова, С. В. Козлов, В. В. Некачалов, В. В. Синиця та інші.

У чинному законодавстві України немає визначення поняття неналежного лікування, лікарської чи медичної помилки, а в науковій літературі під визначенням «неналежне лікування» частіше зустрічається поняття «неналежне виконання професійних обов'язків медичним працівником» – це діяння медичного працівника, яке характеризується дією або бездіяльністю в процесі надання медичної допомоги хворому чи пацієнту за порушення нормативно регламентованих або таких, що не мають нормативного закріплення, проте загальноприйнятих у медичній практиці правил надання медичної допомоги, які спричинили шкідливі наслідки.

Розрізняють такі види шкоди, які можуть бути завдані внаслідок неналежного лікування: майнова шкода (до якої включаються такі реальні втрати, як втрата заробітку витрати на лікування, протезування, посилене харчування, спеціальний догляд тощо) та моральна шкода, під якою слід розуміти відповідно до постанови Пленуму Верховного Суду України від 31 березня 1995 р. № 4 «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» – втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань або інших негативних явищ, заподіяних фізичній чи юридичній особі незаконними діями або бездіяльністю інших осіб. У сфері медичної діяльності моральна шкода може полягати в моральних переживаннях у зв'язку із втратою родичів та близьких осіб, неможливістю вести звичний спосіб життя внаслідок неналежного лікування, втратою роботи, розкриттям лікарської таємниці, фізичним боєм, пов'язаним зі спричиненою вадою тощо.

Цивільний кодекс України не містить спеціальної норми за відшкодування шкоди, завданої неналежним лікуванням. Стаття 1195 ЦК передбачає відшкодування шкоди, завданої каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я. У той же час Кримінальний кодекс України статтею 140 передбачив відповідальність за неналежне виконання професійних обов'язків

медичним або фармацевтичним працівником, а також статтею 42 виправданний ризик відніс до обставин, що виключають злочинність діяння. Тобто, якщо шкода пацієнту була завдана в умовах виправданого ризику, то лікар не нести кримінальної відповідальності. Таким чином, досі не має чіткого законодавчого розмежування ситуацій, в яких є вина лікаря і в яких вона відсутня, так як шкода була спричинена об'єктивними факторами. На мою думку, це є недоліком законодавства і тому необхідно внести зміни стосовно цього питання. Це спростило б процес доказування вини лікаря чи закладу охорони здоров'я в суді.

Отже, існує необхідність законодавчого закріплення поняття «неналежне лікування», що сприятиме створенню умов для притягнення винних до цивільно-правової відповідальності. Було б доцільним прийняття окремого Закону України «Про порядок відшкодування шкоди, завданої лікарями та працівниками закладів охорони здоров'я внаслідок неналежного лікування». Також для притягнення до кримінальної відповідальності слід законодавчо розмежувати ситуації, в яких є вина лікаря і в яких шкода була спричинена об'єктивними факторами.

Науковий керівник – к.ю.н. ас. Олефір А.О.

Куцовал К.В.,

студентка 33 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЦЕПТ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЧИННИК ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ

На сучасному етапі розвитку медичного права в Україні спостерігається певна тенденція до вдосконалення та наближення до європейського медичного права.

Слід вести мову про те, що правове регулювання електронної медицини наразі хоча й поверхово, однак закріплюється на нормативно-правовому рівні законодавства України, однак будь-яке нормативно-правове визначення електронного рецепту наразі нажалі відсутнє. У науці медичного права під електронним рецептом розуміють електронний медичний документ у вигляді припису чи вимоги лікувально-профілактичного закладу до аптеки щодо відпуску відповідних лікарських засобів та який забезпечується електронним підписом лікаря, що дозволяє його ідентифікацію.

Певної актуальності з даної проблематики набуває той факт, що електронний рецепт планували запровадити вже у Києві до кінця 2015 року, який надалі, як зазначали представники Київської міської державної адміністрації: «разом з електронними лікарняними листами і єдиною електронною базою сформує єдину електронну медичну систему міста».

З огляду на вищевикладене, слід зазначити, що проблема запровадження електронних рецептів є наразі особливо актуальною для нашої держави й одним із шляхів широкого впровадження електронних рецептів, на думку Бойко А. І. та Парновського Б.Л. є необхідна адаптація вітчизняного законодавства, що регулює виписування рецептів та відпуск ліків, фінансування витрат на придбання, реалізацію та підтримку систем електронного рецептурного обігу, опрацювання питань інформаційного захисту та конфіденційності медичної та фармацевтичної інформації, навчання спеціалістів ме-

дицини та фармації з питань інформатизації рецептурного обігу лікарських засобів з чим дійсно не можливо не погодитись, адже електронний рецепт є досить ефективним способом для реалізації громадян своїх медичних прав зважаючи на значну економію робочого часу лікаря внаслідок чого збільшується час для безпосереднього лікування пацієнтів, оперативність надходження рецептів до аптек, ефективне використання інформативної бази щодо обігу лікарських засобів тощо.

Варто констатувати, що на сьогоднішній день, електронні рецепти є досить популярними та широко використовуються у світовій практиці. Так, у США в 2003 році вимоги щодо електронної системи призначень ліків було включено у Закон про модернізацію медичної допомоги. У свою чергу, в Австралії вже у 1997 р. 15 % лікарів використовували комп'ютер для виписування рецептів, а у Греції в серпні 2010 р. ухвалено закон про електронну подачу медичних рецептів та вимог, яким започатковано електронний обіг рецептів у цій країні. У 2011 р. Міністерство комунікацій та інформаційного суспільства Румунії започаткувало проєкт з упровадження електронних медичних карт та електронних рецептів у червні 2011 р. уперше надасть хронічно хворим можливість отримувати профільні препарати в аптеках за допомогою електронного рецепта, виписаного лікарем через Інтернет.

Досвід запровадження електронних рецептів в зарубіжних країнах свідчить лише про позитивні результати від електронного призначення лікарських засобів, адже лише за допомогою Інтернету, лікарський засіб виписується чітко, зрозуміло та без помилок. Так само варто констатувати й про підвищення обізнаності лікарів про електронне виписування ліків та покращення безпечності лікування хворих загалом. Для впровадження даної системи Україні необхідно прийняти низку правових актів, які будуть регулювати питання щодо використання, фіксації та обігу електронних рецептів у суспільстві.

На нашу думку, саме запровадження електронного рецепту в Україні допоможе вирішити нагальні проблеми з належним використанням лікарських засобів. Буде легко контролювати кому, коли і на яких підставах було виписано – продано той чи інший препарат. Контроль з боку держави забезпечить зменшення випадків, коли лікарські засоби використовуватимуться не за призначенням, що знизить рівень смертності та змусить особу звернутися до кваліфікованого спеціаліста.

Науковий керівник – к.ю.н., Гриценко Г.Г.

*Куць Я. О.,
студентка 46 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

МЕДИЧНИЙ КОДЕКС ЯК ОСНОВА РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Останнім часом в Україні особливої актуальності набувають питання щодо юридичного забезпечення медичної діяльності. Розвиток науки та техніки, особливо в галузі медицини, біотехнологій та євгеніки, ставить перед суспільством проблему формування та розвитку медичного права як самостійної галузі права, що має свій предмет, метод, систему та набір джерел.

Поступово відбувається становлення нових правових інститутів у галузі медичного права, пов'язаних із появою нових міжнародних і, слідом

за ними, національних нормативно-правових актів, спрямованих на правове врегулювання питань, пов'язаних із глобальними проблемами в галузі медицини, серед яких : спалахи добре відомих і модифікованих небезпечних інфекційних хвороб (наприклад, туберкульозу, холери, тифу, грипу тощо); ускладнення і зниження якості обслуговування сільського населення; надання належної медичної допомоги під час катастроф техногенного або природного характеру тощо.

Мусимо зазначити, що вагомим недоліком медичного законодавства є відсутність цілісної кодифікованої системи законів, що має врегулювати медичні правовідносини в Україні. Свідченням цього є досить велика кількість підзаконних нормативно-правових актів. Для вирішення цих проблем недоцільно приймати окремі, невеликі за обсягом закони, які регулюють окремі види відносин у галузі медичного права. Законодавство про охорону здоров'я носило декларативний характер, а правила надання медичної допомоги містилися у відомчих актах, які не підлягали публікації.

Розвиток в Україні ринку медичних послуг, конкуренція по-новому ставить питання про місце і роль медицини в житті нашого суспільства і вимагає поліпшення практики організації та функціонування охорони здоров'я України. Специфічні особливості у сфері охорони здоров'я, необхідність кодифікації законодавства, сучасні тенденції виділення нових галузей права створюють передумови для офіційного визначення медичного права самостійною галуззю права.

Отже, можна зробити висновок, що на сьогоднішній день недоліком правового регулювання у галузі надання медичної допомоги є те, що медичне законодавство не кодифіковане в одному законодавчому акті. Основи законодавства про охорону здоров'я недостатньо врегульовують ці питання.

Якщо ж обирати форму нормативно-правового акта, який зміг би стати основним джерелом медичного права, то було б доцільно використати зарубіжну юридичну практику з цього питання. Наприклад, у Німеччині, Франції, США, Італії діють лікарські або медичні кодекси, норми яких детально регламентують права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

На сьогодні в Україні існує об'єктивна необхідність для підготовки єдиного законодавчого акта, який би комплексно врегулював усю сферу відносин, що утворюють предмет медичного права. Таким законом міг би стати Медичний кодекс України. Визнання медичного права самостійною галуззю права у системі права України і прийняття Медичного кодексу України дасть змогу впорядкувати відносини в галузі надання медичної допомоги і створити належну сучасну правову базу для забезпечення конституційних прав кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування в Україні.

У такому Медичному кодексі, на нашу думку, як одні з найперших, буде необхідно реалізувати вимоги міжнародних стандартів з прав людини щодо охорони здоров'я, оскільки саме він у подальшому стане міцною опорою медичного права України – галузі права, що починає невпинно розвиватись й у нашій державі.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Лазоренко О.В.,
студент 41 групи
ПЮІ НІОУ ім.Ярослава Мудрого*

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЗГОДИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ТКАНИН І ОРГАНІВ ЛЮДИНИ ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД (США)

Проблема недостатності матеріалу для здійснення трансплантації призвела до незаконної торгівлі донорськими органами. Як наслідок, у 2005 році Європейський парламент оголосив список країн, в котрих високий рівень нелегального обігу людських органів.

Найбільше поширення незаконна трансплантація органів отримала в країнах третього світу зі слаборозвинутою економікою, низькими доходами населення й високим рівнем безробіття. Для розуміння проблеми та можливості встановлення шляхів її вирішення необхідно звернутися до міжнародного досвіду.

На нашу думку особливу увагу відіграє саме питання отримання згоди на вилучення анатомічного матеріалу. Відтак, як зазначає Шаповал Л. «Питання отримання згоди на вилучення анатомічного матеріалу – одне з найскладніших питань трансплантології насамперед тому, що воно пов'язано з правом вибору особи і повагою суспільства до цього вибору після смерті людини.»

Варто підкреслити, що у світі існує дві основні моделі, які на законодавчому рівні регулюють процедуру отримання дозволу на вилучення анатомічних матеріалів померлих осіб: «система згоди»; «система відсутності згоди».

Система згоди передбачає явно виражену згоду на вилучення анатомічних матеріалів у померлого. За цією системою померлий до своєї смерті робить заяву про те, що він не заперечує проти вилучення органу, або член сім'ї дає згоду на це у випадку, коли померлий не залишив ніякої заяви чи свідчення. Така система діє в Україні, США, Канаді, Франції, Італії.

Також розділяють принцип вузького згоди і принцип розширеного згоди. Принцип вузького згоди передбачає врахування тільки думки потенційного донора. При розширеному згоді враховується не тільки волевиявлення донора за життя, а й родичів донора після його смерті. Останній варіант фактично діє у США.

Інша модель отримання згоди на вилучення органу у померлого після смерті називається «система відсутності згоди» і полягає у тому, що органи для пересадки можуть вилучатися з тіла померлого, якщо він за життя не висловлював заперечень щодо цього, або інші особи, близькі померлого не робили заяв у відповідний час про те, що померлий мав би заперечення проти вилучення його органів після смерті. Така система притаманна в Австрії, Бельгії, Данії, Росії.

Лідером серед держав за кількістю проведених трансплантацій є США: щорічно американські лікарі виконують 17 тис пересадок нирок, 6 тис – печінки, 2 тис – серця. Відтак, ми вважаємо звернути увагу саме на досвід Сполучених штатів Америки.

Незважаючи на те, що Україна та Сполучені штати тяжіють до однієї системи отримання згоди на трансплантацію органів, існують фактори, які виводять саме США на провідне місце серед успішно проведених трансплантацій. Відтак, процедура реєстрації донорства може бути проведена

при отриманні прав водія, або шляхом заповнення і направлення відповідної форми (онлайн або поштою) до органу управління охороною здоров'я штату. У такій формі відзначається на донорство яких саме органів людина погоджується, а також для яких цілей (трансплантація або дослідження).

Ще одним, не менш важливим, фактором виступає позитивна практика поширення інформації урядовими та неурядовими організаціями США серед населення про різні аспекти трансплантації органів задля усунення психологічних бар'єрів для тих, хто виявив бажання надати згоду на донорство.

Отже, ми бачимо, що важливим є не лише закріплення принципів тієї чи іншої системи отримання дозволу на здійснення трансплантації, а і проведення активного інформування населення про можливості надання згоди на трансплантацію їх органів після смерті та спрощення системи надання вищенаведеної згоди.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Лебединська М.А.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Незадовільний стан вітчизняної охорони здоров'я обумовлює необхідність здійснення аналізу факторів, котрі здатні покращити ситуацію. Серед них, без усякого сумніву, виокремлюється необхідність запровадження обов'язкового медичного страхування, – виду страхування, який має місце у більшості провідних країн Європи. Саме тому ми пов'язуємо очікування позитивних змін у фінансуванні української медицини, у захисті прав лікарів і пацієнтів саме із втіленням у життя страхової медицини.

На сьогодні Україні знайоме лише добровільне медичне страхування, що пов'язане з компенсацією громадянами витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я: відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням; придбанням медикаментів; лікуванням у стаціонарі; отриманням стоматологічної допомоги, зубним протезуванням; проведенням профілактичних та оздоровчих заходів тощо. Проте значного поширення добровільне медичне страхування на вітчизняному страховому ринку не набуло. Причинами цього є низька довіра до страхових компаній і високий розмір страхових внесків.

З огляду на це, законодавцем у Прикінцевих та перехідних положеннях прийнятого Верховною Радою України 28 грудня 2014 року Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» було встановлено завдання щодо розробки у шестимісячний термін законопроекту про запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Проаналізувавши законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», відмітимо його основні положення. Серед них: 1) встановлено чіткий перелік осіб, що підлягають загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню (19 категорій); 2) вказано, що конкретні види медичної допомоги, що фінан-

суватимуться за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням, визначатимуться окремим законом, що прийматиметься щороку одночасно з прийняттям законів про Державний бюджет України та про визначення розміру страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування; 3) визначено перелік послуг, які не надаватимуться за рахунок загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

До видів медичної допомоги, які фінансуватимуться за кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, пропонується віднести наступні: 1) медична допомога у зв'язку з хворобою, індивідуальної профілактикою хвороб, травм, отруєнь та інших розладів здоров'я, запобіганням загостренню хвороби, переходом гострих хвороб або інших розладів здоров'я у хронічну чи більш важку стадію, а також з плануванням сім'ї; 2) медична допомога у зв'язку з вагітністю, пологами та їх наслідками; 3) послуги з видачі в установленому законодавством порядку відповідних медичних документів.

Набуття чинності зазначеним законопроектом заплановано на 1 січня 2017 року. Представники влади пояснюють цей факт необхідністю подальшого реформування системи охорони здоров'я, підготовки відповідних фахівців, планування бюджетних витрат на підготовку для введення відповідної системи тощо.

Отже, з урахуванням наведеної нами статистики, доходимо висновку, що частка потенційних споживачів медичних страхових послуг значна (95 %). Це пов'язано з тим, що добровільна система страхування не виправдала сподівань. Але і для того, щоб зусилля запровадити загальнообов'язкове медичне страхування не були марними варто врахувати не лише фактор часу, але й звернути увагу, в першу чергу, на якість правового регулювання.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Леошко Д.Д.

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПОНЯТТЯ «ЛІКАРСЬКОЇ (МЕДИЧНОЇ) ПОМИЛКИ»

Життя та здоров'я особи – найважливіша цінність соціальної держави. Кожна особа, відповідно до Конституції та законодавства України, має природне та невід'ємне право – право на охорону здоров'я. Таке право передбачає можливість звернення особи до закладу охорони здоров'я за отриманням медичних послуг. І саме працівниками такого медичного закладу основоположне право особи може бути порушене – шляхом вчинення лікарем медичної (лікарської) помилки.

Проблемою для українського законодавства та юридичної практики виступає відсутність нормативно-визначеного та закріпленого поняття «лікарської помилки». На нашу думку, якщо такий термін вже існує в медичній та юридичній практиці, то його необхідно закріпити та довести до відомо широкого загалу. Тому що в доктрині медичного права підходи до розуміння поняття, сутності та правових наслідків лікарської помилки значно різняться між собою.

На сьогодні офіційна статистика медичних помилок в Україні не ведеться. Це є правильним з точки зору того, що немає законодавчо визначеного поняття та критеріїв віднесення діянь лікарів до медичної помилки. Ведення статистики могло привести до неоднозначної та неоднорідної судової і медичної практики.

Класично в літературі «медична помилка» розглядається в медичному та юридичному аспекті. З медичної точки зору – це не правопорушення, це певний випадковий збіг обставин або наслідок недосконалості медичної науки та техніки. Тут береться до уваги також суб'єктивний критерій, тобто кожен лікар – це людина, і його знання не завжди є стовідсотковими по відношенню до певного захворювання. До лікарських помилок відносять помилкові дії лікаря при встановленні діагнозу або лікуванні хворого, обумовлені станом медичної науки на даному етапі її розвитку або нестачею лікарського досвіду тощо. Тобто, з медичної точки зору лікарська помилка не є результатом халатного, безвідповідального ставлення лікаря до своїх обов'язків, неучтва чи злочинної дії. Тобто при такій помилці вина медичного працівника відсутня і взагалі немає складу правопорушення, а тому притягнення до правової (цивільної чи іншої) відповідальності бути не може. Отже, таке розуміння медичної помилки повністю відокремлює її від медичного правопорушення, і не може тягнути за собою будь-якої відповідальності.

З юридичної точки зору лікарська помилка прирівнюється до правопорушення і являє собою дії або бездіяльність медичного працівника, які призвели до негативних для здоров'я чи життя пацієнта наслідків та які викликані об'єктивними чи суб'єктивними факторами. На думку науковця Антонова С.В., який є прихильником «юридичного» тлумачення лікарської помилки, це є недбалі, несумлінні, необережні дії та прийоми з надання медичної допомоги (послуг), результатом яких виявилось тілесне ушкодження або смерть пацієнта. З цього можна зробити висновок, що медична помилка є юридично караною і за її наявності настає відповідальність лікаря.

Отже, медичне розуміння лікарської помилки значно звужує зміст даного поняття. До того ж не визнаючи помилку неналежною поведінкою з боку лікаря і не передбачаючи певної відповідальності, це може сприяти здійсненню таких помилок. На нашу думку, варто притримуватися юридичної точки зору щодо поняття лікарської помилки з одним уточненням. Медична помилка – це неналежне явище, яке недопустиме в діяльності лікарів, і якого вони мають уникати докладаючи всіх зусиль до вдосконалення своїх знань, медичної науки і техніки. І все ж це певний дефект, певне відхилення від норми, яке в силу суб'єктивного фактору діяльності завжди буде присутнє. Тому, застосування відповідальності має бути, але вона не може досягати кримінальної. Заходами, що сприяли ліквідації такого явища могли б бути семінари, тренінги для працівників закладів охорони здоров'я, самостійне вдосконалення знань та навичок, запровадження страхування професійної діяльності лікарів. Але основним напрямком має стати створення відповідного нормативно-правового акту, сфера регулювання якого мала поширення на медичні помилки, їх поняття, види, критерії та відповідальність за них.

*Лилик М.О.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

На початку 90-х рр. XX ст. у великих містах України з'явилися перші приватні клініки, які пропонували населенню платні медичні послуги. За цих умов питання державного регулювання приватної медичної діяльності набули особливої актуальності. Крім того, актуальність дослідження посилюється нагальною необхідністю вдосконалення національного законодавства щодо державного регулювання діяльності приватного сектору в галузі охорони здоров'я України з приводу її реформування.

В контексті вищезазначеного необхідно розмежувати державні медичні заклади і приватні. Відповідно до ст. 49 Конституції України у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Тобто, як ми бачимо, кожен громадянин який звертається до державних та комунальних медичних закладів має право одержати медичні послуги безоплатно.

В свою чергу, приватний (недержавний) заклад медичної допомоги – це лікувальний заклад, який відрізняється від лікувальних закладів державної та комунальної форми власності тільки тим, що медична допомога надається в приватних закладах надається на платній основі.

Варто звернути увагу, що приватний медичний заклад – це установа, в якій, окрім надання медичної допомоги, відбуваються процеси господарської діяльності, як і будь-якій іншій установі. Юридичний супровід господарської діяльності, полягає в договірній роботі, зокрема в розробленні та правовій експертизі договорів (постачання обладнання та медикаментів, співробітництво з іншими організаціями і таке інше), здійснення контролю за відповідністю до вимог законодавства наказів, інструкцій, положень та інших документів закладу тощо.

Основним законодавчим актом, що визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні та регулює суспільні відносини у цій галузі, є Основи законодавства України про охорону здоров'я. Медична практика у приватних клініках здійснюється безпосередньо на підставі ліцензії на певний вид медичної діяльності за умови виконання клініками кваліфікаційних, організаційних та інших відповідних вимог. На сьогодні недержавні лікувальні заклади фактично можуть надавати всі види медичної допомоги, але на законодавчому рівні існують обмеження, а саме: лікувальні заклади приватної форми власності позбавлені права видавати листки непрацездатності, існують обмеження щодо використання цілої низки лікарських, що віднесені до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Постановою КМУ №770 від 06.05.2000 року, без використання яких багато видів надання медичної допомоги стає майже неможливим. Облаштування приміщень має здійснюватись відповідно до вимог, зазначених у пунктах 3.18-3.28 ДБН В.2.2-10-2001 «Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я». Існують також інші акти, які регулюють діяльність приватних закладів, наприклад «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики» затвердженого наказом МОЗ України від 02.02.2011 № 49, але комплексного акта,

який би врахував та закріпив особливості діяльності приватних клінік, на цей час немає.

Таким чином, ми розглянули особливості відмежування державних та комунальних медичних закладів від приватних (недержавних) медичних, а також особливості здійснення господарської діяльності приватного медичного закладу і дійшли висновку, що з метою якіснішого функціонування останніх необхідно прийняти Закон «Про приватні (недержавні) медичні заклади». Ми вважаємо, що прийняття даного нормативного акта є необхідним для вдосконалення правового регулювання діяльності приватних медичних закладів.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

Лисенко В.О.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ЕВТАНАЗІЯ ДІТЕЙ

В сучасних країнах, а також в Україні, питання евтаназії посідає досить вагоме місце в працях науковців. Таке загострення проблеми викликане тим, що тут переплітається право та медицина у поєднанні із стрімким розвитком суспільства.

Вчені дискусійно підходять до цієї тематики. Легалізації евтаназії присвячено наукові праці С.Г. Стеценка, А.Я. Іванюшкіна, Г.Д. Андрєєвой, В.А. Ворони та ін.

За різних часів розвитку суспільства існували радикально відмінні позиції щодо припинення життя людини, яка страждає невиліковними захворюваннями та відчуває нестерпний біль. Ще за часів війни велась практика, що виходила із таких міркувань: оскільки немає карності за самогубство, то цілком реально виключити і карність за евтаназію у випадку невиліковно хворих за їхнім бажанням, психічно хворих та осіб, що перебувають у стані летаргічного сну – без їхньої згоди. Крім того, авторами подавались пропозиції щодо створення при здійсненні процесу евтаназії спеціальної комісії, до складу якої входили б головний лікар, психіатр та юрист.

В дитячих шпиталях, які не були обладнані відповідними приміщеннями для вбивства чадним газом (прототипів газових камер), пацієнтів вбивали шляхом голодування. Німецька евтаназійна програма (проект Т-4) спочатку поширювалася на розумово відсталі діти, а згодом перейшла на важковиховуваних діти, і навіть на тих, у яких вадою була форма вушної раковини.

В 1935 році в Німеччині видалась наукова праця, в якій наголошувалось на тому, що евтаназія є не шляхом до полегшення страждань безнадійно хворого, а є способом економії ресурсів держави. Таким чином, смерть з милосердя перетворилася на спосіб знищення.

За сучасного розвитку України евтаназія дорослих та дітей заборонена законодавством. Відповідно до статті 52 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» медичним працівникам забороняється здійснювати еутаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань.

Сьогодні про евтаназію говорять не лише стосовно важкохворих осіб, а і про ті випадки, коли на світ з'являється дитина із серйозними вадами

розвитку. Прихильники таких поглядів вважають, що це для того, щоб запобігти у майбутньому її особистого страждання та не стати тягарем для суспільства. Таке явище у науковій літературі називається евтаназією новонароджених. Ця теорія, на мій погляд, є досить спірною, тому що на підтвердження її наводяться аргументи, які зводяться до того, що кошти, необхідні для лікування безнадійно хворих дітей дорогими препаратами, внаслідок їх евтаназії будуть збережені для лікування тих хворих, котрі зможуть одужати.

Бельгія підійшла іншим шляхом, згідно законопроекту, ухваленого Сенатом 50 голосами проти 17, діти мають усвідомлювати, що таке евтаназія, а їхнє прохання про смерть повинні схвалити батьки і лікарі. У Нідерландах евтаназія дозволена для дітей віком від дванадцяти років, якщо нема заперечень у батьків щодо такої процедури. Законодавство цих країн досить прогресивне, це стає пріоритетом для того, щоб бути першими країнами в світі, які скасують будь-які вікові обмеження для евтаназії.

Отже, питання евтаназії дітей мало досліджене з наукової точки зору, та не знайшло своє позитивне відображення у законодавстві України. Рівень розвитку нашої країни не дозволяє нам зробити прогнозування щодо узаконення евтаназії.

Лисенко П.О.,

студент 31 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ДОГОВІРНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ У СФЕРІ НАДАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

У сучасній Україні договори про надання медичних послуг лише набирають широкого застосування, а тому проблеми, що виникають у питаннях зобов'язання за такими договорами залишаються актуальними і повністю нерозкритими. Серед таких проблем можна виділити грошові зобов'язання та суб'єкти, які повинні виконувати умови договору. Щодо першої із вищезазначених проблем то вона полягає у встановленні ціни та забезпеченні оплаті за наданні медичні послуги виконавцем договору. Так, наприклад, у першому розділі Постанови Кабінету Міністрів “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних та комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах” зазначено, які саме послуги можуть надавати ці установи, але не зазначена ціна на них, хоча б мінімальна, визначена до міжнародних стандартів або за фактичне виконання послуг виконавцем умов договору про надання медичних послуг. Деякі вчені також вважають, що ціна як одна із істотних умов договору про надання медичних послуг повинна зазначатися у договорі і додають, що поряд з істотними умовами можуть виникати випадкові умови через що може змінитися і ціна оплати таких послуг. Далі вони вказують на те, що сторони договору повинні визначати ціну виходячи із звичайних цін, що склалися на аналогічні послуги на момент укладення договору, якщо в договорі ціна не встановлена. Але на практиці, доволі часто кожна із сторін посилається на різні договори аналогічних послуг з різними цінами оплати цих послуг, тобто, виконавець, який надав медичні послуги може вимагати занадто високу оплату за їх надання і навпаки, замовник в свою чергу може вимагати занижену ціну за якісно наданні послуги, які коштують дорожче. На нашу дум-

ку, вирішенням цієї проблеми може стати прийняття нормативно-правового акту, в якому будуть зазначенні стандартизовані ціни на медичні послуги з урахуванням матеріального становища замовника, якості фактично наданих послуг виконавцем та інші обставини.

Наступною проблемою є те, що через непопулярність та недовіру населення до фізичних осіб, які здійснюють приватну медичну практику суб'єктами медичної діяльності зазвичай виступає саме заклад охорони здоров'я, а не конкретна особа виконавця, яка має досить важливе значення для замовника в договорі про надання медичних послуг. Однак, відповідно до положень ст.902 Цивільного Кодексу України та інших джерел виконавець повинен надавати послугу особисто, хоча і зазначено, що при наданні послуг медичним закладом відповідальність буде нести саме заклад як роботодавець, а не окремий його працівник, який надав такі послуги; законом передбачається також залучення третіх осіб до надання медичних послуг, таких, наприклад, як практикуючих лікарів-підприємців, які у юридичному сенсі будуть виступати як субпідрядники. Науковці у даному питанні вказують на те, що медичні заклади повинні зазначати в договорі можливість залучення третіх осіб для надання не тільки медичних, а і сервісних послуг та забезпечувати сторонами договору виконання зобов'язання через укладення відповідних договорів забезпечення виконання, таких як договір поруки.

Зважаючи на викладене, на нашу думку, доцільним є юридичне закріплення невичерпного списку додаткових обставин при складанні договору про надання медичних послуг, таких як стандартизовані ціни та передбачення сторонами договору залучення третіх осіб або підкріплення виконання основного зобов'язання укладенням додаткового договору про забезпечення виконання.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

Лифарь А.О.,

студентка 31 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАКТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ГРОМАДЯН НА ЯКІСНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

На сьогоднішній день, умовах необхідності забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України та її інтеграції до Європейського співтовариства досить гостро постає питання щодо гарантій забезпечення права людини на отримання належної медичної допомоги та медичних послуг. Такі гарантії на законодавчому рівні закріплені в Конституції України та інших законах.

Оскільки медичні послуги під час ринкових відносин стають товаром, вони, як і будь-який товар, мають споживачькі властивості, однією з яких є якість.

Метою даного дослідження є з'ясувати рівень надання закладами охорони здоров'я якісних медичних послуг, рівень гарантування державою захисту прав пацієнтів у випадку надання неналежної медичної допомоги.

Дослідженням цього питання займалися такі науковці : Нагорна С.В., Тихомирова О.В., Васильєва О.С. та інші.

Відповідно до Наказу МОЗ України „ Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги”, ви-

значаються такі показники якості надання медичної допомоги: доступність, економічність, ефективність, наступність, рівень дотримання технологічності медичної допомоги, рівень якості диспансеризації, рівень якості діагностики, рівень якості лікування, рівень якості обстеження, рівень якості профілактики, рівень якості реабілітації, ступінь задоволення пацієнта отриманою медичною допомогою.

Як правило, питання про визначення якості медичної допомоги/послуг з особливою гостротою постає у разі спричинення шкоди здоров'ю пацієнта. І практика національних судів надає багато яскравих прикладів.

Пацієнт перебував на стаціонарному лікуванні в період з 27 серпня до 04 жовтня 1998 року, пацієнта було прооперовано. Після проведеної операції, стан пацієнта суттєво погіршився, що було спричинено неякісною, та небезпечною для життя медичною допомогою. Пацієнт звернувся до суду з вимогою захисту свого порушеного права, та притягнення винних осіб до цивільно правової відповідальності. Рішенням місцевого суду, судів апеляційної та касаційної інстанції в задоволенні позовних вимог пацієнта було відмовлено. Під неякісною медичною послугою слід розуміти медичну допомогу, яка надана з порушенням встановлених правил. Підставою цивільно-правової відповідальності медичних працівників є: протиправна поведінка (дія або бездіяльність), заподіяння шкоди пацієнту, причинний зв'язок між дією та наслідками, вина. Протиправність проявляється у наявності відхилення від правил надання медичної допомоги (медичні працівники залишили марлеву серветку в сечовому міхурі пацієнта). В результаті таких протиправних дій, пацієнту було заподіяно шкоду, в результаті чого значно погіршилося його самопочуття.

Різновидами шкоди, як результату протиправного медичного втручання є майнова та моральна шкода. Майнова шкода визначається в результаті підрахунків втраченого заробітку, витрат на лікування, необхідний додатковий догляд. Моральна шкода полягає у фізичних та душевних стражданнях, отриманих пацієнтом, внаслідок протиправної поведінки.

Таким чином, проведене дослідження визначило необхідність підвищеної подальшої уваги з боку компетентних державних органів питанням якості як окремої категорії саме в медичній галузі, оскільки зазначені порушення є недопустимими в демократичній, правовій та, насамперед, соціальній державі, в якій життя та здоров'я людини визнаються найвищою соціальною цінністю.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.

Лобач М.С.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ СТВОРЕННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ

Конституція України затверджує положення про право людини на безкоштовну медичну допомогу. Проте визначення самого права де-юре не є автоматично гарантією його реалізації. Брак бюджетних коштів призводить до пошуків альтернативних способів вирішення проблеми забезпечення умов для здорового існування людини. Одним з таких способів є приватний

медичний сектор. Так, в Італії близько 50 % лікарень є приватними комерційними закладами, що не заважає цій країні мати високі показники у сфері охорони здоров'я населення. Незважаючи на широке обговорення науковцями та практиками проблем в сфері організаційно-правового статусу медичних закладів, на сьогодні залишаються певні прогалини у сфері створення приватних медичних закладів в Україні. Шляхом виокремлення деяких з них стане можливим більш чітко розуміння подальшого вектору розвитку приватного медичного сектору та створення оптимальних умов для його існування та функціонування в Україні.

Першою особливістю та, водночас, складністю є вибір організаційно-правової основи функціонування приватного медичного закладу. Він може бути створений: на основі використання ресурсів вже існуючого державного закладу – до особливостей такого вибору можна віднести використання готової матеріальної бази, повна залежність від державного закладу, неможливість повною мірою позиціонувати себе на ринку медичних послуг; на основі створення власної незалежної бази – до особливостей можна віднести створення структури, що відповідає функціям підприємства, необхідність пошуку стартового капіталу та створення власної матеріальної бази.

У кожного з цих варіантів є як власні переваги, так і недоліки, тож як і у випадку з обранням організаційно-правової форми, це є індивідуальним питанням, яке має вирішуватися з огляду на наявні ресурси, досвід у сфері медицини та фармацевтики, швидкість отримання та обсяг бажаних результатів. Іншою особливістю створення приватного медичного закладу в Україні є необхідність його акредитації. Її мета – офіційне визнання факту наявності в закладі умов для надання медико-профілактичної допомоги певного виду. Акредитація закладів охорони здоров'я дає змогу встановити відповідність їхньої діяльності встановленим стандартам, нормам та регламентам. У подальшому цей механізм, на думку Дяченко Л., має включити в себе напрямки домовленості зі страховими компаніями.

Основою акредитації є оцінювання відповідності закладу охорони здоров'я вимогам до надання певного виду лікувально-профілактичної допомоги, яка в ньому надається. При цьому акредитацію мають проходити всі медичні заклади – як приватні, так і державні. В Україні акредитація медичних закладів, у тому числі, і приватних, регулюється такими актами як Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 15.07.1997 № 765, Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про вдосконалення акредитації закладів охорони здоров'я» від 14.03.2011 № 142, Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.02.2011 № 49, Положення “Про Головну акредитаційну комісію при Міністерстві охорони здоров'я”.

Проте, на думку В. Парія, в акредитаційних вимогах сучасної України мало оціночних критеріїв, наприклад, щодо рівня професіоналізму кадрів, дотримання галузевих стандартів, протоколів лікування, запровадження системи моніторингу якості тощо. Натомість більшість з них є формальними, такими, що стосуються, наприклад, зовнішнього вигляду медичного закладу. Варто розуміти, що специфіка роботи приватного медичного закладу відрізняється від такої у державних закладах. Вона пролягає на межі

охорони здоров'я, економіки та права. Тому для ефективного функціонування приватного медичного закладу в сучасних умовах спеціалісти повинні мати економічне мислення, орієнтуватися в законодавстві у сфері підприємництва, вміти приймати оперативні та раціональні рішення. Ця специфіка проявляється і у особливих господарських ризиках. Питому вагу мають так звані регуляторні ризики, для запобігання яких керівництву приватного медичного закладу необхідно забезпечити відслідковування виконання закладом ліцензійних умов, ужиття заходів щодо виконання вимог законодавства (наприклад, законодавства про метрологію та сертифікацію), затвердження відповідних локальних нормативних актів тощо.

Отже, приватні медичні заклади як самостійні суб'єкти господарювання мають особливий характер – як їхньої діяльності, так і створення. Їхня мета – надання якісних послуг по стандартах, вищих за мінімальні, встановлені державою. Про значну роль приватних медичних закладів навіть згадується у Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України 2016 року, яка вводить ланку “приватні медичні заклади” у звичний ланцюг “державні-комунальні підприємства”.

Саме тому необхідно враховувати особливості створення та функціонування приватних медичних закладів в Україні для більш ефективної діяльності приватного сектору охорони здоров'я.

Любена Т.К.,

студентка 44 групи

ПЮІ НІОУ ім.Ярослава Мудрого

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПОЛТАВЩИНІ

На сьогодні однією з найбільш гострих демографічних проблем нашої держави є надзвичайно високий рівень смертності населення, який з кожним роком невпинно зростає. За характеристикою медико-демографічної ситуації, Україна належить до демографічно старих країн світу.

Літні люди в фінальному періоді життя часто мають декілька супутніх захворювань та психічно-емоційні, що вимагає кваліфікованої комплексної допомоги. В Україні через відсутність системи паліативної допомоги досить часто такі люди залишаються сам на сам зі своїми проблемами: біль, страждання через розлади органів та систем життєдіяльності, відсутність необхідного догляду і психологічної підтримки, самотність. Соціальна незахищеність та порушення прав таких пацієнтів через недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази, а також через відсутність належної системи паліативної, і в тому числі, хоспісної допомоги, очевидна.

Наразі, надання паліативної і хоспісної допомоги в Україні і в тому числі, на Полтавщині перебуває на стадії пробудження: надання паліативної допомоги є невід'ємною частиною діяльності системи охорони здоров'я у лікарні, вдома у пацієнта, закладах допомоги літнім людям тощо.

Вперше паліативна допомога на Полтавщині з'явилася 5 років тому, коли з'явилися палати паліативної допомоги – на базі геріатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева та Лучанської дільничної лікарні Лохвицького району.

Зараз в Полтавській області паліативна допомога надається на 156-ти паліативних ліжках, в обласних лікувально-профілактичних закладах,

м. Полтаві, в містах та районах області. За минулий рік паліативну допомогу отримало в закладах охорони здоров'я 208 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД (на дому – 45 пацієнтів), 133 – на туберкульоз (65 – на дому), 1337 онкохворих (3353 – на дому) та 1250 пацієнтів з іншими неінфекційними захворюваннями (287 на дому).

Щодо перспектив розвитку цього виду надання допомоги невиліковним хворим, то на виконання «Плану заходів Полтавської обласної державної адміністрації щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги до 2020 року» планується відкриття відділення з хоспісної допомоги в Кременчуці та проведення реорганізації Веприцької обласної туберкульозної лікарні під відділення для надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз на 20 ліжок.

Наразі, серед основних завдань з покращення надання хоспісної допомоги є розробка та затвердження маршруту паліативного пацієнта на всіх рівнях надання медичної допомоги, створення в районах і містах Полтавської області спеціалізованих мультидисциплінарних мобільних бригад паліативної допомоги «Хоспіс вдома». В перспективі має бути покращення й забезпечення функціонування діючих паліативних ліжок та спрощення доступу важкохворих до знеболюючих лікарських засобів.

Важливим аспектом роботи у цьому напрямку є продовження та розширення співпраці з громадськими організаціями області, серед яких – благодійні організації «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги», «Світло надії» та ін., соціальними службами, зважаючи, що третина населення є люди похилого віку та релігійними організаціями.

І в цьому напрямі наша область знаходиться на шляху до створення бригад, до складу яких, за словами головного спеціаліста із паліативної і хоспісної допомоги Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА, крім медичних і соціальних працівників увійдуть ще й психолог та духовник.

Отже, завданням на даному етапі розвитку нашої країни та області є об'єднання зусиль держави і громадськості для подальшого впровадження стратегії розвитку, нових стандартів паліативної допомоги.

Науковий керівник – к.ю.н. Олефір А.О.

Лютенко Д.С.,

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ ім.Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ЗАКОНОДАВЧОГО ВРЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Однією з найбільш актуальних проблем на етапі розвитку і становлення нашої держави як правової і соціальної, є вдосконалення соціальної бази у сфері охорони здоров'я, оскільки вдосконалення національної системи охорони здоров'я, підвищення якості обслуговування населення у медичній сфері неможливе без створення належної та дієвої правової бази. Недосконалість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, їх декларативність і неузгодженість між собою та іншими правовими актами призводить до того, що Верховна Рада України часто змушена приймати зміни до них. Дослідивши думки багатьох науковців з цього приводу, слід дійти висновку, що найбільш логічним виходом із ситуації, що складається, є систематизація всієї нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я. Задля цього

має бути проведена низка підготовчих заходів, а саме: визначення основних принципів законодавчої діяльності у сфері охорони здоров'я, ініціювання опрацювання та ухвалення законів, які б регламентували охорону здоров'я, забезпечення гарантій з боку держави щодо надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я згідно із ст. 49 Конституції України та інше. Але всі ці дії створюють лише основу для основного етапу систематизації – кодифікації законодавства України про охорону здоров'я (Медичного кодексу України), який зможе комплексно врегулювати всі аспекти охорони здоров'я і медичної допомоги. Пропозицію про створення Медичного кодексу висловлюють такі вчені, як: В. І. Акопов, З. С. Гладун, С. В. Петков, І. Я. Сенюта. Вони передбачають його різну структуру та наповнення. Але проаналізувавши їхні погляди щодо нього, слід дійти висновку, що всі вони передбачають певні особливості, які повинні знайти своє відображення в ньому: наявність преамбули, Загальної та Особливої частин, закріплення норм, які б урегульовували ключові питання надання медичної допомоги, пріоритет прав і свобод людини у процесі надання медичної допомоги, врахування міжнародно-правових стандартів з прав людини та охорони здоров'я, деталізація основоположних конституційних принципів щодо надання медичної допомоги, узгодженість кодексу з нормативно-правовими актами інших галузей права, необхідність урахування розвитку науки та прогресу в медицині для того, щоб забезпечити «довголіття» кодексу, етична забарвленість більшості норм, що регламентують питання надання медичної допомоги. Висуваються пропозиції в Загальній частині кодексу передбачення викладення завдань держави і місцевого самоврядування з регулювання охорони здоров'я, державної системи контролю за якістю медичних послуг. Спеціальна частина має бути присвячена питанням клонування, репродуктивних технологій, трансплантології, донорства крові, обігу лікарських засобів тощо.

Отже, на сьогодні, нагальною необхідністю є радикальні зміни правової бази у сфері охорони здоров'я, насамперед розробка і прийняття ефективного і дієвого кодифікованого нормативного акта. Упорядкування нормативно-правової бази охорони здоров'я України дозволить створити науково обгрунтовану логічну структурну модель, відповідно до якої розвиватиметься медичне законодавство України. Створення єдиного кодексу сприятиме усуненню колізій у нормативно-правових актах, зростанню рівня правової свідомості медичних працівників, а також забезпечить правильне застосування і неухильне додержання вимог актів законодавства.

Ляденко А.В.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО НА ДОНОРСТВОКРОВІВ СУЧАСНИХ УМОВАХ

В українському суспільстві все більше зростає розуміння значення цінності людини та її здоров'я. Право людини на життя і здоров'я є головним серед прав, що захищає держава, оскільки при втраті життя або здоров'я втрачають значення інші цінності. В зв'язку з вищевказаним необхідно проаналізувати право на донорство, оскільки виникають часто ситуації, коли врятувати людину можливо виключно завдяки донорам.

Право на донорство визначається ст. 90 Цивільного кодексу України, відповідно до якої повнолітня дієздатна фізична особа має право бути донором крові, її компонентів, а також органів та інших анатомічних матеріалів та репродуктивних клітин. Проте, безперечно, головним нормативним актом в сфері донорства є Закон України «Про донорство крові та її компонентів».

Згідно з ч. 1 ст. 2 Закону України «Про донорство крові та її компонентів» донорство крові та її компонентів – добровільний акт волевиявлення людини, що полягає у даванні крові або її компонентів для подальшого безпосереднього використання їх для лікування, виготовлення відповідних лікарських препаратів або використання у наукових дослідженнях. Аналізуючи дану норму Закону, ми звертаємо увагу на тому, що давання донором крові є добровільним актом, тобто вільним волевиявленням особи, яка прагне допомогти тому, хто потребує в допомозі. При цьому необхідно відмітити, що забороняється взяття донорської крові примусово [3], а також від людей, захворювання яких можуть передаватися реципієнту чи заподіяти шкоду його здоров'ю. Тобто, розглянувши положення цих нормативних актів, що стосуються донорства робимо висновок про добровільність даної процедури. Це означає, що ніхто не може змусити особу стати донором крові чи її компонентів. Дане право забезпечується тим, що за насильницьке або шляхом обману вилучення крові у людини з метою використання її як донора передбачена кримінальна відповідальність за ст. 144 Кримінального кодексу. На нашу думку, дане положення є дуже важливим, оскільки виступає фактично запобіжним фактором в примушуванні до примусової здачі крові донором. Ми вважаємо, що за даний злочин необхідно посилити санкцію даної статті.

Звертаємо увагу також на тому, що виразивши згоду стати донором, фізична особа може відмовитися від своєї згоди. Знову ж таки, це її право. І на будь-якій стадії особа може відмовитися від давання крові. При цьому, важливо зазначити, що донорам надаються пільги, передбачені законодавством України.

Таким чином, ми проаналізували особливості права на донорство крові та її компонентів і дійшли висновку, що дане право посідає вагомe місце серед особистих немайнових прав людини.

Науковий керівник – к.ю.н., асистент Олефір А.О.

Макаренко А.С.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМАТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ЛЮДИНИ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Конституція України проголошує, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. За роки незалежності України сформувалася думка, що кожного турбує у першу чергу стан справ із своїм здоров'ям, здоров'ям родичів, близьких, а не людства в цілому. На думку людей, здоров'я, як свідчить статистика, залежить від умов проживання, праці, харчування, а також рівня медичного обслуговування. Тому для громадян України пріоритетним є питання щодо можливості отримання якісної медичної допомоги та доступність до неї в будь-якому регіоні дер-

жави, а не загальні розмови про складну ситуацію в країні. Але кожному відомо, що сьогоднішній рівень медичної допомоги в Україні не задовольняє ні пацієнтів, ні фахівців.

На мою думку, чинне законодавство України, що регулює функціонування системи охорони здоров'я, поки що не можна вважати таким, що відповідає сучасним міжнародним стандартам. У законах України немає ряду чітких юридичних визначень і понять з прав пацієнтів, навіть таких як: „пацієнт», „права пацієнта» тощо, хоча деякі з них присутні в текстах законів. Сучасна наука розглядає охорону здоров'я як систему відносин, що виникають у суспільстві, яка тісно взаємодіє з масовим наданням медичної допомоги і реальним забезпеченням прав людини на охорону здоров'я. Але медицина не безкоштовна. Можна визначити медичну послугу як своєрідний товар, що має свою вартість.

Головними суб'єктами з реалізації права на медичну допомогу виступає не тільки лікар та пацієнт, а ще державна влада країни, котра повинна всіляко забезпечити своїх громадян щодо нормальної та своєчасної реалізації даного права. Проте в наш час для цього потрібно поставити певну кількість завдань задля правового удосконалення забезпечення прав в медичній сфері зокрема. Наприклад, створення загальнонаціональної системи охорони здоров'я, що забезпечує реалізацію права громадян на збереження власного здоров'я. До того ж потрібно створити єдине правове поле для всіх суб'єктів правовідносин з різною формою власності в сфері охорони здоров'я.

Особливим завданням повинно бути розробка та прийняття Медичного кодексу, який повинен відображати та регулювати в повній мірі діяльність системи охорони здоров'я, повинен мати чіткий перелік прав громадян в медичній сфері, а також перелік різних медичних послуг, як безкоштовних, так і платних. Перш за все лікарі повинні визнавати і підтримувати права своїх пацієнтів, як це викладено в Ліссабонській (1981) декларації Всесвітньої медичної асамблеї відносно прав пацієнтів.

На мою думку, важливим етапом в реалізації права на медичну допомогу буде запровадження у більшості, якщо не у всіх Вищих навчальних закладах, предметів стосовно певних юридичних знань в цій сфері, особливо в медичних учбових закладах. Ключовою проблемою також є те, що якщо держава згідно з статтею 49 Конституції України проголосила надання медичної допомоги безкоштовним, безоплатним, то це значить, що вона звільнила кожного з нас від витрат на медичні послуги. Якщо ж держава не спроможна цього зробити, то вона повинна визнати це. В наш час, коли країна переживає складні економічні часи, деякі люди не йдуть своєчасно до лікаря задля збереження коштів, при тому, що медичні послуги повинні бути безкоштовними.

Отже, на мій погляд, мета суспільства в тому, щоб зробити свій вклад у становлення нової системи взаємовідносин пацієнта і лікаря, пацієнта і влади, лікаря і влади. До того ж регулярні опитування і вичення суспільної думки дозволить більше прослідкувати соціальну ситуацію стосовно ситуації у системі охорони здоров'я і це дасть змогу покращувати результати. Виконання вказаних вище завдань повністю забезпечить реалізацію прав людини на медичну допомогу.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Олефір А.О.

*Макогон С. Г.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО КОДЕКСУ В УКРАЇНІ

Незважаючи на суттєві позитивні зміни у розробці і прийнятті нових законів та підзаконних актів про охорону здоров'я, в умовах сьогодення, варто констатувати, що діюча нормативно-правова база у даній сфері ще не повною мірою відповідає сучасним потребам нашого суспільства, має суттєві прогалини та недоліки у правовому регулюванні.

Так, слід вести мову про те, що чинне законодавство України про охорону здоров'я, як загальне, так і спеціальне, наразі не здатне враховувати особливості відносин у даній сфері, не має необхідного понятійного апарату, який би консолідував фактичні і юридичні уявлення учасників відносин в охороні здоров'я. Так само не варто забувати й про певну необізнаність юристів загальної практики у медицині, що у свою чергу ускладнює їх роль при вирішенні тих чи інших медичних спорів та питань.

З.С. Гладун вказує, що головною причиною такого стану є, власне, недостатня організованість і впорядкованість саме суспільних відносин у цій сфері. В.Ф. Москаленко підкреслює, що складність ситуації полягає у невідповідності багатьох медичних правових актів України міжнародним вимогам. В цей же час, В.М. Рудий стверджує, що законодавство України з питань охорони здоров'я характеризується достатньо високим рівнем систематизації, наявністю розроблених з урахуванням міжнародних вимог кодифікаційних актів.

Важливою умовою для формування медичного права, на думку С. Шишкова, є систематизація численних медичних законів шляхом прийняття кодифікованого законодавства, тобто Медичного кодексу. Так, на зразок Цивільного і Кримінального кодексів, на думку вченого, доцільно було б, щоб у ньому містились Загальна частина зі статтями, що відображають загальні медичні питання, і Особлива, що передбачає особливості надання медичної допомоги в окремих медичних спеціальностях.

Варто у даному аспекті відзначити, що законодавство про охорону здоров'я багатьох розвинутих країн (наприклад, Франція, США, Італія, Іспанія та ін.) включає Медичні кодекси, норми яких регулюють відносини медичних працівників з пацієнтами, їх родичами, законними представниками, а також професійні відносини медиків між собою, відносини з адміністрацією закладів охорони здоров'я та органами державної влади і органами місцевого самоврядування.

На нашу ж думку, проблема формування загального медичного права і прийняття Медичного кодексу України в умовах сьогодення набуває все більшої актуальності, адже у ньому могли б бути встановлені основні юридичні поняття, котрі на сьогоднішній день по різному трактуються та застосовуються (наприклад, лікарське і медичне втручання, єдині принципи ведення медичної документації, права і обов'язки посадових осіб тощо). Так само, він буде гарантією для пацієнтів, оскільки у разі порушення медиками правових норм, що забезпечують їх права у сфері охорони здоров'я, пацієнти отримають відповідний та належний за законом захист. Й у свою чергу, у

медичних працівників, зважаючи на те, що в ньому будуть закріплені основні та спеціальні обов'язки їх діяльності, з'явиться, на нашу думку, більше відповідальності та обізнаності щодо здоров'я їхніх пацієнтів.

Отже, розроблення і прийняття Медичного кодексу наразі постає як нагальна потреба, виконання якої значно полегшить професійну діяльність медичних працівників і, що найважливіше, буде гарантією здоров'я пацієнтів, а також самих медичних і фармацевтичних працівників. Однак як влучно відзначає С.Г. Стеценко: «створення Медичного кодексу це справа відповідальна, потребує залучення спеціалістів і займає досить багато часу й зазвичай, такий процес кодифікації діючого законодавства відбувається щонайменше декілька років.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Малюна К. С.,

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Право на життя належить до фундаментальних прав людини. В одному з рішень Європейського суду з прав людини, «право на життя – це право, без якого користування іншими правами і свободами було б ілюзорним». Стаття 27 Конституції України проголошує право на життя як невід'ємне право кожної людини: «Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань». Тому постає логічне запитання: «Чи має право матір ще ненародженої дитини позбавити її життя шляхом переривання вагітності?»

Даній проблематиці присвячено багато відомих праць таких науковців як А. А. Авдєєв, С. Ю. Аксьонова, В. М. Білоусов, О. М. Гончаренко, І. О. Курило, А. О. Червяцова та інші.

У контексті правового регулювання найважливішою є проблема вирішення конфлікту і встановлення відповідного балансу між правами жінки (майбутньої матері) і ще ненародженої дитини. З одного боку, ми маємо право жінки на життя та здоров'я, приватність та материнство, з іншого – право на життя ненародженої дитини, яка не може самостійно себе захистити, за неї це має зробити закон шляхом встановлення відповідних обмежень.

Окремі гарантії права на життя в контексті права бути народженим містяться у статті 281 Цивільного Кодексу України, відповідно до частини 6 якої «штучне переривання вагітності, якщо вона не перевищує дванадцяти тижнів, може здійснювати за бажанням жінки». Тобто, зародок дитини до 12 тижнів вважається не людиною, а якимось біологічним матеріалом, яким можна розпоряджатися як завгодно. Це, на нашу думку, є неправильним. Звісно, трапляються випадки, коли необхідно зробити аборт, але, аборт як такий, без поважних на те причин, має бути заборонений, навіть до 12 тижнів. Потрібно заборонити безпідставне штучне переривання вагітності на законодавчому рівні.

Далі частина 6 статті 281 ЦК України говорить: «У випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від 12 до 22 тижнів. Перелік обставин, що дозволяють пере-

ривання вагітності після 12 тижнів встановлюється законодавством». Це, на нашу думку, не відповідає Конституції України, а саме пункту 1 статті 92, відповідно до якого виключно законами України визначаються права і свободи людини і громадянина, гарантії цих прав і свобод, основні обов'язки громадянина. Отже, регулювання питань переривання вагітності має здійснюватися виключно законом.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» від 15.02.2006 № 144 підставами, наявності яких можливе штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, можуть бути: вік вагітної жінки менш як 15 років, більш як 45 років, вагітність внаслідок згвалтування, настання інвалідності під час цієї вагітності, зловживання новоутворення, розлади психіки та поведінки, різноманітні хвороби нервової системи, системи кровообігу, органів дихання, травлення та інші фізіологічні причини. Проте до постанови зараз не входять соціальні причини (наприклад, матеріальне неблагополуччя жінки, професійна зайнятість, психологічна незрілість, розлучення) як підстави для переривання вагітності, що, на нашу думку, є цілком правильним. Таким чином, вважаємо, що вік вагітної жінки не може бути достатньою підставою для дозволу на проведення штучного переривання вагітності, оскільки це обставина, яка існує і є відомою на ранніх строках вагітності – до 12 тижнів, коли питання про збереження вагітності або її переривання вирішується жінкою самостійно без будь-яких обмежень. Теж саме стосується й вагітності внаслідок згвалтування.

Отже, гарантування права на життя, на нашу думку, вимагає: 1) регулювання питань переривання вагітності виключно законом; 2) заборону безпідставного штучного переривання вагітності строком до 12 тижнів; 3) обмеження підстав переривання вагітності строком понад 12 тижнів виключно медичними показниками – коли вагітність та народження дитини становлять реальну і суттєву загрозу життю та здоров'ю її матері.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Мамедова Л. Я.,

студентка 43 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДОСУДОВИЙ ПОРЯДОК ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ

Конфліктні ситуації між пацієнтом та лікарем або медичною установою, на жаль, трапляються постійно. У випадку настання такої ситуації, незадоволені пацієнти захищають своє порушене право на якісну медичну допомогу шляхом звернення безпосередньо до суду. Однак, доведеним є той факт, що досудовий порядок захисту прав пацієнта є значно простішим через економію часу та коштів. Іншим питанням залишається обізнаність осіб, яким надаються медичні послуги, про шляхи та способи досудового врегулювання спорів.

Можливість досудового захисту прав та інтересів пацієнтів передбачена ст. 40 Конституції України, ст. 15 Цивільного кодексу України, п. 1 г.ч. 1 ст. 7, ч. 4 ст. 8 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ, а механізми такого захисту встановлений в першу чергу в законі України «Про звернення громадян» від 02.20.1996 № 393/96-

ВР, законі України «Про захист прав споживачів» від 12.05.1991 № 1023-ХІІ, наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 № 752, наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» від 05.02.2016 № 69.

Аналіз законодавства дозволяє зробити висновок, що досудовий порядок захисту прав пацієнтів відбувається у формі письмового звернення, процедура направлення якого регламентована законом № 393/96-ВР. Залежно від предмета звернення, підстав, інтенсивності порушення прав та інтересів пацієнта, останньому надано можливість звернутися до: а) керівника закладу охорони здоров'я; б) управління охорони здоров'я при районних, міських та обласних державних адміністраціях; в) клініко-експертних комісій при Міністерстві охорони здоров'я України; г) санітарно-епідеміологічної служби; д) Державної інспекції з питань захисту прав споживачів; е) громадських організацій (наприклад, «Всеукраїнська асоціація захисту прав пацієнтів «Здоров'я нації», «Українська медико-правова асоціація»); є) Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини; ж) правоохоронних органів.

Крім цього, існує процедура медіації, яка мало поширена в Україні, однак є найпоширенішою у світовій практиці альтернативною формою вирішення конфліктів. Для процедури примирення залучається спеціально підготовлена особа – медіатор, яка є посередником та лише сприяє прийняттю рішення.

На користь медіації свідчить той факт, що цей процес має конфіденційний характер, на відміну від судових засідань та розгляду у контролюючих органах. В Україні створений і діє Український центр медіації, де можна замовити послуги медіатора, узгодити строки, обрати його кандидатуру та підписати договір про проведення медіації. У складі медіаторів є й спеціалісти з вирішення спорів у сфері охорони здоров'я. Зважаючи на таку кількість державних органів та організацій, важко погодитися з думкою В. Галая щодо необхідності створення нового спеціального органу при Міністерстві охорони здоров'я України, до компетенції якого буде входити саме вирішення конфліктів при наданні медичної допомоги.

Таким чином, на сьогодні існує універсальний, дієвий механізм досудового захисту прав та інтересів осіб, які отримують медичну допомогу, а також система державних органів та громадських організацій, які наділені відповідними повноваженнями, а це в своїй сукупності створює умови для врегулювання спору без звернення до суду. Разом з тим, медичним працівникам варто усвідомити, що досудовий порядок розв'язання конфліктів допомагає уникнути судового процесу, врахувати інтереси як медичного закладу, так і пацієнта.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

*Маслій О. С.,
студент 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУТНОСТІ ТА ОЗНАК ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

Відповідно до канонів медичної деонтології, лікар у зв'язку із специфікою своєї діяльності часто виявляється поінформованим у найбільш по-таємних, інтимних відомостях, які добровільно розголошуються йому пацієнтами з певною, чітко окресленою метою. Така інформація, пов'язана не лише з фізіологічними, але й психологічними характеристиками пацієнта є найбільш точною та правдивою. Проте, зазначена інформація відповідатиме цим вимогам лише у випадку, коли особа переконана в довірчому характері своїх повідомлень і збереженні викладених відомостей у глибокій таємниці, тобто в суворому збереженні професійної таємниці.

Предметом лікарської таємниці виступає: стан здоров'я пацієнта; хвороби і діагноз; огляд і його результати; методи лікування; інтимна і сімейна сторони життя пацієнта; інші відомості, отримані при медичному обстеженні. Проте, такі науковці як Я.Ф. Радиш, І. М. Паращич, П. Й. Кузьмінський, посилаючись на національне та міжнародне законодавство, наголошують на тому, що коректним в контексті аналізованого питання є виділення з поняття "лікарської таємниці" поняття "медична таємниця".

Так, з огляду на те, що інформація про стан здоров'я пацієнта, яка надається лікарю при проведенні медичного огляду відноситься до медичної сфери, термін "медична таємниця" має місце для існування. Проте, постає питання про доцільність нормативного закріплення даного терміна і визначення його співвідношення з лікарською таємницею.

Відповідно до ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд і результати, інтимну й сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості. Крім зазначеного, відповідно до ст. 46 Закону України «Про інформацію» не підлягають розголошенню відомості, які стосуються лікарської таємниці. Крім того, обов'язок збереження лікарської таємниці передбачений і Клятвою лікаря, затвердженою Указом Президента України № 349 від 15 червня 1992 р.

Що ж стосується поняття медичної таємниці, то воно не знайшло свого законодавчого закріплення і практично не виділяється як окреме термінологічне поняття у правовій та медичній доктрині. Так, зазначені вище науковці виділяють підхід, відповідно до якого лікарською таємницею є інформація про пацієнта, а медичною – для пацієнта.

У свою чергу, вважаємо, що лікарська таємниця за своїми сутнісними і змістовними ознаками має багато спільного з поняттям «медична таємниця», але не тотожна їй з огляду на вужче смислове навантаження. На нашу думку, медична таємниця за своїм змістом є поняттям ширшим. Під медичною таємницею слід вважати «урегульований законодавством правовий режим отримання, зберігання і використання інформації медичного та особистого характеру про фізичну особу, отриманої медичними та іншими працівниками у зв'язку з виконанням ними професійних та/або службових

обов'язків, розголошення яких може завдати шкоди даній особі». В свою чергу, лікарська таємниця є елементом цього правового режиму.

Таким чином, на підставі вище викладеного, вважаємо за доцільне наголосити на необхідності нормативного закріплення обох понять на законодавчому рівні. Проте, необхідним, на нашу думку є закріплення лікарської таємниці як базової складової більш широкого поняття медичної таємниці, яке полягає в тому, що особа наділяється правом вимоги до визначених законом категорій осіб зберігати та забезпечувати порядок і процедуру отримання і зберігання конфіденційної інформації про стан її здоров'я.

Науковий керівник – д.ю.н., доц., Пашков В. М.

Матвієнко М. В.,

студентка 15 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДІЯЛЬНІСТЬ ЗЕМСТВ ПОЛТАВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ

Перші праці про діяльності земств в галузі медицини з'явилися вже на початковому етапі формування медичних установ. Це були монографії, журнальні та газетні публікації, авторами яких виступали переважно активні земські діячі. Наукові пошуки Є. А. Осипова, І. В. Попова та П. І. Куркіна були зосереджені на питаннях створення нової системи охорони здоров'я. Автори зауважують, що земська медицина у XIX ст. набула визначених контурів, першорядним об'єктом хвилювань якої вважалося сільське населення. Хочемо наголосити, що названі дослідники володіли доволі різноманітним за характером та змістом статистичним та фактичним матеріалом, на підставі чого давали оцінку діяльності земств. Дослідження розвитку земської медицини проводили переважно лікарі, які висвітлювали цей процес здебільшого з точки зору історії медицини та організації охорони здоров'я, і тому ці розробки лише побіжно стосувалися визначення ролі і місця земських установ для суспільно-історичного розвитку України. На сучасному етапі коло питань, що вивчаються, залишається тим самим, хоча акценти зазнають відчутних змін.

Важливим джерелом вивчення розвитку земської медицини Полтавщини є архівні матеріали, які ми об'єднали у такі групи. Перша група – законодавчі акти та нормативні документи, які визначали процес створення та подальший розвиток земської медицини у другій половині XIX століття. Вони поділяються на: 1) офіційні документи загальноросійського масштабу, законодавчі акти вищих органів державної влади Російської імперії (як "Положення про губернські та повітові земські установи" 1864 та 1890 рр.), циркуляри та розпорядження до них, що в комплексі сприяють з'ясуванню сутності діяльності, завдань та компетенції земств; 2) циркуляри управління Головного лікарського інспектора та губернатора стосовно запровадження відповідних заходів як під час епідемій, так і за звичних обставин, зокрема з приводу призначення стипендій, постанови губернатора стосовно адміністративних покарань тощо. Друга група: матеріали діловодства, до яких доцільно віднести постанови сільських громад відносно земських лікарів та фельдшерів. Третя група: статистичні матеріали (статистичні щорічники, бюлетені, збірки тощо).

На основі аналізу названих груп документів ми встановили, що у 1804 році в Полтавській губернській управі було 3 лікарі, а в кожному з 15 повітів – по одному. Усього в губернії працювали 32 лікарі (1 лікар на 40 тисяч населення). Лікування було платним – 30 копійок за добу (у сільських лікарнях для місцевих жителів 10 копійок у добу, а для жителів сіл з інших відділків – 30 копійок). На початковому етапі, визнавши необхідність поліпшення рівня надання медичної допомоги, земства пішли шляхом найменшого опору. Головна увага приділялася розвитку середньої медичної освіти, яка вважалася більш прийнятною і з фінансової точки зору як така, що потребує значно коротшого терміну навчання. Перша фельдшерська школа була відкрита в 1867 році Полтавським земством, до її учнів було зараховано 149 осіб. Губернське та повітові земства вирішували питання фінансування медичних закладів, підбору кадрів медпрацівників, здійснювали контроль за їх діяльністю. У повітах з'явилися лікарські дільниці з лікарнями, фельдшерськими пунктами. У середині 60-х років XIX ст. у 15 лікарнях Хорольського повіту нараховувалося 740 ліжок. Земствам, за відсутності належного рівня організації медицини, довелося докласти значних зусиль, щоб створити систему, дійсно спроможну надавати кваліфіковану медичну допомогу. Найбільш прийнятною земські управи визнали стаціонарну форму надання допомоги населенню, засновану на дільничному принципі. Цим були викликані якісні і кількісні зміни в кадровому складі медиків – зросла потреба у фельдшерах. У процесі формування земських медичних установ особлива увага приділялася: а) збільшенню кількості ліжко-місць у стаціонарних закладах; б) зменшенню радіусу лікарських дільниць та кількості мешканців, закріплених за ними; в) створенню мережі медичних установ у сільській місцевості; г) питанням фінансового забезпечення земської діяльності щодо охорони здоров'я; д) зміні громадської думки та ставлення населення до медичних працівників.

Отже, розвиток земської медицини у Полтавській губернії відображає загальну тенденцію поступової відмови від малоефективної роз'їзної медицини до стаціонарної, влаштування амбулаторій та збільшення кількості лікарських дільниць, які замінили собою фельдшерські пункти.

Науковий керівник – к.філол.н., доц., Лебеденко С. О

*Матвієць Е. С.,
студент 46 групи*

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ТА ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА

Однією із наймолодших галузей права є галузь медичного права. Формуванню самостійного правового інституту, а через деякий час і галузі медичного права значною мірою сприяв досить сильний вплив міжнародного медичного права, джерелами якого є численні нормативно-правові акти багатьох міжнародних та регіональних організацій.

Медичне право, як і кожна галузь права має певні проблеми, які повинні бути врегульовані. Так, на мій погляд, основними проблемами, які потребують врегулювання є правові основи організації охорони здоров'я України, основні напрями державної політики в галузі охорони здоров'я та шляхи її

реалізації, бюджетні та позабюджетні джерела фінансування системи охорони здоров'я, права та захист прав пацієнтів, права та юридична відповідальність медичних працівників, механізми запобігання щодо нецільового використання коштів із державного бюджету, виділених для медичної галузі, правове регулювання надання платних медичних послуг, правові засади функціонування єдиного медичного простору, правове регулювання надання психіатричної допомоги, питання міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я та правове регулювання проведення медичних експертиз, трансплантації органів і тканин людини, медичних експериментів. Це не вичерпний перелік проблем, їх досить багато, але я зазначив найбільш значимі і актуальні на сьогоднішній день. Їх дослідження і вирішення при створенні нових нормативно-правових актів дасть можливість вдосконалити медичне право, тим самим вдосконалити життя суспільства.

Як галузь науки, медичне право пов'язується з дослідженнями системних і окремих питань юридичного регулювання медичної діяльності. Науку медичного права можна визначати як сукупність медичних, правових та інших поглядів, переконань та ідей, що розкривають сутність та основні положення медичного права, визначаючи розвиток даної галузі права в майбутньому. А щодо основних завдань науки медичного права, то сюди можна віднести вивчення вітчизняного медичного права, пошук правових шляхів удосконалення системи медичного страхування, дослідження головних особливостей передового досвіду зарубіжних країн у галузі юридичної регламентації медичної діяльності, теоретико-методологічні аспекти медичного права, дослідження в галузі історії правового регулювання медичної діяльності, розробки в галузі оптимізації освітніх програм у сфері юридичної та медичної освіти та вироблення пропозицій, які були б спрямовані на удосконалення законодавчої бази системи охорони здоров'я України.

В Україні відбуваються процеси створення, удосконалення і розвитку медичного права як самостійної галузі права, це є основним, найважливішим напрямом діяльності державної політики України в галузі охорони здоров'я.

Отже, що зараз вже сформовано в Україні медичне право і як галузь права, і як наука. Що позитивно відображається, як на розвитку медичного права в майбутньому, так і на загальному рівні життя всього суспільства.

Науковий керівник – д.ю.н., доцент, Пашков В. М.

Матосян Г.Л.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВО НА ПОПЕРЕДЖЕННЯ СТРАЖДАНЬ І БОЛЮ ПРИ НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Людина, її життя і здоров'я є головною та найважливішою цінністю для людства. Конституція України проголосила нашу державу правовою, соціальною та демократичною, що на перше місце виносить людину з її правами, інтересами та свободами. Нормативно-правові акти України містять широкий каталог прав людини в сфері охорони здоров'я. Українське законодавство прагне до гармонізації з міжнародним, тому досить часто звертається безпосередньо до норм міжнародного права. Прикладом такого звернення є Європейська хартія прав пацієнтів, прийнята у 2002 році, яка закріпила 14

основоположних прав пацієнта у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги. Одним з таких прав є право на попередження за можливості страждань і болю.

Відповідно до ст. 11 Хартії кожен має право за можливості уникнути страждань і болю на кожному етапі свого захворювання. Це означає, що кожна особа, яка звернулася за медичною допомогою до закладу охорони здоров'я має право, по-перше, на такий обсяг медичної допомоги, який зможе зупинити або зменшити біль. По-друге, це право на обезболення, яке має на меті полегшити або зняти біль, не сповільнюючи при цьому процес основного медичного втручання. По-третє, це право на паліативну допомогу, яка надається на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам.

Право на паліативну допомогу передбачено в ст. 35⁴ Основ законодавства України про охорону здоров'я. Паліативна допомога – це допомога, яка надається пацієнтам від моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання і включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей. Полегшення болю та інших симптомів захворювання для поліпшення якості життя пацієнта є одним з провідних нормативно визначених принципів паліативної допомоги.

На виконання положень даної статті прийнято нормативно-правові акти щодо різних захворювань. Наприклад, відповідно до Клінічного протоколу надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД– медичні працівники мають забезпечувати полегшення болю та інших симптомів захворювання для підвищення якості життя пацієнта, навчання членів родини пацієнта правилам полегшення страждань близької людини. З цього можна зробити висновок, що паліативна допомога також включає в себе допомогу сім'ї пацієнта та навчання їх правилам, які зможуть полегшити та зменшити біль і страждання пацієнта.

Паліативна допомога надається лікувально-профілактичними закладами особливого типу – хоспісами. Хоспіс – це заклад вторинної медичної допомоги, основним завданням якого є забезпечення надання цілодобового паліативного лікування, медико-психологічної реабілітації, соціальної та духовної підтримки хворим.

Отже, право на попередження за можливості страждань і болю хворого відповідає принципу поваги до людської гідності і реалізується шляхом надання допомоги в обсязі, що здатний полегшити біль, а також включає право на застосування анальгетиків. Особливою формою реалізації є надання паліативної допомоги хоспісами. Суть такої допомоги полягає у наступному: наданні медичної допомоги, здійсненні раннього виявлення, ретельної оцінки та лікування болю, полегшення фізичних та емоційних страждань людини, які вона переживає внаслідок захворювання невиліковною хворобою, підтримання її психологічного, духовного та морального стану, а також її близьких та членів сім'ї, забезпечення максимально можливої якості життя пацієнту і його родини, допомога сім'ї пацієнта та навчання їх правилам, які зможуть полегшити та зменшити біль і страждання пацієнта;

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А.О.

Матіюха М.О.,

студентка 35 групи

ПЮІ НІОУ імені Ярослава Мудрого

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ШКОДУ ЗАВДАНУ ПРИ ВАКЦИНАЦІЇ

Кожна людина наділена правом жити вільно від інфекційних хвороб, а тому вакцинопрофілактика, у теперішній час визнана найбільш ефективним засобом протидії, обмеження поширення та елімінації захворювань. Однак існує ряд проблем, розв'язання яких потребує, як вдосконалення системи охорони здоров'я у сфері вакцинопрофілактики, так розвитку і гармонізації законодавства з цих питань. Однією з указаних проблем є питання відповідальності за шкоду, заподіяну при вакцинації.

Окремі аспекти вказаного питання стали предметом досліджень таких учених, як: С.В. Антонов, С.Б. Булеца, П.Є. Лівак та іншими.

Метою даної роботи є аналіз особливостей законодавчої регламентації окремих аспектів відповідальності за шкоду, завдану особі при проведенні вакцинації.

У відповідності до Порядку проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів, під вакцинацією (щепленням, імунізацією) розуміють формування штучного імунітету в людини до відповідних інфекційних хвороб за допомогою введення вакцини, анатоксину чи імуноглобуліну. У нашій державі обов'язковими визнано щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу, гемофільної інфекції, краснухи, епідемічного паротиту та гепатиту В.

Серйозною проблемою у сфері юридичної регламентації профілактичних щеплень в Україні, виступає та обставина, що органи охорони здоров'я, які проводять вакцинацію, і органи влади, що забезпечують примусовий характер даного заходу, одночасно не регламентують свою відповідальність за шкоду здоров'ю, завдану конкретному громадянину.

У відповідності до ст. 80 Основ законодавства України про охорону здоров'я, для осіб, винних у порушенні законодавства у сфері охорони здоров'я, передбачено заходи цивільної, адміністративної або кримінальної відповідальності. С.В. Антонов, зазначає, що проведення вакцинації являється джерелом підвищеної небезпеки, оскільки здійснення вказаної діяльності, створює більшу вірогідність заподіяння шкоди у зв'язку з неможливістю всебічного контролю за нею з боку медичних працівників. Враховуючи необхідність гарантувати при наданні медичних послуг посилений захист прав особи від потенційного заподіяння їй шкоди, основу відповідальності медичного працівника за шкоду, завдану в результаті вакцинації, становить принцип об'єктивної відповідальності, тобто незалежно від його вини. У даному випадку має місце ятрогенний делікт, безпосереднім об'єктом відшкодування при якому, є майнові втрати, що виникають через ушкодження здоров'я або смерть та можуть проявлятися, зокрема, у втраті заробітку або інших доходів, у витратах на лікування, поховання та інших.

Кримінальне, цивільне законодавство, а також законодавство про адміністративні правопорушення, не містять спеціальної норми, яка б регламентувала особливості юридичної відповідальності за шкоду, завдану внаслідок

вакцинації, тому винні особи несуть кримінальну та адміністративну відповідальність на загальних засадах. При цьому, при визначенні вини окремої особи по вказаній категорії справ важливо встановити, чи був нею виявлений такий рівень дбайливості та обачності, що дає підстави виключити потенційні несприятливі наслідки або зменшити неминучі ризики для здоров'я фізичної особи. У даному випадку винний відповідатиме лише за власні дії, а не за недосконалість самої медицини як такої.

Таким чином, незважаючи на існування ризику настання негативних наслідків при проведенні вакцинації, вітчизняне законодавство не регламентує відповідні державні гарантії з питань проведення профілактичних щеплень. Проте, прогрес у сфері вакцинопрофілактики інфекційних хвороб неможливий без законодавчого врегулювання питань, пов'язаних із відповідальністю за шкоду, завдану при вакцинації та запровадження нових підходів до її проведення.

Науковий керівник – к.ю.н., доц., Греков Є. А.

Машкевич Є.О.,

*студент Вінницького національного
медичного університету імені М. І. Пирогова*

НЕПОВНОЛІТНЯ ОСОБА, ЯК УЧАСНИК ПРАВОВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

Розвиток правових відносин, зміна соціальних пріоритетів та соціальна активність молодих осіб призводить до того, що в багатьох сферах суспільного життя, неповнолітній приймає рішення самостійно. Однією з актуальних проблем в сфері охорони здоров'я є питання визначення статусу та правових можливостей особи, як пацієнта, віком від 10 до 18 років. При цьому в системі вітчизняного законодавства вживаються різні дефініції стосовно осіб цієї вікової категорії.

Зокрема, згідно статті 1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: «Дитина – це особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно з законом, що застосовується до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше». Існує розбіжність у використанні дефініції «неповнолітній» в Наказі МОЗ №382 «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді» з внесеними змінами відповідно до Наказу МОЗ України №1055 від 2.12.2013р., де вживаються різні поняття стосовно досліджуваної вікової категорії – «молодь» і «молоді громадяни» стосовно осіб віком від 14 до 35 років і поняття «підлітки» стосовно осіб віком від 10 до 18 років. При цьому жоден нормативно-правовий акт вітчизняного законодавства не містить юридичного визначення понять «підліток», «підлітковий» і не встановлює їх співвідношення з поняттям «дитина». Слід зазначити, що вітчизняна практика розуміє під «підлітками» дітей від 10 до досягнення 18 років, а за визначенням ВООЗ поняття «підлітки» охоплює вікову групу від 10 до 19 років включно. Цивільне законодавство розрізняє правовий статус дітей за критерієм досягнення 14-річного віку: до досягнення 14 років дитину вважають малолітньою; від 14 до досягнення 18 років дитину вважають неповнолітньою. Таким чином, коли ми говоримо про «підлітків», у юридичному сенсі слід керуватися поняттям «дитина».

В ході медичних втручань, наприклад, обстеження неповнолітньої особи на стан алкогольного сп'яніння може виникнути питання щодо право-

мірності дій, адже у випадку проведення огляду малолітніх осіб та неповнолітніх матимуть виразистий характер в плані отримання згоди та подальшої тактики. Відповідно статті 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо пацієнта віком до 14 років здійснюється втручання за згодою законного представника. Проте надання медичної допомоги фізичній особі, що досягла 14 років здійснюється за згодою самої особи, а тому може мати три варіанти вирішення питання: 1. згоду на медичне втручання дають обидві особи: неповнолітній пацієнт, його законний представник; 2. неповнолітній пацієнт дає згоду на медичне втручання, а законний представник згоди не дає, і тому у лікаря немає можливості отримати згоду в повному обсязі; 3. неповнолітній пацієнт не надає згоди на медичне втручання, а законний представник дає згоду.

Таким чином, проблема здійснення медичних втручань особі віком від 10 до 18 років залишається відкритою та потребує однозначного тлумачення.

Мелащенко Ю.Ю.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ АБОРТУ

Сьогодні штучне переривання вагітності є однією з тих морально-правових проблем, які неоднозначно сприймаються різними прошарками суспільства. Дане питання активно дискутується в сучасному соціумі, проте, на превеликий жаль, воно не здобуло навіть якихось концептуальних зближень у процесі свого з'ясування, а навпаки почало загострюватися не тільки на морально-етичному, релігійному рівнях, але й на медичному, науковому, соціально-політичному. В зв'язку з цим, необхідно дослідити правові проблеми абортів.

Не можна оминати увагою слова Агнеси Гонжа Боякшу (відома як Мати Тереза), яка сказала, що найбільший руйнівник світу сьогодні – це аборт, тому що це війна проти дітей, невинних дітей, вбивство самою матір'ю. Проте, думка законодавця з приводу даного питання інакша.

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. Звертаємо увагу на тому, що штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів. Проте, для цього необхідні медичні показання, перелік яких встановлено Постановою Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» (краснуха, хвороба, зумовлена ВІЛ, тяжка форми туберкульозу, злоякісні новоутворення будь-якої локалізації тощо). Виходячи з вищезазначеного, в будь-якому випадку після спливу 22 тижнів вагітності проведення абортів незаконним. Також, відповідно до статті 134 Кримінального Кодексу України проведення абортів визнається незаконним, якщо аборт проведено особою, яка не має спеціальної медичної освіти.

Заслуговує на увагу законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо заборони штучного переривання вагітності (абортів)» від 5 квітня 2013 року, яким пропонується заборонити штучне

переривання вагітності за винятком трьох випадків: 1) якщо вагітність несе пряму загрозу життю вагітної жінки; 2) якщо присутні медичні показання щодо патології плоду, несумісної з життям після народження дитини; 3) якщо в судовому порядку доведені факти зачаття дитини в результаті зґвалтування. Актуальність даного законопроекту проявляється в тому, що всі християнські церкви в Україні виступають проти абортів, вважаючи це вбивством людини. Проте, на сьогодні цей законопроект так і не прийнятий.

На нашу думку, прийняття такого законопроекту викличе значний резонанс в суспільстві, а проблема незаконних абортів навпаки збільшиться, оскільки заборона легального добровільного проведення абортів може призвести до зростання кількості підпільних абортів в десятки разів, що не дозволить покращити демографічну ситуацію в Україні за рахунок такої заборони. Отже, ми проаналізували основні основні правові проблеми абортів, які існують в Україні

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

*Микитенко Д.О.,
студент 21 групи
ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ВІЛ-ІНФІКОВАНОГО НА ТАЄМНИЦЮ ДІАГНОЗУ

Захист персональних даних, насамперед, медичної інформації, має фундаментальне значення для реалізації особою права на недоторканність приватного і сімейного життя, що особливо важливо в плані забезпечення охорони конфіденційності відомостей про ВІЛ-інфекцію людини, з огляду на делікатні питання, пов'язані з цим захворюванням.

Окремі аспекти захисту права особи на таємницю про стан здоров'я досліджено у працях таких учених, як: В.І. Агарков, В.І. Акопов, О.І. Мацегорін, С.Г. Стеценко та інших.

Зміст права на таємницю про стан здоров'я становить можливість особи самостійно визначати суб'єктів, які можуть одержати інформацію про стан її здоров'я, а також вимагати від таких осіб, не розголошувати її.

У більшості європейських країн на законодавчому рівні передбачені гарантії захисту та використання медичних даних щодо наявності у особи діагнозу ВІЛ. У нашій державі законодавчі гарантії права на таємницю про стан здоров'я закріплено у ст. 286 Цивільного кодексу України та ст. 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Окрім того, у відповідності до ст. 6 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», необхідною умовою тестування для цілей виявлення ВІЛ є додержання конфіденційності особистих даних, зокрема відомостей відносно стану здоров'я. Передача медичним працівником зазначених даних третім особам дозволяється виключно на підставі рішення суду у випадках, передбачених законом, а також, коли людина, яка живе з ВІЛ, звернується до медичного працівника з відповідним проханням, оформленим у письмовому виді; людина, яка живе з ВІЛ, померла, втратила свідомість або наявна загроза того, що вона не опритомніє та не відновить власну спроможність на-

давати свідому інформовану згоду. При цьому, вітчизняне законодавство містить нормативно-правовий документ, який неправомірно розширює перелік даних випадків. Йдеться про наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України від 28.09.2006 № 3297/645, яким затверджено Порядок медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах. У п. 7 даного документу передбачено обов'язкове обстеження дітей, які знаходяться у відповідних закладах на ВІЛ-інфекцію з повідомленням в імперативному порядку про його результати педагогічному персоналу закладу.

Право на таємницю про стан здоров'я фізичної особи є абсолютним, оскільки цьому праву відповідає обов'язок інших суб'єктів утримуватися від її поширення, а держава зобов'язана вживати заходів стосовно запобігання розкриття даних про стан здоров'я особи. У даному контексті, показовою є справа, розглянута Європейським судом з прав людини (надалі – ЄСПЛ) І. проти Фінляндії від 17.07.2008, за результатами розгляду якої ЄСПЛ визнав порушення державою Фінляндією ст. 8 Європейської конвенції про захист прав та основоположних свобод людини і громадянина, у зв'язку з тим, що влада країни не змогла захистити медичну карту заявниці у відповідний період часу від несанкціонованого доступу, внаслідок чого мав місце факт розповсюдження відомостей про наявність у неї ВІЛ-інфекції.

Отже, право на таємницю інформації про стан здоров'я є одним з основоположних особистих немайнових прав людини. Враховуючи те, що ВІЛ-інфекція/СНІД є специфічним соціально небезпечним захворюванням, право кожної людини на таємницю вказаного діагнозу потребує посилення законодавчих гарантій захисту, зокрема, необхідним є встановлення вичерпного переліку випадків, за яких можливе розкриття інформації про стан здоров'я особи та посилення відповідальності за розголошення даних про наявність у особи ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Науковий керівник – к.ю.н., доц., Греков Євген Анатолійович

Мисечко А. В.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Одним з основних завдань держави в галузі охорони здоров'я є створення умов для ефективного функціонування цієї системи за допомогою належного фінансування, що забезпечує б доступність якісних медичних послуг для усіх громадян країни.

Це положення підкреслюється і в Основному Законі країни. Так, ст. 49 Конституції України передбачено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Також, відповідно до ч.1 ст. 18 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

Ч. 2 вищенаведеної статті встановлює, що кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань.

На офіційному сайті Верховної Ради України оприлюднено Закон України від 12.11.2015р. № 791-VIII, яким вносяться зміни до Бюджетного кодексу України у частині видатків на галузь охорони здоров'я. Документ набув чинності 09.12.2015р. у зв'язку з опублікуванням на офіційному виданні «Голос України» від 08.12.2015р. № 231 та на підставі п.1 розділу II закону. До набуття чинності цими змінами у Бюджетному кодексі визначається, що видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я проводяться за рахунок медичної субвенції. Ухвалені Парламентом зміни передбачають, що медичні субвенції спрямовуватимуться на видатки місцевих бюджетів.

При вищенаведеному, влітку 2016 р. Міністерство охорони здоров'я України (Далі – МОЗ України) прийняло рішення передати 27 медичних закладів, які підпорядковані МОЗ України і надають спеціалізовану допомогу та є унікальними в своїй сфері на баланс місцевої влади. Це призвело до того, що в проекті державного бюджету на 2017 рік їх фінансування не було передбачене.

Після скарг щодо факту підготовки деяких з цих закладів до продажу, МОЗ України звернулось до уряду з проханням повернути вищенаведені заклади у підпорядкування держави, щоб уникнути неконтрольованої приватизації або закриття вищенаведених закладів.

Важливо підкреслити, що згідно з розрахунками МОЗ України, у бюджетні на 2017 рік необхідно передбачити 576 млн 682 тис. грн на фінансування 27 закладів охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України. Із них 313 млн 551 тис – на 14 санаторіїв та 263 млн 130 тис. грн – на лікарні, диспансери, центри, поліклініки. Загальна потужність 14 санаторних закладів складає 4 145 ліжок.

Відтак, відповідно до вищенаведених даних, можливість приватизації або закриття 27 закладів охорони здоров'я, які надають спеціалізовану допомогу та є унікальними може призвести до порушення положень ст. 49 Конституції України. Як ми бачимо з вищенаведених даних, тільки 4 145 потенційних пацієнтів можуть втратити можливість отримати якісну медичну допомогу. Тобто, порушується обов'язок держави зі створення умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Також, факт можливого закриття вищенаведених закладів суперечить положенням Основного Закону: існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена.

Отже, як висновок вищенаведеного необхідно зазначити, що на сьогодні проблеми в недостатності фінансових коштів в Державному бюджеті змушують керівні органи держави приймати рішення, які не повністю відповідають положенням чинного законодавства. Задля уникнення таких дій, на нашу думку, виникає необхідність у підвищеному контролі за виконанням положень законодавства щодо охорони здоров'я.

*Митько В. О.,
студент 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВО НА ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ТАЄМНИЦІ ТА ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЄСТР ПАЦІЄНТІВ : ПРОБЛЕМИ

Сьогодні час технічного прогресу та вдосконалення. Кожна країна прагне перейти до комп'ютеризованих та оптимізованих технологій, які б не лише облегчили діяльність людей, а і впорядкували її та підвищили рівень працездатності кожної сфери діяльності суспільства. В галузі охорони здоров'я таким вдосконаленням стало запровадження Електронного реєстру пацієнтів.

Вирішуючи одні проблеми, така система створює нові, пов'язані передусім із захистом інформації, яку пацієнт довіряє системі, даючи згоду на використання своїх персональних даних. Відповідно до Положення про електронний реєстр пацієнтів – Електронний реєстр пацієнтів – це єдина державна інформаційна система збирання, реєстрації, накопичення відомостей про пацієнта та отриману медичну допомогу. Розпорядником такого реєстру виступає Міністерство охорони здоров'я, а володільцями – заклади охорони здоров'я.

Право на захист інформації медичного характеру передбачено в низці міжнародно-правових актів, серед яких – Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Європейська конвенція із захисту прав людини та основних свобод та інші. Конституція України в ст. 32 встановлює, що ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Також пацієнт має право на таємницю щодо стану свого здоров'я, факту звернення по медичну допомогу, діагноз, а також щодо відомостей, одержаних при його медичному обстеженні. Отже, можна сказати, що чинними правовими документами визначено, що медична інформація (стан здоров'я, історія хвороб, мета запропонованих досліджень та лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання) є конфіденційною інформацією. Така інформація підлягає посиленому захисту та не може бути розголошена без згоди на це пацієнта.

Основний метод забезпечення охорони персональних даних пацієнтів, внесених до Реєстру, полягає в звуженому доступі осіб – виключно лікарів. При цьому дотримується право пацієнта дізнатися від лікаря стан свого здоров'я (за винятком ситуацій, коли це може зашкодити лікуванню), який має пояснити це в доступній формі.

Не можна стверджувати, що при використанні традиційних засобів обліку даних пацієнтів (паперові медичні картки) виключається можливість порушення права особи на збереження медичної таємниці та інформації щодо стану її здоров'я, але така картка зберігається за місцем проживання пацієнта, що ускладнює доступ сторонніх осіб до неї. Реєстр ж працює в межах Всесвітньої мережі і, незважаючи на використання систем захисту, є вразливим для електронних правопорушників.

Іншою проблемою є велика ймовірність виникнення помилок під час його ведення, так як все одно відомості до Реєстру вносить особа. Причини можуть бути, на нашу думку, недостатня кваліфікація деяких медичних працівників в сфері охорони здоров'я і в сфері використання комп'ютерних технологій, недоліки програмного забезпечення. Виявлення таких помилок і наступне залучення до їх ліквідації сторонніх органів порушує право особи на медичну таємницю. Таку проблему має бути вирішено шляхом розробки детальних стандартів і рекомендацій, пояснень, що мінімізує появу помилок у Реєстрі.

Отже, за належного рівня дотримання заходів безпеки під час роботи із персональними даними пацієнтів та за умов належного використання медичними працівниками спеціальних пояснень, рекомендацій щодо такої роботи Реєстр є сучасною системою обліку даних про пацієнтів. Це дозволяє не тільки спростити процедуру заповнення паперових медичних карток, а також спрощує доступ до персональної медичної інформації пацієнтів. Це є необхідним етапом до впровадження страхової медицини, враховуючи при цьому право особи на збереження медичної таємниці та інформації щодо стану здоров'я.

Михневич О.П.

студентка 31 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ДОГОВОРОМ КОНСИГНАЦІЇ

Основні види договорів, які використовуються у господарській практиці України, регламентуються Цивільним та Господарським кодексами України. Але права та обов'язки суб'єктів господарювання виникають із договорів та інших угод, не тільки передбачених законом, а також не передбачених ним, проте не повинні суперечити чинному законодавству. Існування непомінованих цивільних і господарських договорів зумовлено в першу чергу розвитком ринкових та суспільних відносин.

На ринку лікарських засобів (який відрізняється від інших ринків) особливу групу договорів, які використовують суб'єкти підприємницької діяльності є посередницькі договори. Одним з таких договорів виступає договір консигнації. За ч. 2 п. 2 Постанови КМУ «Про затвердження порядку продовження строків розрахунків за зовнішньоекономічними операціями» від 29.12.2007 № 1409 консигнація – це операції з реалізації товарів, відповідно до яких одна сторона (консигнатор) зобов'язується за дорученням другої сторони (консигнанта) продати протягом визначеного часу (строку дії угоди консигнації) за обумовлену винагороду з консигнаційного складу від свого імені товари, які належать консигнанту. Якщо мова йде про реалізацію лікарських засобів за договором консигнації, то варто звернути увагу, що дотримання істотних умов передбачених у ст. 638 Цивільного кодексу України та ст. 180 Господарського кодексу України недостатньо.

У разі укладення договорів цього виду, варто дотримуватися умов встановлених спеціальним законодавством щодо обігу лікарських засобів. Такими додатковими умовами є: термін та умови зберігання лікарських засобів, особливості їх використання, наявність спеціалізованого персоналу, тощо.

Не дивлячись на те, що договір консигнації є змішаним, він має власні особливі індивідуальні ознаки: 1) сфера застосування договору – зовнішньоекономічні відносини суб'єктів господарювання; 2) продаж консигнатором товару з консигнаційного складу; 3) перелік істотних умов. Необхідно звернути увагу, що консигнаційний договір не можна зводити до договору комісії, оскільки Правила комісійної торгівлі затверджені МЗЕЗ від 19.03.1995 № 37 забороняють приймати на комісійний продаж лікувальні засоби (особливо обіг яких обмежений), вироби медичного призначення.

Варто зазначити, що у зв'язку з відсутністю консигнаційних складів на території України їх функції виконують митні склади (на які надається лише дозвіл від митних органів). Також, проблема постає і в тому, що консигнатор, який надає послуги щодо реалізації лікарських засобів безпосередньо з такого складу не несе ніякої відповідальності за якісне збереження товару, його діяльність взагалі не потребує отримання ліцензії на продаж товару, оскільки він надає послуги.

Таким чином, договір консигнації лікарських засобів є самостійною та ефективною конструкцією, яка дозволяє суб'єктам правовідносин здійснювати реалізацію лікарських засобів на міжнародному ринку. Однак, законодавча неврегульованість значно ускладнює процес його застосування та процес контролю якості лікарських засобів. Тому виникає гостра необхідність доповнити Цивільний кодекс України нормами, які б врегулювали правовідносини між суб'єктами за договором консигнації. Особливості реалізації лікарських засобів за договором консигнації потрібно відобразити на рівні підзаконних нормативно-правових актів (наказів МОЗ).

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Гриценко Г. Г.

Мілов М. О.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Актуальність даної теми пояснюється тим, що злочини, вчинювані у зв'язку з наданням медичної допомоги, посягають на найбільш значущі блага людини – її життя і здоров'я, які відповідно до ст. 3 Конституції України є найважливішими соціальними цінностями. Забезпечення кримінально-правовими засобами охорони життя і здоров'я людини, є одним із пріоритетних напрямів діяльності держави.

Дане питання досліджували такі науковці як Ю. В. Баулін, Р. В. Вереша, І. Г. Галкін, Л. В. Омельчук, В. В. Сташис, С. Г. Стеценко, А. А. Тарасова та інші.

Відповідно до ст. 80 Закону України про Основи законодавства про охорону здоров'я особи, винні у порушенні вимог медичного законодавства, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством України. Найжорсткішим видом відповідальності медичних працівників є кримінальна відповідальність.

Кримінальна відповідальність – це різновид юридичної відповідальності, що полягає у обов'язку особи, яка вчинила суспільно-небезпечне діяння (злочин) зазнати обмежень прав у формі кримінального покарання. Підставою притягнення медичного працівника до кримінальної відповідаль-

ності є вчинення ним професійного медичного злочину, яке у теорії науки С. Г. Стеценком визначається як умисне або необережне діяння, вчинене медичним працівником при виконанні професійних обов'язків, заборонене кримінальним законом під загрозою покарання.

Вичерпний перелік таких злочинів міститься в Розділі II Особливої частини Кримінального кодексу України: неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 140 КК); незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК); незаконне проведення абортів (ст. 134 КК); незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 КК), ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК) та інші.

Загалом злочини, що вчинюються медичними працівниками у зв'язку зі здійсненням ними професійної діяльності, умовно можна поділити на такі групи: злочини проти життя і здоров'я особи (пацієнта); злочини проти прав особи (пацієнта); злочини у сфері господарської діяльності з медичної практики; злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів; інші злочини, вчинені медичними працівниками у зв'язку з їхньою професійною діяльністю. Ознаками даної категорії злочинів є: по-перше, вони створюють загрозу заподіяння або заподіюють фактичну шкоду життю чи здоров'ю особи (осіб), по-друге, їм притаманний спеціальний суб'єкт – медичний працівник, що виконує професійні обов'язки із надання медичної допомоги і медичних послуг, по-третє, такі злочини можуть бути як умисними, так і необережними, по-четверте, потерпілими від таких злочинів є пацієнти.

Випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності є рідкісним явищем, адже на практиці досить складно довести наявність вини лікаря, що пояснюється можливістю приховування або відсутністю фіксації фактів, які мають юридичне значення, складністю оцінки реакції організму людини за певних умов тощо.

Отже, кримінальна відповідальність медичних працівників за вчинення професійних злочинів законодавчо регламентована, але доцільно було б їх виділити в окремий самостійний розділ Особливої частини КК України «Злочини у сфері медичного обслуговування» або «Професійні медичні злочини». До того ж, на нашу думку, існує необхідність у розробці спеціальної методики розслідування злочинів, вчинюваних медичними працівниками, що спростить процес доказування вини медика в суді.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Моргулець В. А.,

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЗГОДА ОСОБИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ ТА ВИЛУЧЕННЯ БІОМАТЕРІАЛІВ: ДЕЯКІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

Конституція України проголошує людину, її життя та здоров'я найвищою соціальною цінністю. В контексті розгляду прав на життя та здоров'я особи, в аспекті розпорядження ними, підвищується рівень значимості проблеми регулювання трансплантації анатомічних матеріалів померлих осіб як окремого виду медичних послуг, а саме питання надання згоди донора на використання органів чи тканин після його смерті.

Дослідженням даного питання займається ряд науковців, серед яких О. Волкова, Л. Шаповал, З. Крисько, М. Авдєєв, М. Горелик, О. Красиков, В. Суховерхий, Л. Красавчикова, О. Тихомиров, Г. Красовський та інші.

Правову основу регламентації права на трансплантацію складають Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” та Основи законодавства України про охорону здоров’я, які закріплюють право на охорону здоров’я, на медичну допомогу, на особисту недоторканість та на донорство.

Відповідно до ст. 16 Закону України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини”: трансплантацією є спеціальний метод лікування, що полягає у пересадці реципієнту органу чи іншого анатомічного матеріалу, взятого у людини чи тварини.

Наразі існують дві юридичні моделі правовірності вилучення органів у померлих осіб для трансплантації – це презумпція згоди на вилучення органів та біоматеріалів і презумпція незгоди на таке вилучення. Щодо першого випадку, то він полягає у наданні згоди більшої частини суспільства на збір органів після їх смерті, однак, якщо людина проти, вона може написати відповідну відмову. Інша презумпція – це незгода за життя на надання матеріалів для трансплантації. Можна зазначити, що на даний час презумпція згоди діє у Португалії, Фінляндії, Австрії, Швеції, Італії, Бельгії, Греції, Франції. Щодо презумпції незгоди, то вона поширена серед таких країн як США, Великобританія, Латинська Америка, Ірландії та Данії. В Україні ж діє презумпція “незгоди”. Згідно зі ст. 3 ст. 47 Основ законодавства про охорону здоров’я: взяття органів та інших анатомічних матеріалів із тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в порядку, встановлених законом. У свою чергу Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” у ст. 16 закріплено те, що кожна повнолітня дієздатна особа може дати письмову згоду або незгоду стати донором анатомічних матеріалів у разі своєї смерті. За відсутності такої згоди анатомічні матеріали померлої повнолітньої дієздатної особи можуть бути взяті за згодою подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. Взяття анатомічних матеріалів у померлої особи для трансплантації та (або) для виготовлення біоімплантів не допускається у разі наявності зробленої цією особою за життя заяви про незгоду бути донором.

Перевагами застосування презумпції незгоди є забезпечення права недоторканості тіла особи після її смерті, зменшення можливості суттєвої криміналізації даної сфери медицини. Проте, існує і ряд недоліків, зокрема те, що членам сім’ї потенційного донора вирішення питання про згоду на трансплантацію є тяжким навантаженням і зазвичай не дає можливості чітко та об’єктивно оцінити ситуацію. Також в Україні існує проблема нестачі органів для пересадки, що призводить до смерті великої кількості потенційних реципієнтів.

З огляду на вищесказане, можна стверджувати про те, що обраний Україною спосіб правової регламентації вилучення анатомічних матеріалів у померлої людини, а саме презумпція незгоди, має значну кількість проблемних аспектів. Тому існує потреба на проведення комплексу заходів з боку держави стосовно як законодавчої регламентації, так і ефективного застосування визначеної моделі правового регулювання донорства померлих осіб.

Науковий керівник – д.ю.н., доц., Пашков В. М.

*Мосіюк К. С.,
студентка 43 групи
ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого*

ПРИЧИНИ ВЧИНЕННЯ ЗЛОЧИНІВ У СФЕРІ ПСИХІАТРІЇ

Необхідність виявлення та аналізу причин злочинів у сфері психіатрії передусім обумовлена практичною потребою ефективної протидії такій злочинності, прогнозуванню, виявленню та усуненню нових умов, що можуть спричинити здійснення цих протиправних діянь. Відзначимо, що лікування пацієнтів є неефективним, а у психіатричних закладах повсякчас порушуються їх права та законні інтереси.

Специфікою злочинності у даній сфері є виражений латентний характер. Підтвердженням цього є відсутність розглянутих судами кримінальних справ про засудження осіб за злочини у вказаній сфері.

Причини – це ті фактори, детермінанти або чинники, які породжують, детермінують чи зумовлюють вчинення злочинів як свій наслідок. Причини вчинення злочинів у сфері психіатрії є дуже різноманітними – це загальні соціально-економічні, політичні та інші галузі суспільних відносин.

До загально соціальних чинників, що обумовлюють вчинення даних правопорушень є хронічне недофінансування сфери охорони здоров'я, що породжує дефіцитність медичних послуг, тобто їх недопустимість усім, хто їх потребує та відсутність реформ вітчизняної психіатрії. Оскільки лікарні фінансуються за принципом ліжка-місць то чим більше пацієнтів в психлікарні, тим більше коштів їй виділять з бюджету.

Наступною причиною злочинності у сфері психіатрії є мізерна заробітна плата лікарів, не зважаючи на високу напруженість праці та довгі роки, витрачені на навчання. Слід відмітити, що особи, яких приймають на посаду молодшого медичного персоналу, внаслідок низькооплачуваності на непристизжності даної роботи, часто володіють низьким рівнем культури та моральності, дозволяючи собі жорстоке поводження з хворими. Саме глибока морально-етична деформація особистості часто є ключовою причиною підвищення рівня злочинності серед медичних працівників.

Доводиться констатувати, що значною причиною злочинності у даній сфері є усвідомлення медичними працівниками безкарності, вчиняючи правопорушення.

Суттєвою детермінантою розглядуваного явища є відсутність у працівників правоохоронних органів необхідних медичних знань, які б дозволили у повній мірі дослідити обставини справи, а також відсутність можливості проведення високотехнологічних судово-медичних експертиз, що дають змогу довести вину медичного працівника.

Не можна не відмітити, що безкарність працівників психіатричних лікарень обумовлена їх закритим типом. Внаслідок цього, ззовні їх ніхто не контролює, вчинені злочинні дії часто залишаються безкарними.

Значна кількість злочинів у даній сфері спричинена значними прогалинами, що містяться у чинному законодавстві. Зокрема, потребують певних уточнень статті Закону України «Про психіатричну допомогу». Наприклад, стаття 14 даного закону як підставу примусової госпіталізації вказує, що така особа «вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих». Однак чіткого визна-

чення поняття «безпосередня небезпека» у законі не міститься. Вважаємо, що дана сфера, з огляду на наявний криміногенний потенціал, потребує чіткої її регламентації.

Не можна не відмітити той факт, що психіатричні лікарні та психоневрологічні інтернатипо суті, є закритими режимними об'єктами. Це призводить до ускладненого доступу до них сторонніх осіб. Частіше за все, хворі не звертаються за допомогою щодо порушення своїх прав внаслідок відсутності у них такої можливості та, як правило, не усвідомлення такого порушення.

Як бачимо, на сьогоднішній день існує низка гострих соціальних проблем у сфері психіатрії, що перетворилась у масове порушення основоположних прав людини, на що відсутня реакція з боку держави. Виявлення основних причин вчинення злочинів у сфері психіатрії дозволить визначити шляхи для їх подолання.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Моспан М. Д.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЕВТАНАЗІЯ – ДОСВІД ДЕРЖАВ-ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

На протязі багатьох десятиліть у світі тривають дискусії про узаконення права кожної людини на смерть. Спірним є питання гуманності дозволу особі припинити власне життя на підставі закону та за допомогою іншої особи.

Термін евтаназія вперше був вжитий у 17 столітті, саме їм здійснювалося визначення легкої смерті особи, а у 1906 році відбулася перша спроба узаконення евтаназії. Першою країною у світі, яка обгрунтувала та здійснила евтаназію була Німеччина. У 1930-х роках минулого століття Гітлер прийняв наказ за яким було дозволено знищувати людей, що страждали душевними хворобами, літніх людей та дітей, котрі мали тяжкі вади та відхилення здоров'я.

У 1997 році вперше на законодавчому рівні був прийнятий Закон про право людини на смерть. У 1935 році в Великій Британії було створено Товариство евтаназії, яке здійснювало пропаганду та заклики населення щодо дозволу на добровільну смерть для безнадійно хворих осіб. Хоча велика кількість населення Англії виступає за евтаназію, на даний момент її узаконення не відбулося. У рішення Європейського суду з прав людини у Справі “Прітті проти Сполученого Королівства” жінка, яка страждала на прогресуючу дегенеративну хворобу, і не мала жодної надії на одужання вимагала дозволити їй здійснити евтаназію із допомогою її чоловіка припинити життя, а також звільнити її чоловіка від кримінальної відповідальності за підбурювання до суїциду. ЄСПЛ зазначив, що саме людина має обирати, жити їй чи не жити, і таким чином захищається право людини на самовизначення стосовно питань життя і смерті. Людина за власним бажанням може відмовитися від медичного лікування, яке рятує чи продовжує її життя, і має право на законній підставі вирішити вчинити самогубство.

2002 року у Бельгії був прийнятий закон “Про право на смерть”, яким дозволено евтаназію невиліковно хворих осіб. З 2003 по 2004 рік у Бельгії на підставі цього закону 560 осіб піддано законній смерті. У 2014 році

парламентом Бельгії прийнятий закон «Про дитячу евтаназію», відповідно до якого можлива евтаназія дітей з 12 років з офіційним дозволом батьків чи усиновлювачів. Також, медичні працівники повинні підтвердити, що хвороба дитини прийшла до фінальної стадії і спричиняє пацієнту нестерпні фізичні страждання, а потім психолог повинен оцінити здатність дитини, яка просить про евтаназію, тверезо оцінювати ситуацію та усвідомлювати, що вона добровільно відмовляється від життя.

У Франції був прийнятий закон “Про смерть”, яким було закріплено, що близькі родичі тяжкохворих осіб, мають право звертатися до лікарів з проханням про припинення штучного підтримання життя особи. Лікарям заборонено негайно за власним переконанням припиняти життя пацієнта та можливе поміщення особи у стан глибокого сну. Медики мають законне право надавати пацієнтам ліки за бажанням особи, які в майбутньому припинять життя людини. У рішенні Європейського суду з прав людини «Ламбер та інші проти Франції» де зазначалося, що особа після аварії перебувала у стані «мінімального пізнання» та не спілкувалася з навколишнім середовищем і не мала шансів на одужання. ЄСПЛ 12 голосами проти 5 задовольнив рішення та надав право на евтаназію.

Отже, практика застосування евтаназії у державах – членах Європейського Союзу є різноманітною. На даний час право на евтаназію на законодавчому рівні закріплено у Бельгії, Франції, Нідерландах та інших країнах.

Нагайник О.М.,

студентка 34 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СТАТУС ДОНОРА КРОВІ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ

Донорство є однією з головних складових сучасної системи охорони здоров'я. Розвинені країни з добре структурованими системами охорони здоров'я постійно підтримують рівень донорства, у тому числі за рахунок забезпечення належного врегулювання статусу донорів.

На сьогоднішній день, статус донора в Україні врегульований Законом України «Про донорство крові та її компонентів» (далі – Закон) та передбачає права донора (у тому числі пільги та заохочення), а також його обов'язки, що складаються з системи вимог, що держава ставить до нього.

Статтею 2 Закону встановлено, що донором крові може стати кожен охочий здоровий українець віком 18-60 років, з масою тіла не менше 50 кг. Законом також передбачено обмеження, які виключають можливість залучення особи як донора.

Окрім того, законодавець врегулював права донора застосовуючи радянську систему матеріальних заохочень та пільг, наприклад забезпечення донора двома вихідними днями, безкоштовним сніданком та обідом або еквівалентною грошовою винагородою, що передбачено ст. 9 Закону.

Також ст. 12 Закону передбачено присвоєння донору статусу “Почесного донора України”, якщо він безоплатно здасть кров у кількості 40 разових максимальних доз, незалежно від періодів часу між здачею крові. Такі особи отримують відповідне посвідчення і їм вручається нагрудний знак “Почесний донор України” в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Однак, передбачені вказаним законом складові статусу донора, на сьогодні не спроможні забезпечити достатній притік донорів до медичних закладів. Це пов'язано як з тим, що частина таких пілг, заохочень та прав втрачають актуальність, так і з тим, що частина з них не може бути виконана через недостатнє профільне фінансування.

Світовий досвід врегулювання статусу донора вказує на те, що донорство не є засобом збагачення, а пов'язане в першу чергу із тимчасовими соціальними привілеями, які направлені на підтримання престижу звання донора. Так, у Франції почесний донор має виключне право паркувати свою машину поруч з машиною президента. У багатьох країнах при прийомі на роботу перевага віддається тому, хто має картку донора.

Так само і інших країнах переваг, крім безкоштовного визначення групи крові і швидкого аналізу крові, що веде до контролю загального стану здоров'я, а також безкоштовної участі в деяких заходах і розіграші лото, у добровільних донорів немає.

Щодо обмежень для донорів, встановлених європейським законодавством, окрім класичного цензу повноліття, найбільш дискусійним наразі є заборона рецесії крові від донорів гомосексуалістів.

Дієвість проаналізованого підходу до статусу донорів в країнах Європи пов'язана з тим, що цьому передувала серйозна робота з пропаганди почесності донорства будь-якого виду, що вплинуло на формування позитивної суспільної свідомості.

У 2015 році ВООЗ з нагоди всесвітнього дня донора озвучено план переходу кожної країни-члена організації до безоплатного донорства крові.

За таких обставин, впровадження формальних заохочувальних елементів статусу донора в Україні є неминучим, проте можливе лише за умови проведення соціальної роботи, направленої на підвищення престижності донорства та збереження існуючих прав та гарантій.

Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є. А.

Награ Д.О.,

студентка 21 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМА КОМЕРЦІАЛІЗАЦІЇ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ

Актуальність даної теми пов'язана із забезпеченням рівного, прозорого для кожної особи права на отримання послуг донорства. Через те, що процедура донорства належить до сфери медицини, то для права є важливим врегулювання цього типу відносин за допомогою принципів та положень, які регламентують найважливіші закономірності розвитку права, визначають його головні риси.

Більшість країн світу закріпили принцип безоплатності донорства, але це не вплинуло на представників «чорного ринку». Тому деякі науковці не випускають можливості комерціалізації трансплантації органів, тканин та клітин. Є показовим випадок, що трапився у Туреччині. Батько, у якого була хвора донька, хотів продати свою нирку. Але, зважаючи на те, що легально цього зробити не можливо – донька померла. Виникає запитання: якби батько продав свою нирку людині, яка справді її потребує, то врятував би два

життя. Оскільки, це не правило, а лише випадок, то більшість не звертає на нього увагу.

Комерціалізація трансплантації органів може призвести до збільшення проведення операцій такого виду, адже особи вбачатимуть власне фінансове збагачення і заодно допомогу іншому. Наслідком комерціалізації може стати купівля пріоритетного права в списку черговиків на той чи інший донорський орган, але, на жаль, більшість осіб-реципієнтів не мають достатньої кількості матеріальних засобів. Тому для них залишається лише чекати.

Усі без виключення, міжнародно-правові документи які регламентують право на донорство та трансплантацію, забороняють оплату за їх проведення. Зокрема, п. 8 Декларації про трансплантацію органів, яка була прийнята на 39 Всесвітній медичній асамблеї 1987р. (Мадрид, Іспанія) прямо зазначає: «Засуджується купівля та продаж людських органів для трансплантації».

Відповідно до ст. 18 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» укладання угод, які передбачають купівлю-продаж органів або інших анатомічних матеріалів людини, за винятком кісткового мозку, забороняється.

Отже, трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів людини через динамічність процесу її застосування потребує більш конкретного правового регулювання, зокрема, її комерціалізації. Зважаючи на негативні наслідки, які можуть настати, на різне матеріальне становище осіб-реципієнтів, вважаю, що узаконення комерціалізації не є доречним.

Науковий керівник: к.ю.н., ас., Губанова О.В.

Настека М. В.,

студент 31 групи

ПКОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВИЙ СТАТУС ДОНОРА ТА АНАТОМІЧНОГО МАТЕРІАЛУ ЛЮДИНИ

У сучасній медицині донорство є відносно новим проте водночас дієвим методом лікування, який полягає у пересадці тканин людини від донора до реципієнта. Сучасний правовий статус донора постійно розвивається, адже донорство відкриває нові можливості щодо розпорядження людиною свого тіла, що створює ряд правових та етичних проблем. Основною проблемою донорства в Україні є відсутність чіткого та діючого механізму реалізації права на донорство і його здійснення.

Ст.1 Закону України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” донор – особа у якої за життя або після її смерті взято анатомічний матеріали для трансплантації або для виготовлення біоімплантатів

Аналізуючи данну статтю можна виокремити дві категорії донорів живий донор та донор-труп. Ці дві категорії донорів мають різний порядок донорства, який витікає із неможливості вилучення деяких органів без заподіяння смерті та із самим фактом смерті.

Варто відзначити що згідно ст.12 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» Особа може стати живим донором лише якщо реципієнтом є кровний родич донора (споріднене донорство) або член подружжя. Тобто, законодавець передбачає лише

споріднене живе донорство та живе донорство у якому реципієнтом є член подружжя. Основу інституту живого донорства є розділ III Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» який закріплює дві основні вимоги для живого донора: наявність лікарського дозволу, що надається консилиумом лікарів та наявності згоди на донорство, що закріплено у ст.12,13 цього закону.

Обов'язковість згоди на донорство також закріплює призумцію незгоди, яка полягає у тому, що людина не може бути живим або мертвим донором, без її попередньої письмової згоди. Згідно законодавства дана згода повинна бути внесена в медичну картку донора, а також у Єдину державну інформаційну систему трансплантації, яка на сьогоднішній день не створена. Варто відзначити, що держава надає певні соціальні гарантії донорам які визначені ст.21,22 Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» у яких держава прирівнює донорів до інвалідів праці і надає їм ті самі права і гарантії. Найбільш проблемним питанням донорства взагалі і живого донорства зокрема є проблема можливості розпорядження донором власним анатомічним матеріалом. Ст. 18 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» зазначає, укладання угод, що передбачають купівлю-продаж органів або інших анатомічних матеріалів людини, за винятком кісткового мозку, забороняється. Аналізуючи дану статтю можна дійти висновку, що законодавець передбачає можливість укладання договору купівлі-продажу кісткового мозку, при цьому закон не визначає ані суб'єктів такого договору, ані його істотних умов або форми, та забороняє купівлю продаж інших анатомічних матеріалів, водночас не встановлює жодних заборон щодо дарування або міни анатомічного матеріалу, не визначає його статус та не виключає його з цивільного обороту. Дана правова невизначеність, а також особливості самого донорства створюють значне поле для зловживань та порушенням прав як ре пацієнта так і донора.

Інститут посмертного донорства теж має ряд проблем, основною є суперечність між ст.13 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», яка зазначає, що особа повинна надати свою згоду на вилучення анатомічних та ст.6 Закону України «Про поховання та похоронну справу», яка вказує, що найближчі родичі мають право надати згоду на вилучення анатомічного матеріалу у трупа, що суперечить встановленій презумпції незгоди. Також ,законодавець встановив, досить запутану та непрацюючу процедуру вилучення анатомічного матеріалу та трансплантації цього матеріалу від донора трупа. Першою проблемою постає уникнення паталого-анатомічного розтину померлого, який згідно Наказу Міністерства Охорони Здоров'я від 12.05.1992 №81 є обов'язковим у разі відсутності заборони померлого на такий розтин. Наступною проблемою є порядок вилучення та перевезення анатомічного матеріалу, що затверджений Інструкцією Міністерства Охорони Здоров'я «Щодо вилучення органів людини в донора-трупа» яка у ст.4 зазначає, вилучення анатомічного матеріалу здійснюється службою заготівлі донорських органів центрів трансплантації, за попереднім внесенням інформації про донора у Єдину державну інформаційну систему трансплантації проте жодна з цих установ на сьогоднішній день не створена.

Проаналізувавши національне законодавство можна зробити наступний висновок. На даний момент законодавство у сфері трансплантації має кілька проблем, серед яких, відсутність чіткого та діючого механізму реалізації права на донорство і його здійснення, що може бути вирішено шляхом встановлення чіткої та простої процедури донорства, визначення можливості донора щодо розпорядження власним анатомічним матеріалом та спрощення порядку отримання ліцензії на здійснення діяльності пов'язаної з трансплантацією.

Недбайло М.В.,

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЩОДО РОЗВИТКУ ПРАВА НА ЕВТАНАЗІЮ В УКРАЇНІ

Четверте покоління прав людини невідривно пов'язане розвитком таких наук як генетика, мікробіологія та медицина. Саме медицина відкрила такі напрямки як клонування та право на евтаназію. Це право є результатом втручання у психофізіологічну сферу життя людини. За характером здійснення евтаназію можна розподілити на активну та пасивну. Активна полягає у діях що прискорюють смерть невиліковно хворої людини. Пасивна-це невиконання лікарської роботи, яка б продовжила життя тяжко хворої особи, за умови що пацієнт висловив відмову від лікування.

Звертаючись до історії хотілося б зазначити ,що перша країна яка визнала право на евтаназію були Нідерланди. Вони легалізували як активну так і пасивну форму. Далі була Бельгія з 2002 року та 2009 Люксембург. В останній країні довелося вносити поправки до Конституції аби дозволити таке право. Такі країни як Фінляндія та Швеція прийняли право на пасивну евтаназію, але обов'язковим вважається особиста згода пацієнта , на надання даної послуги. Саме розвинуті країни Європи застосовують евтаназію до тяжко хворих для зменшення страждання та болю, в основному ця практика йде шляхом особистої згоди особи на проведення таких дій. Більшість знавців права вважають , що дане право на життя, воно включає в себе і право на спокійну смерть. І краще позбутися страждання , шляхом евтаназії.

Щодо України ,то на даний час евтаназія заборонена, так як думка дуhovenства в нашій країні враховується. Стаття 52 Основ законодавства про охорону здоров'я України передбачає, що медичні працівники зобов'язані надавати допомогу у повному обсязі хворому, який знаходиться у критичному для життя стані. Пункт 2 ст. 52 забороняє пасивну евтаназію, а п. 3 ст. 52 забороняє й активну евтаназію, де зазначається, що медичним працівникам «забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань». Також заборона евтаназії зазначена в Цивільному кодексі України в ст 281 ч.4 де зазначається, що задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя – забороняється.

Думок , щодо права на евтаназію існує багато, деякі науковці підтримують дане право, інші спростовують. З одного боку наша країна не готова до настільки кардинальних змін у сфері допомоги безнадійно хворим. Не кожен пацієнт наважиться на скорочення життя , а якщо і наважиться то в останній момент захоче повернути все назад ,цей процес буде незворотнім. З іншого боку, особи які тяжко хворі, розуміють що їх життя може обірватися, намага-

ються не бути тягарем власним родичам, тому останні дні можуть проводити у хоспісах, де медичні працівники їм надаватимуть допомогу до останнього. Головна мета перебування пацієнта в хоспісі – покращення останніх днів життя пацієнта, полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та членів його родини. Невиліковні хвороби частіше за все супроводжуються сильними болями і стражданнями. У таких випадках пацієнти самі бажають скористатися своїм правом. Проте чи можна вважати рішення добровільним, якщо особа перебуває в стані страждання? Коли стоїть питання тяжкого існування, з розумінням невиліковності чи перервати власне життя, оскільки страждання від хвороби стали нестерпними, то навряд чи особа згодиться терпіти. А. Малиновський зазначає, що відмовляючи людині у праві на смерть, держава і суспільство тим самим обмежує її у свободі.

Але на мою думку, життя – найвища цінність і саме запровадження евтаназії, не матиме сприйняття українським суспільством, адже медична сфера позбавлена достатнього рівня довіри щодо надання ефективної лікарської допомоги.

Неділя Н. С.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВОВИЙ СТАТУС ЦІЛИТЕЛЯ

ЯК СУБ'ЄКТА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

В останні роки спостережується тенденція до комерсyalізації медичних закладів. У зв'язку з чим багато видів послуг які надаються приватними клініками – мають більш ширший та різноманітніший спектр послуг, до яких часто входять й сервіси «не традиційної» медицини. Слід більш детально розглянути сферу не традиційної медицини та цілителства, які гармонійно розвиваються поряд з сучасною медициною.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я ст.74¹. Народна медицина (цілителство) – методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації.

Статус цілителів як суб'єктів надання медичних послуг населенню було офіційно закріплено. Правовий статус народного цілителя можна визначити наявністю у нього диплома, виданим державними органами охорони здоров'я. При такому підході значно в чому порівнюються лікарі і цілителі, як осіб, що займаються медичною діяльністю, але маючи при цьому відмінності, наприклад, знання і методи які допомагають суспільству.

Питання визначення правового статусу цілителів є актуальним з огляду на встановлення додаткових гарантій для їх пацієнтів, зайняття народною медициною (цілителством) з порушенням встановлених законодавством вимог тягне за собою відповідальність згідно із законом.

В Інструкції визначається порядок надання Комітетом з питань народної і нетрадиційної медицини при Міністерстві охорони здоров'я України спеціального дозволу для провадження медичної діяльності в галузі народної і нетрадиційної медицини, що медична діяльність – це регламентована Основами законодавства України про охорону здоров'я, іншими актами законодавства з питань охорони здоров'я, нормативно – правовими актами міністерства охорони здоров'я діяльність з надання громадянам лікувально –

профілактичної допомоги. З вище сказаного випливає, що цілителство направлене на лікування пацієнтів, отже це є медичною професією.

В п. 6.3 Інструкції про порядок надання спеціального дозволу для провадження медичної діяльності в галузі народної і нетрадиційної медицини, зазначається, що претенденту, який успішно пройшов атестацію та експертизу, видається атестаційно-експертний висновок із зазначенням дати контрольної атестації та експертизи, конкретного виду медичної діяльності в галузі народної і нетрадиційної медицини та фаху лікаря, разом з яким має проводитись медична діяльність, а в разі потреби вказуються захворювання, при лікуванні яких виявлено позитивний результат. Тобто, передбачаючи проведення цілителства разом з лікарем відповідного фаху, законодавець визначає, що цілитель не є лікарем, а тому не має правового статусу.

Отже, проблемним питанням постає можливість визнання цілителів медичними працівниками, адже ні Основи, ні жоден інший нормативно-правовий акт не розкриває дефініцію «медичний працівник». Проте, так як віднесення цілителів до медичних працівників можливе лише в разі прямої вказівки на це в законі, а легального визначення поняття «медичний працівник» не існує, то не можна зі впевненістю віднести цілителів до категорії медичних працівників.

Проаналізувавши вказані положення ми можемо дійти висновку, що, хоча цілитель і є фізичною особою-підприємцем, він не є медичним працівником, так як не може здійснювати свою лікувальну діяльність самостійно, є залежним у своїй діяльності від наявності лікаря відповідного фаху, а тому є сумнівними питання щодо встановлення для нього прав та обов'язків медичного працівника та застосування відповідних видів юридичної відповідальності, що може створювати певні труднощі для їх пацієнтів при захисті прав останніх

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Озмитель О. В.,

студентка 34 групи

ПЮІ НІОУ імені Ярослава Мудрого

ІНСТИТУТ ПОПЕРЕДНЬОГО ВОЛЕВІЯВЛЕННЯ ЩОДО МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ У СІА

В останні роки відносини між лікарем і пацієнтом зазнали значних змін, які пов'язані із удосконаленням технологій реанімації і підтримання життя, а також відмовою від патерналізму – системи відносин, за якою пацієнт не ухвалює жодних рішень щодо процесу лікування і повністю покладатись на компетентність і довід лікаря. Звичайно, медичний працівник повинен діяти в інтересах особи, однак необхідно визначити гарантії автономії і справедливого ставлення до пацієнта. Такою гарантією є інститут завчасного планування лікування, який поширений в багатьох демократичних країнах світу. США, Канада, Австрія, Англія та Уельс, Іспанія, Франція, Бельгія, Нідерланди та інші держави закріпили в законодавстві положення, які стосуються попереднього волевиявлення пацієнта на випадок, коли він за станом здоров'я не зможе самостійно прийняти рішення щодо його лікування і догляду.

Одним із основних документів, які визначають стандарти захисту прав людини при медичному втручанні є Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології і медицини, так звана Конвенція Ов'єдо (1996 р.). Зокрема ст. 9 присвячена попередньому висловленим побажанням: «Якщо на час втручання пацієнт перебуває у стані неспроможності висловити свої побажання, враховуються побажання щодо медичного втручання, висловлені ним раніше». Україна також підписала Конвенцію, але не заважучи на політику адаптації законодавства до міжнародних стандартів, так і не ратифікувала її.

В Україні інститут попереднього волевиявлення майже невідомий. Відповідно до ч. 5 ст. 284 Цивільного Кодексу України у невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю фізичної особи, медична допомога надається без згоди фізичної особи або її батьків (усиновлювачів), опікуна, піклувальника. Тобто, як бачимо, законом не передбачений завчасний вибір щодо лікування на випадок коматозного чи іншого несвідомого стану пацієнта.

Для усунення прогалин з цього питання в законодавстві України можна використати досвід США – країни, яка відома «прогресивними» нормами про попереднє волевиявлення щодо лікування і догляду, зокрема існуванням інститутів медичного заповіту (livingwill), розпорядження про заборону реанімувати (donotresuscitate), медичної довіреності (healthcareattorney) тощо. Хоча, варто відзначити, що в США система охорони здоров'я відрізняється від української, а рівень розвитку медицини один з найкращих у світі, що не можна сказати про Україну (загальні витрати на охорону здоров'я в Україні – 210 доларів на душу населення, на відміну від 7285 доларів в США).

Медичний заповіт, не зважаючи на назву, ніяк не пов'язаний із заповітом як документом, що визначає розпорядження особи на випадок своєї смерті. Медичний заповіт (directivetophysicians або advancedirective) – це письмовий документ, який містить інструкції щодо лікування і догляду пацієнта, якщо він не в змозі самостійно приймати рішення. Медичний заповіт втрачає юридичну силу після смерті особи, яка його склала. Виняток є випадки, коли особа в медичному заповіті дає згоду на донорство органів, автопсію чи використання свого тіла для проведення наукових дослідів. Ця ознака яскраво показує відмінність медичного заповіту від «звичайного», який немає ніякого значення при житті заповідача, а набуває юридичної сили лише після смерті особи.

Медичний заповіт дозволить пацієнту отримати медичну допомогу, яку він бажає, уникнути непотрібних страждань як самої особи так і членів сім'ї, на яких ляже тягар прийняття рішень в моменти горя. Без документа, що виражає волю особи, медикам і родичам залишається лише здогадуватися, яке лікування вона обрала б. Така невизначеність врешті-решт призводить до болючих суперечок, які іноді навіть доходять до судової зали.

Згідно з дослідженням Американського журналу профілактичної медицини (TheAmericanJournalofPreventiveMedicine) приблизно 1 із 4 громадян США мають медичні заповіти. Президент США Барак Обама під час публічного виступу оголосив, що він і його дружина мають медичні заповіти і закликав інших скласти такий документ. До того ж медичний заповіт можна укласти самостійно, без допомоги адвоката. Дійсним є медичний заповіт, який відповідає вимогам законодавства (у кожному штаті ці вимоги дещо відрізняються), зокрема посвідчений нотаріусом і щонайменше двома свід-

ками, які не є родичами пацієнта і не пов'язані з лікувальною установою, яка його обслуговує.

Від медичного заповіту слід відрізнити медичну довіреність (durable power of attorney for health або healthcare proxy) – документ, яким призначається особа, яка буде приймати рішення, коли пацієнт не в змозі зробити це самостійно. Навіть якщо особа має інші документи щодо свого лікування і догляду, у непередбачених ситуаціях може знадобитися хтось, хто вирішуватиме, що краще для пацієнта.

Обраною особою може бути чоловік (дружина), інший член сім'ї, друг тощо, крім лікуючого лікаря. Правильно вибрати агента з охорони здоров'я (залежно від штату healthcare agent, healthcare surrogate або patient advocate) дуже важливо. Однак, незважаючи на те, що агент з охорони здоров'я уповноважений на прийняття багатьох рішень для особи, він не може вирішити питання про відмову від процедур життєзабезпечення. Лише медичний заповіт буде вказувати чи особа не проти проведення процедур штучного кровообігу, годування через трубку, штучної вентиляції легенів тощо.

Розпорядження про заборону реанімувати (Nocode, End-of-life або DNR) – інструкція, яку виписує лікар за попереднього згодою пацієнта (якщо це можливо), його агента з охорони здоров'я чи членів сім'ї. Такий документ має стандартну форму, яка встановлюється Департаментом охорони здоров'я в кожному штаті і містить відмову пацієнта від серцево-легеневої реанімації при надзвичайній ситуації. Розпорядження про заборону реанімувати не залежить від медичного заповіту, медичної довіреності та подібних документів і не визначає застосування інших видів лікування, медичних препаратів чи догляду. Однак за загальним правилом про існування DNR потрібно зазначити в медичному заповіті (якщо він є).

Усі розпорядження щодо лікування і догляду у кожному штаті мають свої особливості щодо назви, форми та інших вимог. До того ж документ складений в одному штаті може не діяти в іншому. Також варто зазначити, що медики рятувальної служби не виконують такі розпорядження. Вони зобов'язані робити все необхідне для стабілізації хворого і передачі в лікарню. Попередні розпорядження реалізуються лише після огляду пацієнта і оцінки стану лікарем.

Отже, інститут завчасного планування лікування і догляду дозволяє пацієнту зберегти гідність і реалізувати свою волю, а також запобігти невизначеності і суперечкам щодо вибору методів лікування і медичних препаратів у ситуаціях, коли особа не може самостійно приймати рішення.

Науковий керівник – к.ю.н, доц., Греков Є.А.

Осіпенко В. В.,

студентка 33 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Кількість позовних заяв громадян щодо відшкодування шкоди у зв'язку із неналежним наданням медичної допомоги останнім часом збільшується. Це зумовлює необхідність вивчення особливостей цивільно-правової відповідальності у сфері надання медичних послуг та пошуку засобів вдосконалення відповідних правових норм.

Дослідженням вказаного питання займалися вітчизняні вчені О. Смотров, С. Антонов, С. Стеценко та деякі інші.

Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, яка виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і яка 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. Отже, можна зробити висновок, що підставою настання цивільно-правової відповідальності у сфері надання медичних послуг є правопорушення, яке полягає у невиконанні/неналежному виконанні медичним працівником своїх обов'язків, яке призвело до порушення майнових особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я. Порушення цих прав може мати різний характер: порушення права на доступність медичної допомоги (наприклад, відмова від надання допомоги без поважних причин), порушення права на інформацію (про стан здоров'я), порушення права на гідність (до прикладу – незастосування знеболюючих засобів) і т.д.

Цивільним законодавством встановлені обов'язкові загальні умови, необхідні для застосування цивільно-правової відповідальності Це: протиправність порушення суб'єктивних цивільних прав, наявність збитків (шкоди), причинний зв'язок між порушенням і збитками (шкодою) та вина порушника. Протиправністю в цьому випадку є відхилення від правил надання медичної допомоги, або ж порушення суб'єктивного права пацієнта тощо. Шкода може виражатися у заподіянні шкоди здоров'ю, у вигляді смерті пацієнта, у фізичних/моральних стражданнях, витратах на додаткове лікування тощо. Що стосується причинного зв'язку, то велику складність має проблема потенційної множинності причин, які привели до несприятливого результату.

Що стосується вини медичного працівника, то вона має значення не завжди. Мова йде про завдання шкоди джерелом підвищеної небезпеки. Як зазначає С.Б. Булеца, це можуть бути рентгенівські апарати, лазерні апарати, сильнодіючі лікарські засоби, використання електричного струму і тому подібне. Вважаємо, що до джерел підвищеної небезпеки слід відносити лише ті медичні прилади/засоби чи методи, які підпадають під критерій «неможливість контролю за нею людини» (п. 4 ППВСУ N 6 від 27.03.92). Відповідно до ч. 5 ст. 1187 ЦК України особа, яка здійснює діяльність, що є джерелом підвищеної небезпеки, відповідає за завдану шкоду, якщо вона не доведе, що шкоди було завдано внаслідок непереборної сили або умислу потерпілого. Вітчизняний науковець С. В. Антонов обґрунтовано піддає критиці думку окремих дослідників, які вважають, що в цілях особливої охорони інтересів потерпілих може застосовуватися відповідальність і за наслідки впливу непереборної сили, коли послугодавець ні за яких умов не вправі звільнитися від відповідальності.

С.В. Антонов допускає навіть обмеження цивільно-правової відповідальності за шкоду при складних медичних втручаннях (наприклад, опера-

ціях), коли погіршення стану здоров'я пацієнта спричинено не лише неналежними діями медиків, а і об'єктивними факторами. В цьому контексті він звертає увагу на законодавство Австралії, відповідно до якого по-різному кваліфікуються випадки, коли негативні наслідки для здоров'я пацієнтів виникли виключно через неналежні дії осіб, які здійснювали медичне втручання і негативні наслідки втручання, які спричинені поєднанням суб'єктивних та об'єктивних факторів. Дана модель цивільно-правової відповідальності дає змогу розглядати негативні для пацієнта наслідки лікування у процентному відношенні щодо вірогідності його повного одужання, тобто із відшкодуванням шкоди у розмірі, пропорційному потенційній вірогідності видужання пацієнта. Правник пропонує запозичити вищеописані норми до вітчизняного цивільного законодавства, обґрунтовуючи свою думку загальним високим ризиком медичних втручань і складністю протікання деяких захворювань, коли точно неможливо встановити, що ж саме стало безпосередньою причиною погіршення стану здоров'я – медичне втручання, або ж хронічний патологічний процес, який паралельно існував. Погоджуємося із цією точкою зору, оскільки австралійська модель враховує особливості причинного зв'язку при заподіянні шкоди здоров'ю пацієнта.

На нашу думку, оскільки цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичних послуг має специфічні особливості, то ці особливості слід врегулювати в окремому нормативно-правовому акті. Це сприятиме більшій гарантії захисту прав пацієнтів та медичних працівників у разі виникнення спору щодо відшкодування шкоди.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Гриценко Г. Г.

Павленко А. А.,

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

НЕОБХІДНІСТЬ ПРИВЕДЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИН ЛЮДИНИ У ВІДПОВІДНІСТЬ ДО МІЖНАРОДНОГО

У процесі розвитку медицини було досягнуто значних успіхів, але нові можливості призвели не тільки до покращення надання медичної допомоги, рятування тисяч людей, але й до негативних процесів, суперечок в морально-етичному полі, навіть скоєння злочинів та інших наслідків. Одним із нових прогресивних методів лікування на сьогоднішній день є трансплантація органів і тканин людини. Це питання є досить актуальним на сьогодні, оскільки поряд з тим, що даний метод дозволяє врятувати життя, та без належного правового регулювання він не може втілюватися в життя весь свій потенціал, а навіть може стати інструментом вчинення злочинів проти життя та здоров'я особи.

Правову основу відносин трансплантології в Україні становить система законів, підзаконних нормативно-правових, а також міжнародно-правових актів, що регулюють відносини даної сфери. Потреба у досконалії правовій базі пов'язана, насамперед, із особливими відносинами між донором і реципієнтом, специфіка яких полягає у рівному для кожного з них праві на життя. Гарантія основних прав і свобод людини та громадянина, передусім права на життя, є показником цивілізованості держави, тому в розвинутих

країнах здійснення трансплантації органів і тканин регулюється відповідними правовими актами.

Трансплантацію органів і тканин людини в Україні на сьогодні регулюють: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р., Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» від 16 липня 1999 р., «Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин» від 24 січня 2002 р., Постанова Кабінету міністрів України про «Деякі питання реалізації Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини»» від 24 квітня 2000 р. та інші.

З числа міжнародних нормативно-правових актів котрі регулюють питання проведення трансплантації слід виділити такі як Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 4 квітня 1997 року; Декларація стосовно трансплантації людських органів, прийнята на 39-й Всесвітній медичній асамблеї у жовтні 1987 р.; «Основні принципи трансплантації органів людини» прийняті Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1991 р.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», трансплантація – спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини. Діяльність, пов'язану із трансплантацією в Україні, можуть здійснювати акредитовані в установленому законодавством України порядку державні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи згідно з переліком, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

Питання трансплантації доцільно розглядати, як два окремі суб'єктивні права людини: право на донорство та право на трансплантацію, адже правове забезпечення відносин при реалізації кожного з цих прав може характеризуватися своїми особливостями.

Отже, правове регулювання трансплантації органів і тканин людини є дуже важливим питанням, яке потребує особливо ретельного підходу, і виправданого є нагальна потреба та необхідність приведення українського законодавства у відповідність до міжнародних стандартів з метою збереження життя та здоров'я людини, які відповідно до Основного Закону визнаються найвищою соціальною цінністю. Зокрема, введення презумпції згоди дало б можливість покращити ситуацію з наявністю донорських органів і тканин, але такий крок буде виправданий лише після подолання корупційної системи та підвищення рівня цивілізованості нашої країни, а без цього призведе до масштабних зловживань і прогресування чорного ринку трансплантантів.

Павліченко В.О.,

студент 43 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ГОСПОДАРСЬКОГО ОБІГУ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ В УКРАЇНІ

Здоров'я населення є одним із основних пріоритетів діяльності держави, показником соціально-економічного добробуту країни. Для виконання таких завдань є необхідним вирішення та дослідження питання особливос-

тей господарського обігу медичних виробів в Україні. Однак, забезпечення населення медичними засобами належної якості можливе лише завдяки встановленню чіткого правового регулювання виробництва й торгівлі медичними засобами.

Взагалі, для того щоб почати дослідження, потрібно визначити, що саме можна вважати медичним виробом. Згідно з вітчизняним законодавством, а саме пункту 2 Постанови КМУ «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів», медичний виріб – будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, що застосовуються як окремо, так і в поєднанні між собою (включаючи програмне забезпечення, передбачене виробником для застосування спеціально для діагностичних та/або терапевтичних цілей та необхідне для належного функціонування медичного виробу), призначені виробником для застосування з метою забезпечення діагностики, профілактики, моніторингу, лікування або полегшення перебігу хвороби пацієнта в разі захворювання, діагностики, моніторингу, лікування, полегшення стану пацієнта в разі травми чи інвалідності або їх компенсації, дослідження, заміни, видозмінювання або підтримування анатомії чи фізіологічного процесу, контролю процесу запліднення та основна передбачувана дія яких в організмі або на організм людини не досягається за допомогою фармакологічних, імунологічних або метаболічних засобів, але функціонуванню яких такі засоби можуть сприяти.

Основними нормативно-правовими актами, що регулюють обіг медичних виробів, є: Закон України «Про технічні регламенти та оцінку відповідності» від 15.01.2015.; Закон України «Про стандартизацію» від 17.05.2001 р. № 2408-III, Постанови Кабінету Міністрів України: «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів» від 2 жовтня 2013 р. № 753; «Про деякі питання здійснення державного контролю якості лікарських засобів» від 17.03.2010 р. № 275. Накази Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України «Про затвердження Переліку медичних виробів, що підлягають державній реєстрації (перереєстрації) в Україні» від 06.05.2010 р. № 51; «Про затвердження Правил проведення клінічних випробувань медичної техніки та виробів медичного призначення і типового положення про комісію з питань етики» від 14.05.2010 р.

Вказані характеристики медичних виробів як товарів свідчать про те, що результати господарської діяльності з їх виробництва та торгівлі можуть суттєво впливати на здоров'я і життя споживачів даних товарів, а тому потребують встановлення для суб'єктів господарювання, що їх здійснюють, більш жорстких правил провадження даних видів діяльності порівняно з іншими видами господарювання. Разом з тим таких обмежень щодо торгівлі медичними виробами законодавство України не містить.

Як і лікарські засоби, вироби медичного призначення і медичну техніку умовно слід розглядати на предметному (матеріальному) рівні і на рівні правового режиму обігу. На матеріальному рівні вироби медичного призначення і медична техніка розглядаються як об'єкти майнових прав і визначається їх співвідношення. Визначеність на предметному рівні дозволить здійснювати ефективне і диференційоване державне регулювання, зокрема шляхом створення уніфікованого переліку виробів медичного призначення,

медичної техніки, що можуть становити предмет державних закупівель чи в цілях цінового регулювання.

Отже, господарський обіг медичних виробів в Україні має надзвичайно важливе значення для нормального функціонування системи охорони здоров'я населення. Особливу увагу потрібно приділяти державному регулюванню виробництва і обігу медичних виробів, належному правовому регулюванню діяльності суб'єктів господарювання, що здійснюють виробництво і торгівлю цими виробами.

Павлюк А. П.,

студент 31 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРАВОВА ПРИРОДА ДОГОВОРУ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА ТА ОСОБЛИВОСТІ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТОРІН ЗА НИМ

З розвитком науки техніки у нашій державі було запроваджено інститут сурогатного материнства, який полягає у заплідненні жінки шляхом імплантації ембріона з використанням генетичного матеріалу подружжя з метою виношування і народження дитини з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Відповідно до ч.2 ст.123 СК батьками такої дитини є подружжя. Як правило, сурогатне материнство відбувається на комерційній основі з укладенням договору між подружжям і сурогатною матір'ю. Проте існує певна прогалина в національному законодавстві щодо правової природи такого договору, що і породжує деякі суперечки. Більш того, важливим є питання щодо відповідальності сторін за договором сурогатного материнства.

В українському законодавстві не міститься нормативного закріплення договору сурогатного материнства, однак враховуючи принцип свободи договору, закріпленого у ст. 3 та ст. 627 ЦК сторони можуть укласти договір не передбачений законом, однак він повинен відповідати вимогам актів цивільного законодавства. Таким чином договір сурогатного материнства належить до не поіменованих договорів.

Визначаючи правову природу такого договору необхідно зазначити, по-перше, договір сурогатного материнства є угодою двох приватних сторін, спрямованою на виникнення зміну і припинення правовідносин, отже є цивільно-правовим договором. По-друге, такий договір спрямований на регулювання двох типів правовідносин, які виникають між сторонами: відносини майнового та немайнового характеру. Майнові відносини за своєю правовою суттю значно наближені до договору про надання послуг, передбаченого ст. 901 ЦК. Тобто можна стверджувати, що на такий договір поширюються загальні положення про договір, включаючи і відповідальність сторін за ним. Оскільки договір сурогатного материнства є двостороннім, то санкції за неналежне виконання застосовуються до обох сторін. Проте договір сурогатного материнства має свою специфіку зумовлену необхідністю врахування інтересів народженої дитини. Тут необхідно навести декілька цікавих прикладів.

По-перше, якщо подружжя відмовляється від запису батьками дитини, народженої сурогатною матір'ю на думку вчених існує декілька можливих шляхів вирішення. Так, задля забезпечення прав та інтересів сурогатної матері і дитини, на рівні закону варто заборонити розірвання договору суро-

гатного материнства (при чому таку можливість варто передбачити як у разі порушення, так і у випадку добросовісного виконання договору сурогатною матір'ю) з ініціативи замовників після настання вагітності сурогатної матері. Така норма мінімілізує ризик легковажності при укладенні цього договору, однак в цей же час дана норма призводить до значної категоричності. Менш радикальним варіантом вирішення такої ситуації є можливість застосування до замовника норми ЦК про відповідальність за порушення зобов'язання. У цьому випадку дитину в цивільно-правовому розумінні слід розглядати як шкоду завдану сурогатній матері.

Можливі й інші ситуації. Так не виключаються випадки штучного переривання вагітності. Тут також існує два випадки. У разі переривання вагітності без медичних показань та без повідомлення замовників, має місце одностороння відмова сурогатною матір'ю від зобов'язання внаслідок якої остання позбавляється винагороди та має відшкодувати всі понесені на неї витрати. У випадку переривання вагітності за медичними показаннями сурогатна матір має право на повну суму винагороди з понесенням витрат медичного втручання на замовника. У разі неналежної співпраці замовника з сурогатною матір'ю, зокрема прострочення виплати, несвочасне надання коштів на витрати пов'язані з вагітністю, замовник відповідає за загальними правилами порушення договірних зобов'язань (сплата пені, відшкодування понесених витрат сурогатною матір'ю тощо).

Таким чином, з наведеного можна побачити, що договір сурогатного материнства є особливим договором, який досить важко віднести до традиційних поіменованих договорів передбачених цивільним законодавством. Тому, з метою уникнення правових розбіжностей договір сурогатного материнства та відповідальність сторін за ним має бути предметом законодавчого регулювання.

Науковий керівник – к.ю.н., ас. Гриценко Г. Г.

*Панченко М. В.,
студентка 41 групи
ПЮІ НІОУ імені Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ В УКРАЇНІ

Конституційно закріплені права і свободи людини та громадянина стосуються різних сфер життєдіяльності: особисту, економічну, політичну, культурну (духовну). Відповідно до цього вони розрізняються між собою, зокрема і за часом їх виникнення та історичним розвитком. Традиційно, прийнято ділити їх на три покоління прав людини, але у ХХІ ст. можна говорити про становлення четвертого покоління прав людини, яке безпосередньо пов'язане з науковими відкриттями, зокрема у медицині та пов'язані з втручанням у психофізіологічну сферу життя людини.

Стать є однією з найголовніших особливостей людського організму, що індивідуалізує особу в суспільстві, але поступова зміна моральних устоїв свідчить про актуальність проблем пов'язаних з гендерною ідентичністю. Європейський суд з прав людини використав Європейську конвенцію про захист прав людини та основоположних свобод в ряді важливих рішень, заявивши, що держави повинні створювати механізми захисту трансгендерів,

водночас утиск прав осіб за ознакою гендерної ідентичності слід вважати одним із різновидів дискримінації.

Медичні заклади в Україні визначають гендерну ідентичність, як індивідуальне усвідомлення тією чи іншою особою внутрішніх особливостей гендерної приналежності, що може збігатися або не збігатися зі статтю за народженням. В свою чергу трансгендери – це загальноприйнятий термін для визначення людей, чия гендерна ідентичність не співпадає зі статтю за народженням. Питання права на зміну статі передбачено законодавством України, зокрема статтею 51 Основ законодавства України про охорону здоров'я, а всю процедуру регулює Наказ про надання медичної допомоги особам, що потребують зміни (корекції) статевої належності. Однак, наразі процедура має довготривалою та складною, що в деякій мірі порушує права цих осіб. Дослідження з цього приводу не можна назвати даниною науковій традиції, попри те, що питання, пов'язані зі зміною статі людини, дійсно належать до проблемних у юриспруденції. У той же час зарубіжні науковці та законодавці, зокрема у США, Великобританії та Тайланду приділяють велику увагу питанням дискримінації трансгендерів та проблем співвідношення моралі та медицини в аспекті гендерної ідентичності.

У порівнянні з іншими соціальними групами, трансгендери активно не виступають за визнання своїх прав, не створюють груп протесту проти дискримінації, а поодинокі випадки боротьби не приносять результатів, що в свою чергу говорить про відсутність механізму захисту таких осіб.

Через невидимість трансгендерів їх конституційні права і свободи постійно порушуються у різних сферах життєдіяльності. Серед таких порушень, слід відзначити, перш за все, складність процедури реалізації права на зміну статі, а також неможливість документально підтвердити свою приналежність до закінчення гормональної терапії, яка проходить досить тривалий час. Тому такі особи вимушені жити по старим документам, які не відповідають зовнішньому вигляду та новому статусу особи у суспільстві. У країнах Європи право зміну статі можливе з 18 років, в той час як в Україні проведення процедури по зміні статі дозволяється особам, які досягли 25 років, та не дозволяється особам у яких є зареєстрований шлюб та діти.

З урахуванням цих аспектів, можна зробити висновок про те, що через відсутність належного законодавчого врегулювання права на гендерну ідентичність, відсутній і механізм захисту цієї категорії осіб, що суперечить статті 3 Конституції України, відповідно до якої людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека є найвищою соціальною цінністю в Україні.

Дедалі частіше спостерігається тенденція стереотипності та неприйняття трансгендерів у суспільстві, що призводить до трансфобії та утиску прав таких осіб з боку населення. На нашу думку трансгендерність слід розглядати як існуючу соціальну реальність, яку необхідно досліджувати та законодавчо врегульовувати проблеми захисту таких осіб, задля того щоб ця категорія осіб не були відстороненими від суспільства в цілому та мали право на самовизначення і повноцінне життя.

Патока А. В.,

Студент 2 курсу, 21 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДЕФІЦИТУ ОРГАНІВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

У сучасному світі, світі нових технологій, наукових відкриттів і шаленого прогресу, мабуть, немає жодної галузі суспільного життя, яка б залишалася статичною. І одну з лідерських позицій у цьому посідає медицина, і трансплантологія зокрема.

Сьогодні нагальною проблемою цієї галузі медицини є дефіцит органів для трансплантації. Це один із факторів, які спричиняють тотально низький рівень проведених операцій у нашій державі. Так, в Україні щорічно потребує на трансплантацію органів: при хворобі нирок – 4000 людей, печінки – 1500 і серця – 1000 хворих [1]. Але зараз не проводиться навіть і 2% від реальної потреби операцій. Крім того, як зазначив головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Трансплантологія» О. Никоненко: “Трупна трансплантація, яка розвинена в усьому світі і є ознакою прогресу, в Україні повністю призупинена” [2].

Вирішити зазначену проблему на законодавчому рівні можливо декількома шляхами. По-перше, поширення кола можливих донорів для осіб, які потребують пересадки органів сприятиме збільшенню числа трансплантацій. Адже Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині” від 16 липня 1999 року, який і регулює правовідносини в сфері трансплантації, встановлює вузьке коло можливих донорів і реципієнтів. Так, ст. 12 Закону встановлює, що “взяття гомотрансплантата (за винятком анатомічних матеріалів, здатних до регенерації) у живого донора допускається 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).

Якщо врахувати досвід зарубіжних держав, то 2006 року у Великобританії вступив у силу закон, відповідно до якого особи, які бажають віддати свій орган родичеві або, навіть, знайомому, який потребує трансплантації, але не мають такої можливості у зв’язку з тканиною несумісністю, можуть “обмінятися” донорськими органами з парою інших близьких людей з аналогічною проблемою. Крім того, цей закон передбачає випадки альтруїстичного донорства (пересадка органу хворому від незнайомої людини). Введення цього закону дозволило проводити по 40-50 додаткових операцій з трансплантації нирок у рік.

Варіант вирішення проблеми дефіциту трупних органів для трансплантації науковці вбачають у запровадженні “презумпції згоди” на противагу тій, що закріплена в ст. 16 Закону. “Презумпція згоди” полягає в тому, що якщо за життя особа письмово не повідомляє, що вона проти трансплантації своїх органів, то в разі її смерті з трупа можуть бути вилучені органи для пересадки без згоди родичів померлого.

Але, все ж таки, як показує практика, “призумпція згоди” не сильно впливає на рівень розвитку трупної трансплантації у державі, оскільки в деяких країнах, які є лідерами в цій сфері, діє “презумпція незгоди” (США, Португалія, Данія). Проте громадяни таких держав вважають гуманним

вчинком віддати свої органи заради спасіння життя інших людей. Це свідчить про те, що окрім правової проблеми в сфері трансплантації органів наявна також етична проблема, яка створює чималі перешкоди на шляху вдосконалення трансплантології в Україні.

Таким чином, хоча необхідною умовою розвитку й процвітання трансплантології є наявність реальної законодавчої основи, яка повинна сприяти цьому, важливою умовою також є рівень моральної підготовленості суспільства і його особисте ставлення до цього. Тому, засобом вирішення зазначеної проблеми в Україні є формування позитивної громадської думки щодо трансплантології та донорства.

Науковий керівник: к.ю.н., ас. Губанова О.В.

Література:

1. Білецька Г.А. “Трансплантологія в Україні: правові та медичні аспекти проблеми” / Г.А. Білецька, Я.О. Ковальова // Юрист України. – 2013. – № 3. – С. 107.

2. Закон про трансплантацію: зміни – на краще? // Всеукр. мед. газ. «Ваше здоров'я». – 28/12/2012. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/>.

Патьома М. І.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Важливість охорони здоров'я у житті кожної окремої держави неможливо переоцінити. Сучасна доктрина прав людини відносить право на охорону здоров'я до категорії основних і невідчужуваних прав. Здоров'я є найбільшою суспільною та індивідуальною цінністю, воно значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального та культурного розвитку країни, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку і благополуччя суспільства. Тому уявляється справедливим, що проблеми охорони здоров'я вимагають постійної уваги держави, а їх розв'язання має бути одним з пріоритетних напрямів соціальної політики.

Важливим є той факт, що становлення України як демократичної держави потребує формування нової концепції державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, так як охорона здоров'я населення є важливим завданням і частиною державної діяльності, яка полягає у належному забезпеченні державного регулювання відносин у цій сфері.

На важливості наукового пошуку шляхів вирішення існуючих проблем державного регулювання та різних його складових наголошує В.М. Пашков у своїй статті «Проблеми державного регулювання правовідносин у галузі охорони здоров'я». Науковець, розглядаючи проблеми державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я зазначає, що сьогодні державна політика щодо регулювання галузі охорони здоров'я суперечлива та непослідовна. З одного боку, держава приділяє недостатньо уваги забезпеченню конституційних прав громадян на охорону здоров'я, прагнучи майже повністю перекласти свої функції щодо надання безоплатної медичної допомоги на самих громадян та органи місцевого самоврядування, з іншого – не створила відповідні умови щодо правової, економічної та організаційної свободи

суб'єктів господарювання, що надають медичні послуги. Тут, не можна не погодитись з твердженням В.М. Пашкова про те, що саме держава, в особі органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, несе відповідальність перед громадянами за забезпечення охорони здоров'я.

Можна вважати, що державне регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я є одним із ключових чинників державної політики у сфері охорони здоров'я, а наявність важливих трансформаційних процесів у суспільстві, їх вплив на низку суперечностей у соціальній сфері зумовлюють необхідність більш чіткого визначення проблем державного регулювання суспільних відносин у галузі.

Очевидно, що основними завданнями державно-правового регулювання у даній сфері є можливість впливати на розвиток об'єктів медичної сфери всіх форм власності, а також здійснювати контроль і нагляд за наданням ними якісних медичних послуг. Даний механізм забезпечить вирішення соціальних проблем, які пов'язані зі сферою охорони здоров'я, а також зможе законодавчо гарантувати рівні умови діяльності закладів охорони здоров'я.

Проте, результати аналізу інструментарію державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні свідчать про його фрагментарний характер, чим обумовлена потреба у його вдосконаленні, адже в Україні не забезпечується комплексне державне регулювання всіх взаємопов'язаних ринків сфери охорони здоров'я, що знижує ефективність реформ у даній сфері.

Необхідним кроком для вдосконалення державного регулювання охорони здоров'я є необхідність прийняття єдиної довгострокової державної програми реформування галузі і національної системи охорони здоров'я, у якій необхідно передбачити створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі, формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності тощо.

Отже, в цілому системі охорони здоров'я України притаманна фінансова безсистемність та порушення структури медичних послуг, що впливає на рівень якості медичного обслуговування населення та потребує реформування даної галузі. Це вимагає фундаментального перегляду державної політики у сфері охорони здоров'я, а особливо у питаннях раціонального використання наявної інфраструктури, фінансування сфери та профілактичної орієнтації медицини.

Підсумовуючи все викладене та аналізуючи правовідносини в галузі охорони здоров'я, що потребують державного регулювання, в їх взаємозв'язку з існуючим нормативно-правовим масивом, можна зробити висновок, що вирішення окреслених проблем державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я сприятиме забезпеченню населення якісною медичною допомогою, а також підвищить результативність діяльності суб'єктів державного регулювання медичної сфери.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

*Перепелиця Б.В.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Питання запровадження в Україні загальнообов'язкового соціального медичного страхування не є новим. Мова йде про прийняття єдиного законодавчого акту, який би визначив основні засади загальнообов'язкового соціального медичного страхування і, що найважливіше, був ефективно реалізований за умов недостатнього фінансування сфери охорони здоров'я. Тому пошук кращих моделей медичного страхування ще триває.

Зародившись в Німеччині в ХІХ ст. та поступово розширюючи своє застосування загальнообов'язкове соціальне медичне страхування стало відоме і Україні, проте лише в якості згадки на рівні Закону України «Основи законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14.01.1998 р. № 16/98-ВР.

Підходячи системно до проблеми відсутності єдиного нормативно-правового акту, присвяченого медичному страхуванню, якого країна вже очікує більше 20 років, законотворці намагаються активізувати діяльність у даному напрямку. Наразі на розгляді Верховної Ради України перебуває три законопроекти, які передбачають запровадження медичного страхування, зокрема проект Закону «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні» №4981, а також два альтернативні до нього законопроекти: «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» №4981-1 та «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» №4981-2.

Першим законопроектом №4981 пропонується покласти тягар здійснення страхових виплат на роботодавця. Що стосується самозайнятих осіб, то для них передбачена альтернатива у вигляді сплати страхових внесків особисто чи відмови від такого страхування взагалі. Ті категорії громадян, які не мають стабільного доходу, будуть застраховані за рахунок коштів органів місцевого самоврядування, останні, в свою чергу, отримають такі кошти за рахунок субвенції з державного бюджету. Відмінною рисою законопроекту №4981-1 є пропозиція поширення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування практично на все населення, а не лише на працюючих або пенсіонерів, як це пропонують інші види соціального страхування. Крім того, законопроект передбачає надання кваліфікованої медичної допомоги замість здійснення грошових виплат, як за іншими видами соціального страхування. У законопроекті №4981-2 пропонується: формувати кошти на медичне забезпечення населення за рахунок цільових страхових внесків; правовідносини між всіма учасниками (страхувальниками, страховиками, застрахованими, закладами охорони здоров'я) врегульовувати на договірних засадах; медичну допомогу надавати закладами охорони здоров'я за рахунок коштів, акумульованих у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Отже, наявність альтернативних шляхів визначення моделі загальнообов'язкового соціального медичного страхування, які містяться в проаналізованих законопроектах, свідчать про невпинний процес пошуку

законодавця відповіді на питання: яким же бути медичному страхуванню в Україні. Варто відмітити, що кожен з названих проєктів містить прогресивні ідеї та варті уваги пропозиції, але, нам імпонує ключова ідея проєкту № 4981, зокрема, щодо суб'єктів досліджуваного виду соціального страхування. Оскільки, формування страхових виплат за рахунок роботодавця, самозайнятих осіб (за їх бажанням) та органів місцевого самоврядування, що фінансуватимуться з державного бюджету є найбільш виправданим за умов сучасної економічної ситуації.

Перепелиця Ю. В.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПОРЯДОК ОБІГУ РЕЦЕПТУРНИХ ЛІКІВ

Через ініціативу Міністерства охорони здоров'я України щодо впровадження у нашій державі повного та тотального відпуску всіх лікарських засобів за рецептом постає актуальним питання щодо порядку обігу рецептурних ліків на території України.

Залежно від обігу на території держави всі лікарські засоби поділяються на безрецептурні та рецептурні. Рецептурні лікарські засоби – це група ліків, які потребують рецепта, а пацієнт може отримати їх в аптеках, які мають виняткове право для реалізації даної категорії лікарських препаратів. Віднесення лікарського засобу до категорії рецептурних залежить від його фармакологічних властивостей, ризику його неправильного використання особою (пряма шкода здоров'ю пацієнта).

Відповідно до пункту 3 Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів від 19 липня 2005 року № 360 рецептурні лікарські засоби відпускаються за рецептами медичних працівників з аптек та аптечних пунктів. Відпуск рецептурних лікарських засобів з аптечних кіосків суворо забороняється. Рецепт, який виписано з порушенням вимог встановлених відповідними правилами та/або у дозі, яка перевищує вищий одноразовий прийом, або містить несумісні лікарські засоби вважається недійсним і з відповідною позначкою повертається пацієнту. Якщо говорити про наркотичні (психотропні) лікарські засоби, що виписуються на спеціальних рецептурних бланках ф-3, то вони можуть відпускатися лише з аптек та аптечних складів (баз), які мають ліцензії на види діяльності, що пов'язаної з обігом наркотичних засобів і психотропних речовин.

Відповідно до пункту 3 та 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 року № 267 Міністерство охорони здоров'я відповідно до своїх повноважень здійснює забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері обігу та реалізації лікарських засобів, а також у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу. МОЗ України у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу затверджує форми спеціальних бланків рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини, включені до таблиць II і III переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Відповідно до Критеріїв визначення категорій відпуску лікарських засобів від 17 травня 2001 року № 185 лікарські засоби, які відпускаються за рецептом поділяються на лікарські засоби, які відпускаються за разовими чи багаторазовими рецептами, які відпускаються за спеціальними рецептами та лікарські засоби, які відпускаються за рецептами і мають обмежену галузь застосування.

Отже, обіг рецептурних лікарських засобів відповідно до українського законодавства здійснюється за рецептами, що видаються лікарями. Реалізація за рецептами можлива лише у аптеках та аптечних складах. Спостерігається велика кількість порушень у сфері обігу та реалізації наркотичних лікарських засобів, тому дане питання потребує подальшого правового врегулювання.

*Плішко О.О.,
студент 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЩОДО ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРАВА НА ЕВТАНАЗИЮ В УКРАЇНІ

Питання запровадження евтаназії є дискусійним не лише у нашій державі, а й в багатьох інших країнах. Воно є актуальним адже має як прихильників так і прибічників, які не підтримують даний спосіб позбавлення життя людини. Однозначної думки, за допомогою якої можна було б внести евтаназію до національного законодавства поки не має. Через неоднозначність поглядів це питання і залишається відкритим.

Дане питання розглядали у своїх наукових працях такі науковці як О. Старовойтова, Г. Миронова, В. Ширманов та інші.

Щодо самого поняття евтаназії існує декілька поглядів. Деякі вчені вважають, що це зупинка життя людини, яка страждає невиліковною хворобою, для полегшення його страждань. О. Старовойтова у своїх працях сформувала визначення евтаназії, як дію або бездіяльність лікаря, чи іншої особи або самого хворого, що тягне за собою настання миттєвої чи безболісної смерті людини. Головною метою даного методу є позбавлення страждань певної особи

Існує два види евтаназії, це активна та пасивна. Активна – це застосування будь-яких дій, спрямованих на прискорення смерті страждального пацієнта з безнадійним прогнозом в останній фазі його хвороби. Пасивна – це відмова медичних працівників або від прийняття заходів, які сприяють продовженню життя хворого.

Питання запровадження є досить проблемним через те, що норми закони можна трактувати по різному. Якщо взяти до уваги ст. 27 Конституції України, то там зазначено, що кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави – захищати життя людини. Звідси слідує, що евтаназія не допускається ні активна ні пасивна. На підтвердження неможливості її застосування є ч.2 ст. 281 ЦК Фізична особа не може бути позбавлена життя, а також ч.4 ст. 281 ЦК, Забороняється прохання фізичної особи про припинення її життя.

Проте якщо взяти до уваги ч. 3 та 4 ст. 284 ЦК де зазначено, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, прова-

диться за її згодою. Повнолітня дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитися від лікування. Дані норми можна трактувати, як заборону активної евтаназії, проте можливість застосування пасивної.

Як висновок, можна зазначити, що питання про можливість застосування евтаназії має бути законодавчо урегульовано у нашій державі. Звісно цей метод позбавлення життя людини не вирішує конкретних проблем щодо лікування захворювань, проте він позбавляє невиліковну особу від мук та страждань.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Плющова А.І.

студентка 46 групи

ПІОІ НІОУ імені Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ПРО СПІВВІДНОШЕННЯ ОСОБИСТИХ ПРАВ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ІНТЕРЕСІВ БЕЗПЕКИ СУСПІЛЬСТВА

У аспекті лікування інфекційних хвороб, враховуючи те, що на них розповсюджується дія законодавства у галузі забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення, особливої актуальності набуває питання щодо співвідношення особистих прав та свобод хворих на інфекційні захворювання та інтересів безпеки суспільства.

Вказана проблематика стала предметом досліджень таких науковців, як: А.Б. Касумової, О.В. Малька, А.А. Малиновського та інших.

Метою даної роботи є аналіз законодавчо визначених можливостей обмеження прав інфекційних хворих для цілей захисту інтересів безпеки суспільства.

Питання охорони здоров'я знаходяться в площині захисту особистих немайнових прав громадян. Обмеження прав громадян, пов'язані зі станом їх здоров'я, можна визначити, як встановлені законом виключення з правового статусу громадян, які застосовуються з метою охорони та забезпечення прав інших осіб, суспільства і держави. У ч. 2 ст. 9 Основ законодавства про охорону здоров'я закріплений перелік підстав для обмежень прав громадян, обумовлених станом їх здоров'я, зокрема: примусовий медичний огляд; примусова госпіталізація; проведення карантинних заходів. Проте, аналіз інших законодавчих актів вказує на те, що даний перелік не є вичерпним.

У відповідності до ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України передбачено обов'язковість згоди особи чи її законних представників на надання їй медичної допомоги. При цьому, у ст. 22 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» закріплено можливість проведення лікування, медичного нагляду та обстеження в обов'язковій формі для осіб, хворих на інфекційні хвороби, контактних осіб та вірусоносіїв, які становлять підвищену небезпеку зараження оточуючих. Виходячи з цього, законодавство в обов'язковій формі передбачає проходження пацієнтами відповідних медичних оглядів, лікування. Враховуючи викладене, право даних осіб на надання медичної допомоги, враховуючи загрозу іншим особам, перетворюється на обов'язок. В цей же момент, вказана норма, навіть за умови дійсної небезпеки зараження оточуючих, на практиці позбавлена механізмів її реалізувати поза волею (згодою) пацієнта.

У відповідності до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» примусова госпіталізація здійснюється щодо: хворих на особливо небезпечні та небезпечні інфекційні хвороби, а також осіб з симптомами даних хвороб; осіб, які, знаходячись на території карантину, мали підтверджені контакти з хворими на особливо небезпечну інфекційну хворобу. Також, в окремих випадках за рішенням суду можуть бути госпіталізовані в примусовому порядку особи, хворі на заразні форми туберкульозу (ч. 1 ст. 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»).

Окрім того, ст. 23 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» та ст. 28 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» передбачено можливість переведення на іншу роботу або відсторонення від роботи осіб, які виступають бактеріоносіями та робота яких стосується надання послуг населенню і може обумовити розповсюдження інфекційних хвороб. На час відсторонення від роботи вказаним особам виплачується допомога у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності (ст. 23).

Таким чином, для цілей захисту інтересів безпеки суспільства діючим законодавством передбачена можливість обмеження конституційних прав та свобод осіб, які хворі на інфекційні захворювання, зокрема, таких як: право на свободу та особисту недоторканність, на працю, на освіту, на свободу пересування та інших. При цьому, реалізація вказаних обмежень повинна супроводжуватися неухильним додержанням положень законодавчих актів щодо процедури та правових наслідків їх застосування.

*Погорєлкіна А.С.,
студентка 44 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА В ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Сьогодні проблема дефектів надання медичної допомоги все частіше поширена як в Україні, так і в інших країнах світу. У зв'язку з цим дане питання є досить актуальним, так як існує гостра проблема у належному юридичному вирішенні і закріпленні питань, які безпосередньо пов'язані із відповідальністю медичних працівників за діяння, вчинені ними під час виконання своїх професійних обов'язків.

Відповідно до статті 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Це право повинно дотримуватися, адже мова йде про життя людини, яке поряд з честю, гідністю та недоторканністю визнається згідно з Основним Законом найвищою соціальною цінністю (стаття 3).

Дефект надання медичної допомоги – це неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації медичної допомоги, що призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання.

Найбільш поширеними дефектами в наданні медичної допомоги є: незнання та невміле використання різних технічних засобів, проведення маніпуляцій або процедур – 7 %, неправильне виконання невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги, інтенсивного лікування або реанімації – 8,5%; залишення хворого без належного медичного догляду або нагляду

після проведених операцій чи маніпуляцій – 10,5%; неправильне обрання тактики лікування або проведення операції – 13 %.

На жаль, повної офіційної статистики стосовно дефектів надання медичної допомоги в Україні не передбачено. Втім, за даними Єдиного реєстру досудових розслідувань з 01.01.2016 року по 30.09.2016 року, наприклад, лише по Полтавській області порушено 16 справ, а в Харківській області – 44 справи за фактами неналежного виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків.

Якщо звертатися до статистики поширення дефектів надання медичної допомоги в інших країнах, то на думку дослідників, наприклад, у Великобританії помилки в роботі медичних працівників щороку стають причиною смерті близько 850 тисяч осіб. У США щорічно жертвами несприятливих подій у медицині стають близько 1,5 млн. осіб. У Німеччині кожен рік такими жертвами стають приблизно 100 тис. пацієнтів. Стосовно такої ситуації в Іспанії, то за висновками Іспанської Асоціації захисту прав пацієнтів було 14430 випадків проявів халатності медичними працівниками, у результаті чого померло 850 чоловік. З висновків також виходить те, що ці показники порівняно з 2014 роком знизились – на 2,2% і 3,4% відповідно.

Наразі ситуація, що склалася в Україні стосовно медичних помилок має сумну статистику. На мою думку, необхідно запровадити ряд правил, що допоможуть вийти з даної ситуації. По-перше, необхідна більш чітка нормативна база, оскільки медичні працівники, які навіть пропрацювали кілька років, не мають повного уявлення про свої права та обов'язки стосовно відносин з пацієнтом. По-друге, досить важливим є створення необхідних умов для поширення інформації про медичні помилки, щоб запобігти їх «замовчуванню» через страх понести покарання.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А.О.

*Подленко І.П.,
студент 45 групи*

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СУБ'ЄКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

На даному етапі розвитку суспільства, на новий рівень виходить питання забезпечення захисту, свобод та інтересів громадян. Одним із таких провідних соціальних прав людини виступає право на не розголошення особистої інформації, інформації про стан здоров'я. Для того аби забезпечити охорону лікарської таємниці необхідно чітко з'ясувати, хто безпосередньо є суб'єктом лікарської таємниці

Серед вчених що розглядали дане питання у своїх наукових роботах варто виокремити, Ю.Аргунова, С.Стеценко, І. Шатковську, В.Лопатин, І.Шамова.

Перш ніж розглядати питання суб'єктів збереження лікарської таємниці, потрібно визначити саме поняття лікарської таємниці.

У ст. 286 ЦК України та ст. 39-1 Закону України “ 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. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та ме-

тоди лікування пацієнта. Норма ст. 40 Закону України “ Основ законодавства України про охорону здоров'я ” закріплено медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта. 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. На мою думку законодавиць визначає лікарську таємницю опосередковано, шляхом права особи на лікарську таємницю, проте чіткого визначення терміну лікарська таємниця законодавець не надає.

І.Шатковська відносить до суб'єктів не лише медичних працівників (лікарі, середній та молодший медичний персонал). Необхідно зазначити, що особами, які потенційно можуть мати відношення до медичної інформації, є як медичні, так і не медичні працівники. Йдеться про працівників цієї ж лікувальної установи (водії, працівники столової, охоронці та ін.)

До категорії суб'єктів збереження лікарської таємниці С.Стеценко відносив також: а) осіб з вищою медичною або фармацевтичною освітою (лікарі провизори); б) осіб із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти); в) молодший медичний персонал (санітари); г) осіб, що навчаються (студенти вищих та середніх медичних закладів); ґ) працівники страхових організацій; д) немедичний персонал лікувально-профілактичних установ (працівники кадрових, юридичних, господарських служб).

Як було зазначено вище до суб'єктів що зберігають лікарську таємницю можна віднести не тільки представників медичної спеціальності, а також осіб які у зв'язку із характером діяльності можуть дізнатися про дану інформацію. Також останнім часом швидко відбувається розвиток комп'ютеризації медичної системи, створення електронних баз даних, що в свою чергу викликає питання про відношення до цього переліку також працівників інформаційної сфери, наприклад системних адміністраторів та осіб що спеціалізуються на обробці інформації.

Таким чином, питання суб'єктів збереження лікарської таємниці потребує подальшого дослідження і визначення як на законодавчому так і на доктринальному рівнях. Оскільки з стрімким розвитком суспільних відносин та виникнення нових професій у сфері медичної діяльності, необхідно оперативно реагувати на такі зміни.

Науковий керівник – д.ю.н., доц., Пашков В. М.

Подолькіна Я.В.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТЕРИЛІЗАЦІЇ ЖІНОК В УКРАЇНІ

Мати або не мати дітей, якщо мати, то скільки та коли є невід'ємним правом жінки. А тому застосування методів стерилізації можливе лише за рішенням чи згодою жінки. Однак на сьогодні у світі існують непоодинокі

випадки, коли жінка була піддана примусовій стерилізації. У зв'язку з цим актуальності набуває необхідність забезпечення належного правового регулювання застосування стерилізації жінок.

В Україні основним правовим актом, що закріплює концептуальні засади стерилізації жінок, є Основи законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи). Відповідно до ст. 49 Основ застосування методів стерилізації може здійснюватися за бажанням повнолітнього пацієнта в закладах охорони здоров'я за медичними показаннями, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Стерилізація недієздатної фізичної особи за наявності медичних показань може бути проведена лише за згодою її опікуна з додержанням вимог, встановлених законом. Крім того на розвиток положень ст. 49 Основ видано Наказ МОЗ від 06.07.1994 р. «Про застосування методів стерилізації громадян». Даним Наказом затверджено Перелік медичних показань для проведення хірургічної стерилізації жінок та Порядок застосування методів хірургічної стерилізації жінок. Навіть за наявності медичних показань для проведення стерилізації, зокрема: повторний кесарський розтин при наявності дітей; наявність в даний час або в минулому злоякісних новоутворень усіх локалізацій; психічні розлади (поза загостренням), наявність добровільної згоди жінки є обов'язковим.

На сьогодні вдосконалення вітчизняного законодавства в даній сфері здійснюється в аспекті необхідності заборони стерилізації недієздатних осіб без їх згоди. У зв'язку з цим було розроблено проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги №4449 від 15.04.2016 р. Даним законопроектом передбачається необхідність видалити норму, яка дозволяє здійснити стерилізацію недієздатних осіб без їх згоди. 05.10.16 р. проект Закон був прийнятий у першому читанні.

Не рідко виникають дискусії стосовно впровадження стерилізації як методу для боротьби з таким соціальними явищами як бідність, наркоманія тощо. Показовим у цьому випадку є діяльність такої неприбуткової організації як «ProjectPrevention», яка діє в США, а з 2010 р. й у Великобританії. Дана організація платить жінкам, які вживають наркотики, кошти за проведення стерилізації [1, с. 4]. Стерилізація наркотично залежних жінок дозволяє не допустити збільшення кількості дітей у дитячих будинках, адже кожна жінка сама в праві обрати свій шлях: наркотики чи родина.

Таким чином, не зважаючи на існування нормативного врегулювання в даній сфері питання стерилізації залишається досить актуальним та викликає постійні дискусії. На жаль, в Україні не існує практики існування таких організацій, як наприклад в США та Великобританії, які спрямовані на зменшення народжуваності серед наркоманів та алкоголіків, шляхом пропонування їм здійснити стерилізацію з виплатою певних коштів з метою не допустити збільшення кількості дітей-сиріт.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А.О.

*Пономарьов Д. О.,
студент 43 групи
ПІОІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УКРАЇНІ

Відсутність реформування системи охорони здоров'я в Україні за останні 10 років є однією із основних передумов виникнення проблем у сфері реалізації прав пацієнтів на медичну допомогу. Як ми знаємо, показником стабільного соціального розвитку будь-якої країни, її благополуччя та формування трудового, економічного потенціалу є здоров'я населення, саме тому пошук шляхів вирішення даних проблем є як ніколи актуальним зараз для України з огляду на зниження народжуваності, високу смертність та демографічну кризу вцілому.

Ст. 49 Конституції України встановлює, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, а також держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Не дивлячись на закріплення даної норми, на практиці в Україні існує дефіцит кваліфікованих кадрів та надання високоякісного медичного обслуговування. На думку багатьох фахівців пов'язано це не лише із недостатнім фінансуванням охорони здоров'я, а й з самою її структурою.

Також в Україні закріплюється право на вільний вибір лікаря. Нажаль в сучасних реаліях такий вибір можливий лише при зверненні в приватні медичні установи. Цю проблему можна вирішити лише внесенням відповідних змін в законодавство.

Наступним правом пацієнтів є право на отримання інформації щодо стану свого здоров'я. Це право було закріплене в Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі та у Лісабонській декларації Всесвітньої медичної асоціації про права пацієнтів. Воно також було закріплене у ст. ст. 39-40 ЗУ «Основи законодавства про охорону здоров'я». Але на практиці не всі пацієнти можуть своєчасно мати вільний доступ до виписок із медичних карт із зазначенням діагнозу. Це має велике значення у випадку, коли особа звертається по медичну допомогу до іншого закладу охорони здоров'я, адже будь-який лікар має ознайомитися з історією початку та перебігу хвороби, перш ніж надавати кваліфіковану допомогу.

Проблема доступності медицини в Україні також має місце наразі. Вона пов'язана насамперед із загальним погіршенням фінансового становища населення. Уряд намагається поліпшити становище шляхом надання пільг та субсидій найменш захищеним прошаркам суспільства, але в той же час зростає кількість платних послуг в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. В результаті право громадян на безоплатну медичну допомогу ставиться під сумнів.

Не менш важливою є проблема неправильного розподілу коштів, які виділяються з бюджету на фінансування галузі охорони здоров'я. Так, наприклад, на утримання лікувальних установ здатних надати медичне обслуговування 80 % пацієнтів, відводилося менше 20 % засобів, що виділяються на охорону здоров'я, а на первинну медико-санітарну допомогу, всього 5 %.

Ще одні гарантованим правом, закріпленим у законодавстві, а саме в ЗУ «Основи законодавства про охорону здоров'я» є право пацієнта на вибір

методів лікування. Проблема його реалізації полягає в тому, що в державних закладах застосовуються традиційні методи лікування, а отже потрапивши до такого закладу хворий не має вибору.

Вище наведені зразки є лише невеликою часткою від усього масиву не вирішених проблем із якими доводиться мати справу пацієнтам в Україні.

Не зважаючи на наявність великої кількості нормативно-правових актів, в галузі охорони здоров'я є чимало невирішених питань, на які необхідно звернути увагу уряду, провідним спеціалістам, науковцям, тощо. Це необхідно в першу чергу для реалізації на практиці в повній мірі всіх передбачених законодавством прав громадян на медичну допомогу.

Потсєв Б. О.,

студентка 43 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Питання щодо впровадження на загальнообов'язковому рівні страхової медицини в Україні є одним з найбільш обговорюваним. За допомогою інституту страхової медицини, як вбачається, вирішиться багато питань, у тому числі й фінансових. Але чи насправді це так?

Як зазначає Гринько П.О., медичне страхування – це система фінансових та організаційних заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини та форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування.

Риси медичного страхування: ціленаправленість страхового внеску (може бути використаний лише в медичних цілях); можливість контролювати використання страхових коштів; право застрахованої особи обирати лікаря і заклади охорони здоров'я; обмеженість впливу уряду.

Як бачимо, виникнуть відносини нового формату, що направлені на захист інтересів пацієнта, й крім того в разі впровадження такого інституту можна вести мову про оновлення кадрів (або навчання попередніх працівників), про розвиток науково-дослідної діяльності, а також про збільшення фінансування такої галузі як «охорона здоров'я».

Гринько П.О. слушно зауважує, що в Україні поступово формуються перспективи запровадження медичного страхування, однак для цього необхідно прийняти відповідну нормативно-правову базу та провести ряд заходів організаційного характеру. Але при цьому слід на іншій шальці терезів розмістити податкове навантаження на громадян. Вочевидь, що з впровадженням страхової медицини доведеться почекаати.

Варто звернути увагу на пропозицію Камінської Т.М.. Автор пропонує не відразу переходити до обов'язкового медичного страхування, а спочатку передати обов'язкове медичне страхування до приватних страхових компаній, які вже мають відповідний досвід й відповідно контролювати таку діяльність. Якщо, дійсно така модель забезпечить економічне благополуччя населення, то такий інститут можна вводити в найближчий час.

Також Камінська Т.М. звертає увагу на сформованість громадянського суспільства та доречно пропонує використовувати такі засадничі положення із законодавчої практики Європи: ефективність і прозорість використання

коштів відповідних фондів та соціальна солідарність (здоровий платить за хворого, багатий – за бідного, молодий за літнього). Дійсно, лише кооперуючи свої зусилля (держава допомагає народові, а народ співпрацює з державою), можна досягти успіхів в створенні дієвих інститутів громадянського суспільства, зокрема у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, можна дійти до висновків, що запровадження загальнообов'язкового медичного страхування може бути поспішним, основна причина чому – обмеженість в грошових ресурсах громадян. Поетапно можна передати функції по обов'язковому страхуванню до приватних страхових компаній. При цьому слід не забувати, що громадянське суспільство має активно взаємодіяти із органами публічної влади.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Прескурня А.О.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ПРО ОBOB'ЯЗKOBICЬTЬ BAKЦИHAЦІЇ B KOHTEKCTІ ПОPУШEHHЯ OCOБИCTИХ HEМАЙHОВИХ ПPAВ OCOБИ

У теперішній час вакцинація визнана найбільш ефективним засобом протидії розвитку небезпечних інфекцій та являється оздоровчим і доступним втручанням до організму людини, зберігаючи при цьому щорічно мільйони осіб від захворювань та смерті. Незважаючи на викладене, упродовж останнього часу почастишали випадки відмови від обов'язкових профілактичних щеплень, у зв'язку з чим, особливо актуальним на сьогодні є питання добровільності їх проведення.

У відповідності до ст. 10 Основ законодавства України про охорону здоров'я та ст. 5 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», на громадян України покладено зобов'язання у визначених законодавством випадках робити щеплення. При цьому, у ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я вказано, що особа має право не надавати згоду на будь-яке медичне втручання, у тому числі діагностику, лікування та профілактику, що не відповідає положенням попередніх статей.

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» пов'язує непроходження вакцинації із доволі серйозними юридичними наслідками. Так, згідно ст. 12 вищезгаданого Закону, у випадку відмови або ухилення працівників визначених професій, виробництв та організацій, діяльність яких може спричинити їх зараження і (або) розповсюдження ними інфекційних хвороб, від обов'язкових профілактичних щеплень, вони підлягають відстороненню від виконання означених різновидів робіт.

Згідно до ч. 2 ст. 15 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», дітям, які не одержали профілактичних щеплень відповідно до календаря щеплень, заборонено відвідування дитячих закладів.

Треба відмітити, що питання про доцільність закріплення вищезначеної норми поставало вже багато разів. О.О. Круглова відстоює ту позицію, що громадяни України повинні самостійно вирішувати для себе та своїх дітей питання про необхідність проведення щодо них встановлених Міністер-

ством охорони здоров'я України щеплень. На її думку, вакцинація в Україні має бути добровільною та не впливати на можливість здійснювати громадянами свої конституційні права. При цьому обов'язковість вакцинації вона розглядає як обмеження конституційного права на освіту, оскільки у разі її непроходження діти не можуть реалізовувати своє право на навчання.

Аналіз вітчизняної судової практики свідчить, що національні суди підтримують позицію законодавця щодо обов'язковості профілактичних щеплень, зазначаючи, що єдиною причиною відмови від профілактичних щеплень дитині можуть бути тільки медичні протипоказання.

Обов'язкова вакцинація у розвинутих країнах світу є поширеним явищем. Так, в Італії загальний рівень вакцинації є доволі високим, як і якість самих препаратів. Проте, якщо раніше довідка про щеплення була обов'язковою для відвідування школи, нинішні нормативи цього не вимагають.

Таким чином, необхідно зазначити, практика обмеження окремих прав людини заради досягнення загального блага, є раціональною й об'єктивно необхідною. Це стосується, у тому числі, і необхідності проведення щеплень, оскільки у разі непроходження вакцинації потенційний ризик людини захворіти на відповідну хворобу і заразити оточуючих значно підвищується. Проте, з метою мінімізації поствакцинальних ускладнень, необхідно посилити державний контроль за якістю вакцин та своєчасністю проведення профілактичних щеплень, а також на законодавчому рівні врегулювати питання відповідальності суб'єктів.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Прудіус О. Р.

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ УКРАЇНИ

1 січня 2013 року набув чинності Закон України «Про екстрену медичну допомогу» (далі – Закон). Його прийняття було викликано необхідністю врегулювати ряд проблем, найгострішою з яких є проблема несвоєчасності та низької доступності надання екстреної медичної допомоги населенню. Закон передбачає багато нововведень. Наприклад, згідно з ч. 2 ст. 8 Закону тепер існують критерії, згідно з якими диспетчер, який приймає звернення пацієнта, повинен визначити, екстрений це виклик чи ні, невідкладно відправити до нього бригаду екстреної медичної допомоги або перенаправити звернення до відповідної установи охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги. Тобто, якщо диспетчер детермінує виклик таким, що не потребує виклику «швидкої», він направляє до пацієнта сімейного чи дільничного лікаря. На думку укладачів Закону така схема розрахована на вдале функціонування у сільській місцевості, куди бригаді «швидкої» довго діставатись, але на практиці відразу виникло багато проблем.

По-перше, в законодавстві не закріплено визначення «диспетчера екстреної медичної допомоги» і не надано переліку вимог, яким має відповідати зазначена особа. Так, наприклад, трапляються ситуації, коли диспетчер неспроможний визначити до якого виду медичної допомоги відноситься виклик через брак кваліфікації, знань, досвіду і замість «швидкої» направляє

до пацієнта дільничного лікаря. По-друге, дільничним лікарям в сільській місцевості не надано транспорту для своєчасного прибуття на виклик. Уявімо ситуацію, коли у людини, яка проживає у віддаленій місцевості селища, погіршився стан здоров'я, диспетчер перенаправив її виклик до установи охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги, проте дільничний лікар не встиг надати своєчасну допомогу через те, що не мав можливості дістатися до пункту призначення через відсутність транспорту.

Поруч із Законом Кабінетом Міністрів України було прийнято Постанову «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події». Цим нормативом визначено, що прибуття бригад «швидкої» на місце події за зверненнями, що належать до категорії екстрених, у сільській місцевості становить 20 хв. Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хвилин. Відразу звертаємо увагу на статистичні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я: якщо швидка приїжджає протягом 5 хвилин з моменту виклику, то можливість зберегти життя потерпілого сягає 80 відсотків, а протягом 15 хвилин і більше – лише 5 відсотків. Тобто, жителі сільської місцевості можуть розраховувати лише на 5 відсотків того, що їх життя буде врятовано (хоча, можливо, що менше, тому що норматив становить 20 хв., а якщо погані дороги, то і півгодини можна їздити).

Отже, ми звернули увагу на найбільші проблеми, з якими зіткнулося впровадження даного Закону в життя. Вважаємо, що їх вирішення потребує комплексного підходу. Наприклад, головною причиною несвоєчасного прибуття «швидкої» є погана якість доріг (і вирішення цієї проблеми не є компетенцією Міністерства охорони здоров'я). Звернімо увагу, що в законодавстві необхідно закріпити визначення «диспетчер екстреної медичної допомоги» та визначити критерії, яким він має відповідати. Пропонуємо надати дільничним та сімейним лікарям, що працюють у сільській місцевості, транспортні засоби (наприклад, велосипеди або скутери), що дозволить максимально пришвидшити прибуття даних осіб до пацієнта.

Зрозуміло, що реформування галузі охорони здоров'я – це складний процес, який потребує багато часу, але очікуємо на його позитивні результати.

Птушко Д. М.,

студентка 43 групи

ПЮО НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК

Конституція України закріплює невід'ємне право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Однак дане право може бути порушено внаслідок, як умисних дій чи бездіяльності, так і з причин лікарських помилок.

Проаналізувавши наукові джерела з даного питання, можна знайти визначення лікарської помилки, під якою розуміють дії(бездіяльність) лікаря, що мають у своїй основі недосконалість сучасної медичної науки, об'єктивні умови роботи, недостатню кваліфікацію або не здатність використовувати наявні знання.

Серед помилок, які спричинені об'єктивними факторами відносяться дії (бездіяльність) медичних працівників, що не порушують встановлені за-

коном та підзаконними актами правила, але заподіяли шкоду здоров'ю пацієнта чи його смерть внаслідок: недосконалості медичної науки на даному етапі її розвитку; несприятливих умов або обставин здійснення медичного втручання; об'єктивних труднощів діагностики деяких захворювань; атипового розвитку захворювання, алергічних реакцій, які неможливо було передбачити при стандартному медичному втручанні.

Суб'єктивні причини виникнення лікарських помилок криються в нестачі досвіду, професійній некомпетентності, вузькій спеціалізації, відсутності навичок і знань з діагностики захворювання, ігноруванні або невмілому використанні анамнезу життя та хвороби, великій довірі до сучасних медичних технологій, помилковому трактуванні клінічних даних та оцінці лабораторного й інструментального дослідження, недооцінці тяжкості стану та можливості розвитку ускладнень, неправильному формулюванні діагнозу, сильної переваги лікаря, невикористання консультацій більш досвідчених фахівців або консиліуму, недоліки у взаєминах лікаря і хворого тощо.

Ми підтримуємо думку В. В. Синиці, що доцільним було б і впровадження обов'язкового страхування ризику професійної відповідальності медичних працівників. У такому разі лікарі та заклади охорони здоров'я не відчувають над собою постійного «дамоклевого мечя» матеріальної компенсації пацієнту за шкоду, спричинену його здоров'ю внаслідок лікування, і можуть більш адекватно оцінювати всі ризики і переваги обраного методу. Також це надасть пацієнтові можливість більш ефективно і повно реалізувати своє право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди.

Отже, в кожному випадку необхідно докласти зусиль, щоб досягти максимально чіткого розмежування ситуацій, в яких дефект надання медичної допомоги спричинений об'єктивними факторами, без вини лікаря, а які за своєю суттю є правопорушеннями. Шляхом удосконалення правового регулювання може бути впровадження обов'язкового страхування ризику професійної відповідальності медичних працівників, це надасть можливість більш ефективно і повно реалізувати своє право на відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Пугач Р.В.,

студентка 46 групи

ПІОІ НІОУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

Правове забезпечення сурогатного материнства є одним із законодавчо неврегульованих і складних інститутів сімейного права України. Нормативно-правові акти, які регулюють дане питання загалом спрямовані на врегулювання медичних нюансів, залишаючи юридичний аспект без належної уваги. На законодавчому рівні навіть відсутнє саме формулювання «сурогатне материнство».

Перш за все, хотілось би звернути увагу на те, що залишається поза правовим регулюванням питання форми договору про виношування дитини сурогатною матір'ю і його істотних умов. Оскільки на сьогоднішній день чинне законодавство не містить вимог обов'язкового нотаріального посвідчення таких договорів, то, на перший погляд, можна зробити висновок, що

досить буде укласти такий договір в простій письмовій формі. Однак згідно з Порядком серед документів, необхідних для здійснення сурогатного материнства, повинна бути нотаріально завірена копія письмового спільного договору між сурогатною матір'ю і подружжям, з чого випливає, що сам договір теж повинен бути нотаріально посвідчений.

У законодавстві немає вимог до істотних умов договорів про виношування дитини, а тому визначають такі умови в кожному окремому випадку сторони договору або юрист, який допомагає в складанні такого договору. На практиці ж така самостійність часто закінчується тим, що умови договору неналежним чином регламентують і захищають права та обов'язки сторін, що, в свою чергу, призводить до конфліктів і порушення прав як потенційних батьків, так і сурогатної матері.

Тому, є нагальна потреба на законодавчому рівні передбачити істотні умови таких договорів, зокрема: обов'язок сурогатної матері виконувати всі розпорядження лікаря і надавати інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я виношуваної нею дитини; термін, протягом якого сурогатна мати повинна передати генетичним батькам народжену дитину, а батьки зобов'язані забрати дитину; розмір компенсації сурогатній матері за виношування і народження дитини; порядок відшкодування витрат на медичне обслуговування, харчування, проживання сурогатної матері в період виношування дитини, пологів і післяпологовий період тощо.

Також, однією з найгостріших правових проблем сурогатного материнства є те, що залишаються незахищеними інтереси майбутніх дітей, зачатих в результаті застосування методу сурогатного материнства. Так, законодавством не передбачений порядок реєстрації такої дитини в органах РАЦСу в разі розлучення генетичних батьків, смерті генетичної матері або ж обох генетичних батьків до народження дитини сурогатною матір'ю, а отже і подальша доля цих дітей залишається невизначеною.

Отже, цілеспрямованим було б прийняття комплексного нормативно-правового акту, який буде містити визначення сурогатного материнства, форму та істотні умови договору тощо. Адже через законодавчі прогалини у правовому регулюванні сурогатного материнства на практиці можуть виникнути небажані життєві ситуації, пов'язані з відмовою сурогатної матері віддавати дитину біологічним батькам, погрозами розголошення інформації про народження дитини, про те, хто її виношував, або відмовою біологічних батьків виплатити сурогатній матері обіцяну грошову компенсацію.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Пузерей Є. А.,

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДИСЦИПЛІНАРНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Кожна людина має невід'ємне право на охорону здоров'я, яке гарантується і захищається чинним законодавством. Тому для медичних працівників встановлена відповідальність за вчинення правопорушення під час здійснення професійної діяльності. Більшість медичних працівників перебуває у трудових відносинах з закладами охорони здоров'я, чим і пояснюється актуальність обраної теми.

Питання трудової, в тому числі дисциплінарної відповідальності, досліджували такі відомі вчені як Ф. А. Артем'єв, А. П. Громов, О. Є. Костюченко, М. А. Роговий, О. С. Щукін та інші.

Дисциплінарна відповідальність є найменш суворим видом відповідальності для медичного працівника, адже вона настає внаслідок не злочину чи адміністративного правопорушення, а у разі вчинення працівником трудового правопорушення, яке полягає у невиконанні вимог трудової дисципліни та правил внутрішнього трудового розпорядку.

Порушення трудових обов'язків може бути запізнення на роботу, прогул (п. 4 ч. 1 ст. 40 Кодексу Законів про працю України), поява на роботі в нетверезому стані (п. 7 ч. 1 ст. 40 КЗпП України), відмова від виконання законного наказу, недотримання правил безпеки на робочому місці, правил зберігання сильнодіючих речовин, а також отруйних, наркотичних речовин та ін. Не може трудовим правопорушенням невиконання трудових обов'язків за відсутності належного медичного устаткування, нормальних умов праці, кваліфікованого медичного персоналу тощо.

Відповідно до ч. 1 ст. 147 Кодексу законів про працю України за порушення трудової дисципліни до працівника може бути застосовано тільки один з таких заходів стягнення: 1) догана; 2) звільнення.

Проте правовий статус медиків щодо дисциплінарної відповідальності характеризується подвійністю – з одного боку, вони відповідають як працівники конкретного медичного закладу (відносини працівника і роботодавця), з іншого, як медики за кваліфікацією. Тобто, професійні обов'язки лікарів ширші, ніж їх трудові обов'язки. Подвійність статусу медичних працівників зумовлює тісний зв'язок дисциплінарної і морально-етичної відповідальності медиків за порушення таких обов'язків.

У ч. 2 ст. 147 КЗпП зазначено, що законодавством, статутами і положеннями про дисципліну можуть бути передбачені для окремих категорій працівників й інші дисциплінарні стягнення. Однак, це суперечить п. 22 ст. 92 Конституції України, де вказано, що виключно законами України визнаються діяння, які є дисциплінарними правопорушеннями, та відповідальність за них. Тому визначення будь-яких додаткових дисциплінарних стягнень у статутах і положеннях є неконституційним.

Отже, на нашу думку, існує необхідність в усуненні колізії в законодавстві шляхом внесення змін до КЗпП у частині, де передбачаються інші види дисциплінарних стягнень та викладення у такій редакції: «Спеціальними законами України про дисципліну можуть бути передбачені для окремих категорій працівників й інші дисциплінарні стягнення», або шляхом підняття статусу норми у спеціальному нормативно-правовому акті стосовно медичних працівників, до рівня закону.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Пуленко М.І.,

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ЗГОДУ ТА ВІДМОВУ ЩОДО МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Будь-яке лікування людини характеризується втручанням у її здоров'я, а також у сферу її приватного життя. Такі дії завжди окреслюються певною

новизною та ризиком для життя людини. Тому для здійснення медичного втручання у здоров'я людини працівниками закладів охорони здоров'я необхідна чітка, обґрунтована правова база за допомогою якої буде належним чином закріплене право пацієнта на згоду та відмову щодо медичного втручання. Саме тому, для дослідження мною була обрана дана тема.

Відповідно до ч.1 ст. 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я, медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта. Проте в ч. 2 ст 42 вищезгаданого закону зазначено, 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 в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе.

Досліджуючи данне питання слід звернути увагу на поняття «згода пацієнта». Згідно з ч 1 ст 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я, інформована згода пацієнта є обов'язковою умовою для медичного втручання. Для отримання згоди пацієнта на проведення певних дій, медичний працівник повинен надати достовірну, своєчасну й повну інформацію, необхідну для того, щоб пацієнт ухвалив добровільне й інформоване рішення, як про своє лікування, так і про серйозність своєї хвороби.

Дане положення передбачене й Цивільним кодексом України. Відповідно до ч. 3 ст. 284 ЦК України, надання медичної допомоги особі, якій виповнилося 14 років, проводиться за її згодою. Також, існує Інструкція, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України, щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування, та на проведення операції та знеболення», яка визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації внаслідок звернення особи в заклад охорони здоров'я.

Говорячи про право на відмову від медичного втручання, слід згадати ч. 4 ст. 284 ЦК України, яка закріплює, що повнолітня дієздатна особа, яка усвідомлює свої дії і може керувати ними, має право відмовитись від лікування в медичному закладі. Проте, у ч. 3 ст. 43 Основ зазначено, що лікар зобов'язаний пояснити особі, коли відсутність його згоди на медичне втручання може призвести до тяжких для нього наслідків. Якщо ж і після пояснень лікаря особа відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, якщо ж неможливо це зробити, засвідчити відмову належним актом у присутності свідків.

Отже, на данному етапі розвитку медичних послуг ми не можемо говорити про належне закріплення в законодавстві прав пацієнта на згоду та відмову щодо медичного втручання. Існують лише окремі норми, які характеризують в загальних рисах права пацієнта при зверненні в заклад охорони здоров'я. Також, незважаючи на те що, як право на згоду щодо медичного втручання, так і право на відмову від нього пов'язане з певним ризиком і новизною для пацієнта, перше на сьогодні більш законодавчо врегульоване. І звичайно головною проблемою залишається оформлення цих прав на прак-

тиці, адже працівники закладів охорони здоров'я повинні чітко усвідомлювати, як належним чином оформити згоду чи відмову пацієнта при виникненні необхідності медичного втручання.

Реброва А. В.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДЖЕРЕЛО ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ПРИ ЗДІЙСНЕННІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Актуальність обраної теми пояснюється широким впровадженням в медичну практику нових методів діагностики і лікування, приладів, речовин, технологій, які можуть бути віднесені до джерела підвищеної небезпеки, оскільки здатні заподіяти деколи більше шкоди, ніж сама хвороба.

Дане питання розглядали у своїх наукових працях такі науковці як М. М. Агаркова, С. Б. Булеца, О. Л. Жуковська, Н. В. Терещенко та інші.

На сьогоднішній день відсутнє законодавче визначення поняття джерела підвищеної небезпеки при здійсненні медичної діяльності. Відповідно до ч. 1 статті 1187 Цивільного кодексу України джерелом підвищеної небезпеки є діяльність, пов'язана з використанням, зберіганням або утриманням транспортних засобів, механізмів та обладнання, використанням, зберіганням хімічних, радіоактивних, вибухо- і вогненебезпечних та інших речовин, утриманням диких звірів, службових собак та собак бійцівських порід тощо, що створює підвищену небезпеку для особи, яка цю діяльність здійснює, та інших осіб. Йому притаманні дві ознаки: шкідливість і невідконтрольність людині. Відповідно до ч. 2 п. 4 Постанови Пленуму Верховного Суду України від 27 березня 1992 р. № 6 «Про практику розгляду судами справ за позовами про відшкодування шкоди» під володільцем джерела підвищеної небезпеки розуміється юридична особа або громадянин, що здійснюють експлуатацію джерела підвищеної небезпеки в силу права власності, повного господарського відання, оперативного управління або з інших підстав (договору найму, довіреності тощо). Тобто, певна діяльність медичних працівників може бути віднесена до джерела підвищеної небезпеки, так як лікар не завжди має можливість повністю проконтролювати процес надання медичної допомоги і можливі результати своєї діяльності. Прикладом може бути здійснення вакцинації, застосування отруйних, наркотичних, сильнодіючих лікарських засобів (морфію, кокаїну), рентгенівських установок, лазерних препаратів, приладів із використанням ультразвуку, нових медичних технологій при проведенні медичних експериментів, використання електричного струму, вибухових та вогненебезпечних лікарських засобів (ефіру) тощо. Проте не можна віднести до джерела підвищеної небезпеки діяльність, наприклад, хірургів, гінекологів, анестезіологів, оскільки вона не завжди відповідає ознакам такого джерела, хоча методи лікування не виключають небезпеки для пацієнта, але використання інструментів здійснюється під контролем волі і свідомості людини.

Відповідно до ч. 5 ст. 1187 ЦК особа, яка здійснює діяльність, що є джерелом підвищеної небезпеки, відповідає за завдану шкоду, якщо вона не доведе, що шкоди було завдано внаслідок непереборної сили або умислу потерпілого. Тобто, це відповідальністю «без вини», за випадково заподіяну

шкоду, яка ґрунтується на принципі ризику. Хоча, на думку К. Б. Ярошенка, не можна встановлювати відповідальність лікарні за шкоду, заподіяну нею при використанні джерела підвищеної небезпеки під час лікування хворих (наприклад, при рентгенотерапії), оскільки лікування має на меті усунути небезпеку, що виникла для організму. На нашу думку, це не є аргументом, адже законом встановлена відповідальність незалежно від мети і умов використання джерела підвищеної небезпеки.

Отже, ознаками джерела підвищеної небезпеки при здійсненні медичної діяльності є непідвладність людині та шкідливість. Під час здійснення медичної діяльності джерело підвищеної небезпеки наявне у формі приладів та певного роду діяльності. Таким чином, мова в даному випадку йде не про всю медичну діяльність як таку, що містить підвищену небезпеку, а про конкретну шкідливу дію, лише про ту частину лікувальної діяльності, яка пов'язана з використанням предметів і засобів, що є джерелом підвищеної небезпеки. Тому, вважаємо за необхідне закріпити на законодавчому рівні визначення поняття джерела підвищеної небезпеки при здійсненні медичної діяльності.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Регент М.Є.

студент 46 групи

ПЮІ НІОУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВО НА ДОНАРСТВО ОРГАНІВ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

Досягнення сучасної медицини дозволяють у багатьох випадках зберегти життя або поліпшити його якість. За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, трансплантація – це перенесення живої чи мертвої тканини чи органа між особами одного чи різних видів. Відповідно до ст. 1 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», трансплантація – спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини.

Необхідно зазначити, що порядок здійснення трансплантації в будь-якій країні регулюється національним законодавством та міжнародними нормативно-правовими актами. Так, діяльність, пов'язану із трансплантацією в Україні, можуть здійснювати акредитовані в установленому законодавством України порядку державні та комунальні заклади охорони здоров'я і державні наукові установи згідно з переліком, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

Основним принципом, який сформувався на міжнародному та національному рівні, є прижиттєве безоплатне донорство, при цьому, як зазначає ВООЗ, допускається компенсація донорові розумних витрат понесених у зв'язку з операцією. Найчастіше саме цей принцип і порушується. Людські органи стають товаром, а в умовах загального дефіциту донорських органів – дефіцитним і дуже дорогим товаром. Торгівля органами та ін. анатомічними матеріалами здійснюється через неможливість отримати вчасно необхідний орган законним шляхом, брак коштів, здійснення впливу на донорів, які в результаті погоджуються на добровільній основі на операцію, та ряд ін. при-

чин, що породжують розвиток «чорного» ринку органів та тканин. Вирішення питання про збільшення кількості доступних органів, можливо шляхом зміни у деяких країнах юридичної моделі вилучення органів від померлих донорів і введення певних заохочень.

Аналізу досвіду зарубіжних країн щодо трансплантації органів і тканин людини дає можливість виділити дві моделі регулювання донорства органів і тканин від померлих осіб, так звана «презумпція згоди» та «презумпція негоди». «Презумпція згоди» стосується осіб що померли, відповідно до неї вилучення і використання органів від померлого здійснюється у випадку, якщо померлий за життя не висловлював заперечень проти цього або якщо заперечення не висловлюють його родичі чи законні представники. Що ж до другої моделі, а саме «презумпції незгоди» то вона означає, якщо до своєї смерті померлий явно не заявляв про свою згоду на вилучення органу (органів) або члени його сім'ї чітко виражають незгоду на такі дії у тому випадку, коли померлий не залишив подібної заяви. У таких випадках відсутність згоди розглядається як відмова від трансплантації. На сьогоднішній день в Україні діє саме «презумпція незгоди», яка передбачена ст. 16 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини». Щодо заходів заохочення, то в деяких країнах наприклад здійснюються компенсаційні виплати сім'ям донорів, існують навіть пропозиції зниження таким особам податків, виплачуються соціальні пільги донорам, а членам їх сім'ї надаються 50% знижки на лікування на 5 років після самої операції з трансплантації.

Таким чином, правове регулювання трансплантації до теперішнього часу удосконалюється. Повинна здійснюватися боротьба проти торгівлі органами та ін. анатомічними матеріалами. Слід не тільки розробити діючий механізм відповідальності за порушення принципів донорства, але й розробити план усунення причин і умов, які обумовлюють здійснення цих порушень.

Науковий керівник – д.ю.н., доц., Пашков В. М.

Река А.В.

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ

У час бурхливого розвитку національного законодавства, що зумовлено значним впливом міжнародного права і прагненням України вдосконалити свою нормативно-правову базу відповідно до європейських стандартів, досить актуальним питанням є дослідження нових ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики.

Багато дослідників приділило значну увагу у своїх наукових працях питанням, пов'язаним із ліцензуванням медичної практики, а саме: Е.А. Аніщенко, К.Ю. Лакунін, М.Р. Муравйова, Л.М. Підгорна, Н.А. Рубанов, С.Г. Стеценко, Т.В. Титовська та багато інших.

Виходячи із змісту норм законодавства, а саме ст. 1 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 2 березня 2015 року (далі – Закон), слід відмітити, що ліцензування – засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензу-

ванню, спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів. Цей закон у ст. 7 має вичерпний перелік видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, серед яких і медична практика.

Ідея ліцензування медичної практики, перш за все, полягає в захисті громадян від некваліфікованого медичного обслуговування, адже звертаючись за медичною допомогою особа довіряє найдорожче – своє життя і здоров'я. Саме тому за для отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики держава закріпила низку вимог, що чітко закріплені у Постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» № 285 від 2 березня 2016 року (далі – Постанова).

У результаті прийняття нових ліцензійних умов значно полегшується не лише порядок отримання ліцензії, а й вимоги до провадження господарської діяльності з медичної практики. Перш за все, це пов'язано з тим, що Постанова скорочує перелік документів, які подаються ліцензіатом разом із заявою та зменшує обсяг даних, які ним декларуються. Але дійсно революційною новацією є те, що фізичні особи-підприємці, які не мають медичної освіти мають право на отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за умови найму осіб, що мають медичну освіту та відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам.

Це нововведення має низку позитивних наслідків. По-перше, розвиток приватного медичного сектора стимулюватиме покращення медичного обслуговування населення, адже на сьогоднішній день державні і комунальні медичні заклади не в змозі в повному обсязі забезпечити якісне надання медичних послуг. По-друге, збільшиться кількість робочих місць для спеціалістів у галузі медицини. По-третє, утворяться сприятливі умови для залучення інвестицій, що в свою чергу має розширити можливість звернення до спеціалістів особам, які проживають у неprestижних регіонах.

Великої уваги заслуговує і той факт, що держава нарешті почала робити кроки на шляху створення інфраструктури для пересування людей із фізичними вадами. Підкріпленням цього слугує закріплення в Постанові обов'язку ліцензіата забезпечити умови для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до приміщення медичного закладу.

Підсумовуючи все вищезазначене, слід підкреслити, що ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики зазнали суттєвих змін. Перш за все, це стосується організаційних вимог, що в свою чергу мають призвести до позитивних наслідків у всій системі медичного обслуговування. Але поруч з тим існує багато положень, які в подальшому потребують доопрацювання.

Рімор А. В.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ ПРАВА ОРЕНДИ ЗЕМЕЛЬ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО ПРИЗНАЧЕННЯ

Проведення низки реформ в земельному секторі України та постійне оновлення законодавчої бази призводить до застосування нових підходів, стандартів та вимог до процедури державної реєстрації речових прав на земельні ділянки, зокрема права оренди.

Земля є основним національним багатством, що належить українському народу. Формою реалізації повноваження користування землею українським народом слід вважати право загального землекористування. Часто воно реалізується через оренду земель сільськогосподарського призначення. Питання державної реєстрації права оренди земельної ділянки в Україні, як держави аграрного типу було, є і залишиться актуальним. Відносини, що виникають між орендарем і орендодавцем потребують нормативного закріплення і державного регулювання, з метою захисту і забезпечення прав і обов'язків обох сторін.

Щодо актуальних проблем державної реєстрації права оренди землі, найсуттєвішою і найгострішою проблемою на сьогодні є відсутність постійної, стабільної структури органів, компетентних щодо реєстрації права оренди. До недавніх пір основними органами, що здійснювали державну реєстрацію права оренди землі були Державні реєстраційні служби у районах, областях та містах, які з 1 квітня 2016 року остаточно припинили свою діяльність і були приєднані до Міністерства юстиції України та перетворені в Департамент державної реєстрації, повноваження і сфера діяльності яких, залишилась незмінною. Також органами та структурами, що наділені повноваженнями проводити державну реєстрацію права оренди є державні та приватні нотаріальні контори та державні установи з надання різноманітних адміністративних послуг. Постійне реформування органів, що здійснюють державну реєстрацію, обмеження та передача їх повноважень, зміна реквізитів та розмірів адміністративного збору за проведення державної реєстрації права оренди створюють безліч проблем.

З 1 січня 2013 року відбулися значні зміни в земельному законодавстві, а саме були внесені зміни до Земельного кодексу України, прийнятий Закон України «Про Державний земельний кадастр». Новими актами законодавства передбачалося ведення Єдиного реєстру речових прав на нерухоме майно в електронному вигляді, простіше кажучи перенесення в електронну базу всіх даних про всі земельні ділянки.

З моменту введення в дію реєстраційної системи, вона почала давати збої. І чим довше система функціонувала, тим помітнішими ставали її недоліки. Зокрема, ускладнення реєстраційної процедури, відсутність використання інформаційних технологій у достатньому обсязі. Реєстрація права оренди земель сільськогосподарського призначення відбувалася зі значною затримкою, що спричинило, безперечно, значні ризики для сільськогосподарського виробництва, а також порушення законодавства обтяжень.

Ще однією проблемою, яка гальмувала реєстраційний процес, стала відсутність належної взаємодії між реєстрами прав і земель. Так, у процесі

формування реєстру речових прав, інформацію про власників і користувачів земельних ділянок із Державного реєстру земель не було перенесено до Державного реєстру прав на нерухоме майно. Як наслідок, землевласники та землекористувачі мали повторно реєструвати свої права власності та права користування в новоствореному реєстрі прав.

Отже, на сьогоднішній день постійні зміни та оновлення земельного законодавства та реформування системи органів, що здійснюють державну реєстрацію права оренди, створюють ряд проблем в процедурі здійснення державної реєстрації, але вдосконалення реєстраційної системи триває, реєстраційна процедура потребує подальших, ефективних змін. Адже головними критеріями тут мають бути достовірність, гарантованість, при цьому затрати часу й коштів на реєстрацію мають бути максимально оптимальними.

Науковий керівник: к.ю.н., ас., Задихайло Д.Д.

Рожок Д. І.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОНОРСТВА КРОВІ, ШЛЯХИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

Донорство крові є добровільною передачею частини своєї крові для подального переливання реципієнтам чи готування лікувальних препаратів. У наш час донорство виступає як невід'ємний соціально-економічний інститут у медицині. Але, на сьогодні його правове регулювання не відповідає новим стандартам, що доволі активно проявляється на сфері функціонування донорства взагалі. Виникає свого роду потреба законодавчого врегулювання окремих особливостей цього процесу.

Візьмемо за основу закон яким здійснено правове регулювання донорства крові який був прийнятий у 1995 році ЗУ «Про донорство крові та її компонентів». Згідно цього закону під донорством крові розуміється акт волевиявлення людини, який полягає у наданні крові або її компонентів з метою їх подальшого безпосереднього використання в лікувальних цілях, а також виготовлення відповідних лікарських препаратів або використання у наукових дослідженнях. Першим етапом до здачі крові є попереднє медичне обстеження та стан здоров'я, повинна бути виключена загроза життю та здоров'ю донора і реципієнта.

У теорії існує багато варіантів щодо вдосконалення правового механізму даної сфери, разом з цим постають відповідні питання, вирішення яких можливе лише за умови прийняття нових підзаконних актів тому що вищезазначений закон врегульовує загальну процедуру донорства крові і відповідає міжнародним стандартам.

Пріоритетним є визначення ступеня інформованості донора щодо того як його кров може бути використана (зокрема комерційне використання крові). Щодо комерційного використання конкретно, то досі існують певні розбіжності щодо отримання частини прибутку донором або його родичами. Також науковці вважають суперечливим питання поінформованості не тільки донора про можливе використання своєї крові а й реципієнта про його донора. Законодавство забезпечує конфіденційність даних донора, але тут виникає наступна проблема чи не є така конфіденційність обмеженням прав

хворого на інформацію про джерело з якого надійшла донорська кров, а також інформацію про стан здоров'я донора.

У наковій літературі з даної тематики можна спостерігати те, що деякі науковці заперечують обґрунтованість закріпленої у ЗУ “Про донорство крові та її компонентів” можливості оплатного донорства крові. Зокрема у законі зазначається, що при оплатному наданні крові відповідно збільшується ймовірність надання неправдивих відомостей при переддонорському анкетуванні, в результаті чого можливі ускладнення у реципієнта, пов'язані з хворобами донора. Але це питання залишається спірним тому що донорська кров перед її використанням потребує обов'язкового дослідження, а надання такої крові яка не може бути використана безпосередньо для переливання, не виключає можливості її використання у наукових цілях.

Також суспільство вимагає хоча б якогось фінансового сприяння донорству крові, у якого на даний момент відсутній належний рівень систематичності. Залишається питання щодо розподілу донорської крові, адже це може бути досягнуто лише за умови якщо будуть встановлені прозорі критерії розподілу які будуть визначені на законодавчому рівні.

Підводячи підсумок можна сказати що першим кроком для вдосконалення правового механізму донорства крові будерозробка єдиного теоретичного базису який буду спрямований на вдосконалення законодавства про донорство. Правове забезпечення цієї галузі яке існує на сьогодні викликає чимало питань, які у подальшому повинні перетворитися на систему пропозицій з його вдосконалення, а конкретно це стосується питань справедливого розподілу донорського матеріалу, забезпечення безпеки як реципієнта так і донора та доступу до їх інформації.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Роздільна А.А.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Реклама на сьогодні займає одне з найвпливовіших місць у суспільстві. За допомогою реклами товаровиробники здійснюють процес реалізації своєї продукції, підіймають рівень обізнаності населення про товар, реалізують своє право на добросовісну конкуренцію. Реклама медичних препаратів є однією з найпопулярніших та найпоширеніших на сьогодні. Законодавством України передбачений доволі жорсткий перелік вимог до такого рекламування. Так, відповідно до ч. 3 ст. 19 Основ законодавства України про охорону здоров'я встановлено, що держава забезпечує дотримання вимог закону стосовно обмеження реклами лікарських засобів. Наказом МОЗ України від 06.11.12 затверджено Перелік лікарських засобів, заборонених для рекламування, які відпускаються без рецепта. Крім того, Закон України «Про рекламу», а саме ст. 21 передбачає, що реклама лікарських засобів та медичних виробів повинна містити: об'єктивну інформацію про лікарський засіб, медичний виріб і здійснюватися так, щоб було зрозуміло, що наведене повідомлення є рекламою, а рекламований товар є лікарським засобом, медичним виробом; вимогу про необхідність консультації з лікарем перед за-

стосуванням лікарського засобу чи медичного виробу; рекомендацію щодо, обов'язкового ознайомлення з інструкцією на лікарський засіб; текст попередження такого змісту: "Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я", що займає не менше 15% площі (тривалості) всієї реклами.

Реклама лікарських засобів і медичних виробів не може містити порівнянь з іншими лікарськими засобами, медичними виробами, методами профілактики, діагностики, лікування і реабілітації з метою посилення рекламного ефекту.

Однак, на практиці ми бачимо систематичне порушення цих вимог з боку рекламодавця та виробника реклами, а також безпосередньо з боку власників джерела реклами, які погоджуються розмістити рекламу на своїх каналах, сторінках журналів, інших джерелах. В якості прикладу таких порушень можна згадати рекламу такого препарату як Біле вугілля, яка транслювалася багатьма каналами. Так рекламний слоган наголошував: «Біле вугілля – не Чорне вугілля»

Окремого питання заслуговує й зображення у рекламі та на упаковці товару зображень органів, які ним лікуються. Так, відомим є той факт, що існує безліч хвороб, кожна з яких потребує свого спеціального лікування, при цьому, виходячи зі специфіки самого пацієнта (тобто необхідний індивідуальний підхід до лікування), однак існує вірогідність віддання переваги споживачем цьому лікарському засобу лише з тієї підстави, що він призначений для лікування, наприклад серця. Вище зазначене призводить до багатьох негативних наслідків. Так більшість спеціалістів в галузі медицини стурбовані проблемою самолікування пацієнтів. Самолікування може привести до цілої низки негативних наслідків, а іноді, навіть стати причиною фатальних та трагічних наслідків. Так, на підтвердження зазначеного, можна привести положення Рішення Ради Національної безпеки і оборони України від 25 травня 2012 року «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами», затвердженого Указом Президента України 526/2012 від 30.08.2012 року, а саме: «...важливою проблемою залишається недосконалість державного контролю за рекламою лікарських засобів. Неефективний контроль у цій сфері та недобросовісна реклама лікарських засобів призводять до поширення серед населення практики самолікування без попередніх консультацій та рекомендацій кваліфікованих медичних працівників, що завдає значної шкоди здоров'ю громадян».

Таким чином, враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що реклама лікарських засобів, є одним з найважливіших та проблемних питань на сьогодні. Питання, пов'язані з правовим регулювання порядку рекламування таких товарів потребують детального вивчення та найшвидшого вирішення. На сьогодні існує ще безліч прогалин діючого законодавства в цій сфері, наявність яких призводить до цілої низки негативних наслідків для суспільства та для держави в цілому.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А.О

Романенко В.А.

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПЕРСПЕКТИВИ ТРУПНОГО ДОНОРСТВА В УКРАЇНІ

Слід відмітити, що життєві ситуації складаються по різному і вже давно назріло питання про запровадження в Україні посмертного (трупного) донорства. Проте, наразі, операції з назвою «трупне донорство» в Україні практично не проводяться. На нашу думку, це обумовлено застарілим законодавством.

На даний час в Україні діє Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», в статті 16 якого проголошено презумпцію незгоди, тобто кожна повнолітня дієздатна особа може дати письмову згоду або 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». Презумпція незгоди закріплена в ч. 2 статті 290 Цивільного кодексу України, де зазначено, що взяття органів та інших анатомічних матеріалів з тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в порядку, встановлених законом. Фізична особа може дати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті або заборонити його. Якщо людина за життя чітко висловила волю щодо долі свого тіла та його органів, то питань не виникає. Інша ситуація, коли воля померлої людини не відома, є більш поширеною. Також презумпція незгоди закріплена і в ч. 3 ст. 47 Основ законодавства України про охорону здоров'я, відповідно до якої взяття органів та інших анатомічних матеріалів з тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в порядку, встановлених законом.

На перший погляд, дані норми, з точки зору гуманізму є правильними, але, зараз існує дуже великий дефіцит органів для пересадки внаслідок прийняття норми «презумпції незгоди». На нашу думку, Україні доцільніше перейти до «презумпції згоди», оскільки, якщо на чільне місце поставити життя та здоров'я людей, а не збереження тіл померлих, як вважає консервативна християнська позиція то можна було б зберегти життя людей, які борються за нього.

В зв'язку з цим, виникають сумніви в тому, що людина, її життя і здоров'я є найвищою соціальною цінністю, про що зазначено в Конституції України. Оскільки, людина є цінністю не тільки для самої себе, а й для всього суспільства, для соціуму, причому ця цінність є найвищою, тому жодне інше явище не може оцінюватися суспільством вище, ніж людина.

Таким чином, відштовхуючись від конституційних положень, на нашу думку, запровадження принципу згоди в транспланталогії є необхідним. Ми пропонуємо внести відповідні зміни до вищезазначених законодавчих актів, таких як: ЗУ «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» (ч.1 ст. 16), ЗУ «Про донорство крові та її компонентів» (ст.2), Основ законодавства про охорону здоров'я (ч.3 ст. 47), Цивільний Кодекс (ч.2 ст. 290). Запровадження «трупного донорства» врятує багато життів, а

життя дається людині лише раз, і тому держава повинна всіма способами зберегти життя кожної людини.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Ромодан М.О.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ

Одним із домінуючих місць в юридичній та медичній літературі, займає питання лікарської помилки. Тим не менше, вчені і досі дискутують з приводу поняття лікарської помилки та її значення для вирішення питань юридичної відповідальності медичного працівника, який цю помилку допустив.

Дане питання досліджувалось в наукових працях А. Байда, В. Глушков, М. Маленина, І. Огарков та інші.

Якщо узагальнити всі наукові напрацювання саме з цієї проблематики від радянського періоду і до сьогодні, то можна сказати, що під помилкою розуміється неправильні дії медичного працівника, які було вчинено винно, (суб'єктивна помилка) або без вини (об'єктивна посылка) і якими заподіяна шкода пацієнту.

Взявши до уваги те, що більшість науковців намагалися обґрунтувати добросовісний характер медичної помилки і недопустимість притягнення медичного працівника до кримінальної відповідальності за шкоду спричинену внаслідок помилки, виникає потреба проаналізувати такий підхід крізь призму загальних засад кримінального права, що стосуються підстав кримінальної відповідальності.

Згідно ч. 1 ст. 2 КК України, підставою кримінальної відповідальності є вчинення особою суспільно небезпечного діяння, яке містить склад злочину, передбаченого КК України.

Виходячи із цього положення, необхідно встановити, чи впливає фактор лікарської помилки на встановлення в діянні особи усіх ознак складу відповідного злочину.

Також, варто зазначити, що більшість вчених розмежовують кримінально карану лікарську помилку і таку помилку, яка не тягне за собою кримінальну відповідальність за критерієм вини. Але, в той же час, у літературі обґрунтовується необхідність урахування крім вини ще й таких ознак об'єктивної сторони складу злочину, як суспільно небезпечне діяння та причиновий зв'язок. Отже, можна зробити висновок, що на думку більшості дослідників, мінімально потрібним мінімумом для констатації лікарської помилки, є встановлення характеру психічного ставлення медичного працівника до вчинюваного ним діяння (дії чи бездіяльності) і його наслідків.

Проте, виникає питання про кримінально-правове значення лікарської помилки вчиненої винно і без вини. Знову таки, домінує позиція, що лише лікарська помилка спричинена винними діями особи тягне кримінальну відповідальність. При цьому наголос робиться на добросовісному виконанні медичним працівником своїх службових обов'язків, а отже саме така медична помилка виступатиме обставиною, що виключає злочинність діяння.

Дивлячись на те, що сказано вище, є підстава говорити про грубе нехтування великою кількістю науковців основними засадами притягнення особи до кримінальної відповідальності. Взагалі, причин цьому є декілька.

По-перше, поняття лікарської помилки не закріплене законодавчо.

По-друге, як уже відзначалося, єдиною підставою кримінальної відповідальності є вчинення особою суспільно небезпечного діяння, яке містить склад злочину, передбаченого КК України.

Крім того, перелік обставин, що виключають злочинність діяння вичерпно названий в КК, і лікарська помилка до цього переліку не належить.

Взагалі, всі наукові напрацювання, присвячені медичній помилці, були спрямовані саме на захист від кримінальної відповідальності медичних працівників, які помилилися в методах лікування чи оцінці стану здоров'я, що спричинило тяжкі наслідки для останнього. Проте, ставлячи в основу підстави кримінальної відповідальності «добросовісність» чи «недобросовісність» медичного працівника, дослідники проблеми лікарської помилки по суті нехтували значенням ознак складу злочину, наявність яких у діянні винного і є єдиною підставою притягнення до відповідальності. Звідси, усі намагання обґрунтувати кримінально-правове значення лікарської помилки призводитимуть до конфлікту цих наукових положень із загальними кримінально-правовими постулатами стосовно притягнення і звільнення особи від кримінальної відповідальності.

Тому, вихід із цієї ситуації є лише один. Питання кримінальної відповідальності медичного працівника, який своїм суспільно небезпечним діянням спричинив наслідки, передбачені статтею КК, повинно вирішуватися з урахуванням аналізу усіх ознак складу відповідного злочину, а також положень Загальної частини КК. Усі обставини, що впливають на характер вини та суспільну небезпеку скоєного повинні враховуватися органами досудового слідства та судом в процесі кримінально-правової кваліфікації, а також для вирішення питання про звільнення особи від кримінальної відповідальності чи покарання.

На завершення, потрібно все ж дати відповідь на питання стосовно значення лікарської помилки. В основному, наукові розробки у цьому напрямку, відіграють значну роль для розкриття змісту ознак складів злочинів, що вчиняються медичними працівниками. Адже, розуміння лікарської помилки, більшість дослідників бачить крізь призму понять не тільки вини, а й діяння та причинового зв'язку.

Узагальнюючи все вище сказане, можна зробити наступні висновки: По-перше, факт лікарської помилки не має кримінально-правового значення для вирішення питання про притягнення медичного працівника до кримінальної відповідальності, а по-друге, лікарська помилка не може бути включена до переліку підстав, що виключають злочинність діяння.

Руденко А.В.

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

НЕОБХІДНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО КОДЕКСУ В УКРАЇНІ

В статті 49 Конституції України закріплено право кожної особи на охорону здоров'я та медичну допомогу. Здоров'я – це категорія, яка має найважливіше значення в житті кожної людини. Тому, усі права, які мають відношення до неї мають не лише закріплюватися на рівні чинного законодавства, а і бути належним чином реалізовані. Сьогодні механізм реалізації права на охорону здоров'я та медичну допомогу регулюється законодавчою базою, яка включає понад 1200 чинних нормативно-правових документів різного правового статусу. Такі акти як додатки включають ще більше 1000 положень, медичних документів та інструкцій, що регламентують всі сфери охорони здоров'я громадян, як зазначає Клименко О.В. З цього можна зробити висновок, що українське медичне законодавство характеризується роз'єднаністю, розпорошеністю, що жодним чином не сприяє належній реалізації прав людини.

Негативними проявами відсутності єдиної узгодженої системи нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я є також гальмування процесу підвищення правових знань медичних працівників, з точки зору Любінець О.В.; неможливість пересічних громадян належним чином захистити свої права, які порушені; наявність прогалин та колізій.

Тому науковцями та практиками розглядається питання про введення єдиного систематизованого акту в галузі охорони здоров'я. Найбільш перспективний шлях систематизації законодавства – створення Медичного кодексу України, оскільки кодифікація, спрямована на подолання якісних впровадження законодавства, забезпечення його узгодженості й компактності, як вважає Клименко О.В. Варто сказати, що позитивна практика створення кодифікованого акту спостерігається в Казахстані, Російській Федерації, Білорусі.

Вчені-юристи пропонують декілька варіантів систематизації законодавства. З одного боку, вони пропонують кодифікувати нормативну базу, яка стосується виключно сфери надання медичної допомоги, а інші відносини необхідно врегульовувати окремими нормативно-правовими актами, як пропонує Любінець О.В. З іншого боку, деякі науковці пропонують створити єдиний законодавчий акт, який би комплексно врегулював усі суспільні відносини, що входять до предмету медичного права (думка Болотіної Н.Б.). Підтримуючи думку науковців, вважаємо, що в єдиний узгоджений документ варто об'єднати лише ті законодавчі акти, які врегульовують процес та механізм надання медичної допомоги. Адже це важливий елемент охорони здоров'я громадян, саме тут формуються та проявляються пріоритетні напрямки розвитку галузі охорони здоров'я, відображаючи конституційні принципи та міжнародні стандарти.

Структура Медичного кодексу має складатися з класичних елементів – загальна та особлива частина. На нашу думку, в загальній частині необхідно викласти загальні положення (завдання та цілі акту, спрямованість, зміст та межі правового регулювання) та поняття, що стосуються медичної допомоги (зокрема, варто розробити саме поняття «медична допомога», тлумачення

якого відсутнє на рівні сучасного медичного законодавства). Також важливо закріпити принципи надання медичної допомоги. Також важливим елементом, на нашу думку, є визначеність прав та обов'язків самого медичного персоналу, як юридичної основи їх діяльності, що дасть змогу спиратися на дані положення при її здійсненні.

Отже, медичний кодекс – це шлях до вдосконалення законодавства України в галузі охорони здоров'я. Він надасть змогу усунути протиріччя, прогалини, підвищити доступність законодавства та сприятиме створенню належного правового поля для здійснення громадянами права на медичну допомогу.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Савенко Я. С.,

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВО ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ НА ТОРГОВУ НАЗВУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Актуальність даної теми пояснюється тим, що фармацевтична промисловість набуває все більшого темпу розвитку і в Україні спостерігається зростання кількості лікарських засобів, у зв'язку з чим постає проблема вибору торгової назви для новоствореного препарату.

Дану проблематику досліджували такі відомі вчені як С.Б. Білоус, О.В. Галацан, Є.А. Греков, Т. А. Заніна, А. П. Копитько, І.М. Коросташова, Н.Б. Москалюк, В.О. Шаповалова та інші.

Найбільша кількість заявок на отримання свідоцтва на товарний знак подається саме на об'єкти в галузі фармацевтики. Відповідно до офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я станом на 03.10.2016 в Україні зареєстровано всього 12841 лікарських засобів, з них 3858 вітчизняних і 8983 іноземних.

Проаналізувавши Правила розгляду проєктів назв лікарських засобів, що подаються на державну реєстрацію в Україні, затверджені МОЗ України, можна виокремити такі назви лікарських засобів: хімічні (це наукове поняття, яке може вільно використовувати будь-яка юридична чи фізична особа); міжнародні непатентовані (використовуються як назви для аналогічних лікарських засобів, незалежно від наявності патенту); узвичаєні (загальноприйняті назви, що використовуються кількома виробниками, однак не зареєстровані як міжнародні непатентовані); торгові (назви, під якими лікарський засіб знаходиться у цивільному обігу; ідентифікують лікарський засіб та його виробника).

Щоб набути права інтелектуальної власності на назву препарату компанії-виробники реєструють її у вигляді товарного знака (торгової марки). Власники фармацевтичних компаній прагнуть монополізувати назви своїх лікарських засобів як торговельні марки, бо цим, по-перше, отримують право забороняти іншим компаніям виробництво препаратів зі схожим найменуванням, по-друге, мають право погоджувати і контролювати використання третіми особами цього знаку і, по-третє, щоб використовувати власну назву для реклами, просуванню товару на ринок і боротьби з конкурентами. Виключне право користуватися та розпоряджатися правом інтелектуальної власності на торговельну марку засвідчується свідоцтвом.

Для того, щоб відрізнити чи ідентифікувати ці препарати різних виробників у цивільному обороті та не допустити недобросовісної конкуренції, існує реєстрація їх торгових назв. Відповідно до частини 1 статті 9 Закону України «Про лікарські засоби» тільки після державної реєстрації лікарських засобів, крім випадків, передбачених цим Законом, вони можуть бути реалізовані. Відповідно до частини 23 цієї ж статті у державній реєстрації може бути відмовлено у разі, коли внаслідок такої реєстрації будуть порушені захищені патентом чинні майнові права інтелектуальної власності.

Ці норми застосовуються тільки стосовно тих об'єктів права, які захищені патентом (винахід, корисну модель, промисловий зразок), а стосовно прав інтелектуальної власності на торговельну марку подібної норми немає. Це, на нашу думку, є прогалиною в законодавстві, що є перешкодою для захисту свого права інтелектуальної власності на торговельну марку.

Отже, фармацевтичні компанії мають приділяти велику увагу обранню назви лікарського препарату ще на етапі його створення, а для того, щоб забезпечити неповторність, а тому і захист обраної назви, вона може бути зареєстрована як торговельна марка. Вважаємо доцільним ввести обов'язкову процедуру дослідження заявленої торговельної марки на тотожність з попередніми вже зареєстрованими та створити єдину базу торгових назв на лікарські засоби.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Савченко Т. О.,

студентка 35 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА КОНФІДЕНЦІЙНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ЗДОРОВ'Я

Зараз, коли теза «хто володіє інформацією, той володіє світом» стала надзвичайно актуальною, з'явилась неабияка потреба захистити дані про себе від незаконних посягань. Часто, перебуваючи в досить безпорадному стані ми хвилюємось чи не буде те, що ми повідомимо використано проти нас.

Звертаючись за медичною допомогою, пацієнти побоюються, чи не стане відома інформація, яку вони повідомили лікарю: про свій стан здоров'я, сімейні обставини і т. д. третім особам. Особливо це стало актуально зараз, коли в багатьох клініках така інформація про пацієнта зберігається у вигляді баз даних, а отже теоретично отримати до неї доступ достатньо просто.

Але чи так це насправді? Основоположний закон держави забезпечує право на захист.

Зокрема, ст.32 цього закону гарантує конфіденційність особистої інформації про людину. Крім того, не потрібно забувати про таке поняття, як лікарська таємниця.

Відповідно до ст.40 Основ законодавства України про охорону здоров'я – медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі

у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Фактично, право фізичної особи на інформацію про стан здоров'я закріплене у Цивільному кодексі України, в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актах. Таке право знаходиться у тісному взаємозв'язку поряд з іншими не майновими правами, що забезпечують, природне існування людини як учасника цивільних відносин. Відповідно до положень Цивільного кодексу України, повнолітня фізична особа має право на достовірну інформацію про стан свого власного здоров'я, в тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються здоров'я. Цим правом наділені також батьки (усиновлювачі), опікун та піклувальник щодо інформації про стан здоров'я дитини або підопічного. Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я 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 та здоров'я. Пацієнт має право знайомитися з історією хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування. Але все ж таки, право пацієнта на достовірну і повну інформацію стосовно свого здоров'я певним чином обмежується правами окремих категорій медичних працівників.

Так, зокрема у ч. 3 ст. 285 Цивільного кодексу України закріплено можливість медичних працівників давати неповну інформацію про стан здоров'я фізичної особи, право обмежити можливість їх ознайомлення з відповідними медичними документами, якщо ця інформація може погіршити стан здоров'я такої фізичної особи або зашкодити процесу лікування. У ч. 3 ст. 39 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що в особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоду здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Така медична інформація за своїм правовим режимом належить до конфіденційної, тобто інформації з обмеженим доступом. Лікар зобов'язаний на вимогу пацієнта, членів його сім'ї або законних представників надати їм таку інформацію повністю і в доступній формі. Визначення, який саме об'єм інформації про стан здоров'я фізичної особи може бути таким, що зашкодить здоров'ю чи процесові лікування, має оціночний характер. Кожен лікар з огляду на знання про хворобу, ризику, пов'язані з нею та інші чинники, може порізно визначити яка саме інформація про здоров'я особи може бути несприятливою для неї та її рідних. При цьому він керується і суб'єктивним уявленням, яке у нього склалося про пацієнта. Такі нормативні положення порушують низку проблем, що носять винятково актуальний характер і вимагають свого негайного вирішення.

Що стосується родичів чи законних представників, яким повідомляється про стан здоров'я близької їм особи, то не завжди це співпадає з бажанням хворого. Є відомі випадки, коли особа, яка хворіє не бажає повідомити про свою хворобу близьким, прагне залишити це в таємниці. Тому, лише особа, вправі визначати коло осіб, яким може бути повідомлено про стан її здоров'я. Розголошення можливе лише в окремих випадках та лише в інтересах хворого

В ст. 286 ЦК України зазначено, що фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні; забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи. До відомостей одержаних при медичному обстеженні особи можна віднести, наприклад, інформацію про інтимні стосунки, про сімейне життя, а також охоронювані законом інші особисті таємниці особи (наприклад, про заповіт, про банківські рахунки). Таким чином, предмет лікарської таємниці складають: стан здоров'я пацієнта; хвороби і діагноз; огляд і його результати; методи лікування; інтимна і сімейна сторони життя пацієнта; інші відомості, отримані при медичному обстеженні.

Гарантією збереження лікарської таємниці є те, що лікарі та інші медичні працівники не можуть бути допитані як свідки ні в цивільному, ні в кримінальному процесі щодо відомостей, що становлять лікарську таємницю.

На наш погляд, в чинному законодавстві потрібно закріпити вичерпний перелік випадків вище зазначеного права медичним працівникам. Хоч право на інформацію про стан здоров'я особи та на забезпечення її конфіденційності є нормативно закріплене і гарантується законодавством нашої держави, та все ж таки є недоліки в законодавчих актах і тому, необхідно внести до них певні зміни. Це надасть змогу фізичній особі ефективніше реалізувати своє право на захист інформації про здоров'я.

Науковий керівник – к.ю.н, доц., Греков Є.А.

Сазонюк А.В.

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ»

Проблема регулювання та захисту права особи на збереження інформації про стан її здоров'я існувала завжди. Про це свідчить і така історична пам'ятка, як клятва Гіппократа, в якій присвячується увага питанню збереження таємниці в роботі лікаря: «Про щоб я не дізнався під час виконання своїх професійних дій, щоб не побачив і не почув про дії людського життя, які не слід будь-коли розголошувати, я змовчу, вважаючи це таємницею»

Регламентація питань щодо лікарської таємниці міститься у багатьох нормативних актах України. Так, ст. 32 Основного Закону України гарантує конфіденційність особистої інформації про людину; ст. 286 Цивільного кодексу України гарантує фізичній особі право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні; ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я зафіксувала: медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків; п. 2 ст. 11 Закону України «Про інформацію» чітко вказує, що не допускаються збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації

про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та захисту прав людини. До конфіденційної інформації про фізичну особу належать, зокрема дані про її національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання, стан здоров'я, а також адреса, дата і місце народження.

Крім того слід розмежовувати такі терміни як «лікарська таємниця» та «медична таємниця». Лікарська таємниця не є аналогом медичної таємниці. Медична таємниця є більш ширшою за своїм значенням і являє собою інформацію для пацієнта, а лікарська таємниця є інформація про пацієнта.

Відповідно до положень ЦК України та Основ законодавства України про охорону здоров'я, можна виділити категорії інформації про пацієнта, які складають лікарську таємницю. А саме: факт та привід звернення за медичною допомогою; стан здоров'я та захворювання пацієнта; факт медичного огляду та його результати; інтимне та сімейне життя пацієнта; інші відомості, які отримані під час обстеження та лікування.

До суб'єктів лікарської таємниці можна віднести: 1) медичних працівників (головні лікарі, їх заступники, лікарі, медичні сестри, акушери, санітари тощо); 2) особи, що не належать до медичних працівників у закладах охорони здоров'я (водії, працівники їдалень, працівники медичних архівів, реєстратори тощо); 3) фармацевтичні працівники; 4) працівники страхових організацій; 5) працівники управлінь охорони здоров'я органів державної влади та органів місцевого самоврядування; 6) особи, відомості яким були передані у встановленому законом порядку (органи дізнання, досудового слідства, суди тощо)[5; 40].

Отже, лікарська таємниця є професійною таємницею, зміст якої становить інформація, що була отримана в процесі лікування та інформація про факт і привід звернення до медичного закладу, стан здоров'я і захворювання пацієнта, факт медичного огляду та його результати, інтимне і сімейне життя пацієнта та іншу інформацію про хворого, яку особа, що належить до суб'єктів лікарської таємниці, не може нікому і ніколи розголошувати, крім випадків встановлених в законодавстві.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

*Саркісов К. К.,
студент 41 групи*

ПКОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗМЕЖУВАННЯ ПРЕДМЕТУ НАВЧАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН ОХОРОНОЗДОРОВЧОГО ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА

Щороку питання медичного права в Україні привертають увагу не лише лікарів та юристів, а й громадськості. З огляду на це, вітчизняне медичне право повинно стати на сьогодні одним з пріоритетних напрямків здійснення прогресивних змін законодавцем для формування його в повноцінну галузь права. Як і будь-яка інша галузь права, медичне право потребує чіткого окреслення предмету, на основі якого будуватимуться як навчальні посібники, формуючи навчальну дисципліну, так і подальші наукові напрацювання.

В законодавствах багатьох країн Європи прийнято розрізняти такі поняття, як «медичне право» (medical law) та «охороноздоровче право» (health law). Аналіз наукових напрацювань у цій сфері дозволяє дійти висновку, що

поняттям «медичне право» охоплюються ті відносини, що виникають між лікарем та пацієнтом безпосередньо при наданні медичної допомоги. «Охороноздоровче право» є ширшим поняттям, до нього відносять норми, що регулюють організацію і управління охороною здоров'я в країні, загальні права громадян в сфері охорони здоров'я, права пацієнтів і їх захист, права, обов'язки та відповідальність медичних працівників за вчинення правопорушень, пов'язаних в першу чергу не з порушенням якості надання медичних послуг, а з порушенням її процедури.

Хоча предмет медичного права на сьогодні і окреслено, все ж в наукових колах точаться ґрунтовні дискусії та висловлюються діаметрально протилежні погляди на певні питання. Такі протиріччя виникають у зв'язку з широким колом правового регулювання питань, поставлених перед медичним правом. Одним з найбільш дискусійних є питання підготовки кваліфікованих кадрів у аналізованій сфері. З огляду на структуру медичного права, стає зрозумілим, що фахівець з нього повинен мати юридичну і медичну освіту. Такі вчені як Децик О.З., Сорока О.Я. наголошують на необхідності викладання медичного права студентам юридичних вузів. В свою чергу, Гревцова Р.Ю. зазначає про доцільність викладання юриспруденції в медичних вузах. Хоча, звичайно, усі вчені сходяться в тому, що спеціаліст з медичного права повинен отримати дві вищі освіти, така вимога повинна бути вірно оцінена з боку держави, що, у зв'язку з обмеженістю бюджетних коштів на виплату заробітних плат правникам, які надають правову допомогу за державні кошти, реалізувати дуже складно.

На сьогодні навчальна програма юриспруденції в медичних вузах багато в чому повторює шкільний курс правознавства і не відповідає сучасним стандартам. Як свідчить досвід, викладання предмету на першому курсі є недоцільним, бо студенти ще не стикалися з медичною практикою і не розуміють важливості отриманих юридичних знань.

З огляду на зазначене, доцільним вбачаються подальші наукові дослідження в аспекті розмежування предметів навчальних дисциплін медичного та охороноздоровчого права, викладання яких в медичних та юридичних вузах відповідно, якісно вплинуть на покращення рівня знань спеціалістів у тій сфері юриспруденції, яка найбільшою мірою відповідає основному напрямку отримуваної освіти.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Свинобой О. М.

студент 31 групи

ПЮІН НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМА НАДАННЯ ЗГОДИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ І ТКАНИН ВІД ПОМЕРЛОГО ДОНОРА В УКРАЇНІ:

«ПРЕЗУМПЦІЯ ЗГОДИ» ЧИ «ПРЕЗУМПЦІЯ НЕЗГОДИ»

За даними статистики щорічно в Україні помирає від 40 до 60 потенційних донорів на 1 млн. населення, що становить близько 3 тисяч осіб, які могли б стати донорами і врятувати життя 10 тисячам хворим, і це попри те, що в Україні діє досить розгалужена система нормативних актів, які регулюють питання трансплантації органів і тканин в Україні. Однак лишається питання надання згоди на трансплантацію, оскільки законодавство містить

прогалини та колізії регулювання у цій сфері, що не дозволяють цьому напрямку медицини набути поширення в Україні. Однією із визначальних причин гальмування розвитку трансплантації в Україні є відсутність необхідної кількості органів.

Цивільний кодекс України закріплює право особи на донорство. Відповідно до ч. 3 ст. 290 ЦК України, фізична особа може дати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті або заборонити його. Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» від 16.07.1996 р. у ст. 16 встановлює теж правило що й ЦК України, із умовою, що у разі відсутності заяви, згода може бути надана одним із подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті, а якщо померлий є неповнолітнім, обмежено дієздатним чи недієздатним – за згодою їх законних представників. Тож, можна стверджувати, що наразі в Україні діє «презумпція незгоди», тобто особа має документально оформити свою згоду стати донором після смерті, за відсутності згоди – його органи і тканини не можуть бути використані для трансплантації. При цьому діє так звана інформована згода, яка передбачає можливість трансплантації органів померлого із дозволу родичів. Однак в дійсності це призводить до того, що в Україні практично немає трансплантації від померлих донорів, оскільки особа зазвичай не залишає свого волевиявлення при житті, а від родичів дозволу практично домогтися неможливо, враховуючи їх важкий психологічний стан.

У цьому аспекті багато науковців вважають за необхідне впровадження «презумпції згоди», яка полягає у тому, що особа за свого життя подає заяву про її незгоду стати донором у разі смерті, однак у випадку відсутності такої заяви за умовчанням вважається, що особа погоджується бути донором. Оскільки такий підхід до проблеми дозволить у разі збільшити кількість донорських органів, а отже врятувати численну кількість життів і покращити стан трансплантації в нашій державі. Так, у 2013 р. було внесено Проект Закону № 2184а, відповідно до якого передбачалось впровадження «презумпції згоди», однак такий підхід не знайшов підтримки політиків. І така позиція є зрозумілою, оскільки за сучасних політичний, соціально-економічних умов української дійсності введення «презумпції згоди» не покращить ситуацію стану трансплантації в Україні, виходячи з наступного: це суперечить принципам добровільності і безкорисності, закріпленим у міжнародно-правовим актам; ігнорування прав людини, що полягає у позбавленні її права вибору щодо використання його органів чи тканин для пересадки у випадку смерті; потенційна можливість криміналізації цієї галузі медицини; важкохворі особи, які є потенційними донорами, можуть бути умисно позбавлені необхідної медичної допомоги; критичний стан української медицини та постійне зростання недовіри до медичних установ та системи загалом.

Так, Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини № 2386а-І внесений у 2015 р., який зберігає «презумпцію незгоди», а також дає можливість взяття матеріалів для трансплантації не лише від родинного донора, був прийнятий у першому читанні.

Тому підсумовуючи, на наш погляд, доречним буде збереження та подальше належне нормативне врегулювання саме «презумпції незгоди» в

Україні, адже основною засадою трансплантації повинна лишатись необхідності отримання згоди на вилучення органів чи тканин для трансплантації, незалежно від того особа жива, чи померла, оскільки це відповідає принципам сучасних демократичних країн. При цьому важливим є закріплення конкретного, не надто розширеного переліку родичів, які можуть надавати таку згоду.

При аналізі поставленої проблеми, доцільно звернутись до практики зарубіжних країн у цій сфері. Так, варто звернути увагу на досвід Німеччини, де на законодавчому рівні кожен громадянин зобов'язаний в медичних страхових полісах обов'язково вказувати свою згоду чи незгоду на вилучення органів і тканин для трансплантації у разі смерті. Також у Німеччині, як і у більшості країн Європи, застосовують практику ведення спеціальних «карток донора», яка видається донору на підтвердження письмової згоди стати донором анатомічних матеріалів у разі смерті. На думку німецького законодавця, це дозволить не лише врятувати багато людських життів, а й боротися із проблемою незаконної трансплантації.

Отже, за сучасних реалій коректним буде збереження та чітке нормативне закріплення «презумпції незгоди» у національному законодавстві та приведення його у відповідність з міжнародними стандартами із запозиченням успішного світового досвіду у сфері трансплантології з спрямованістю на захист життя та здоров'я людини як найвищої соціальної цінності.

Науковий керівник – к.ю.н., доц., Греков Є.А.

Сидоренко В. С.,

студентка 42 групи

ІЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ТРАНСГЕНДЕРНОСТІ В УКРАЇНІ

В наш час змінюються погляди і розуміння. До числа таких змін входить і усвідомлення поняття статі і на зміну йому приходить статеве різноманіття.

Саме гендерна ідентичність – це глибоке усвідомлення тією чи іншою особою внутрішніх та індивідуальних особливостей гендерної приналежності, що може як збігатися, так і не збігатися зі статтю за народженням, включаючи індивідуальне відчуття свого тіла та інші прояви гендера (тобто «гендерне самовираження»), такі, як одяг, мова й манера поведінки. Тоді ж як, трансгендер – загальний термін для позначення людей, чия гендерна ідентичність не відповідає тій статі, яка їм визначена при народженні. Трансгендерність – це дійсно широкий термін, який включає різні групи, зокрема, транссексуальних людей – тих, котрі почуваються некомфортно у гендері, в якому їх виховали, асоціюють себе з людьми іншої статі та прагнуть максимально уподібнитися до них, змінюючи своє тіло та зовнішність в цілому шляхом гормонотерапії, хірургічних операцій та косметичних процедур, відмова від старих стереотипів стає поштовхом до обґрунтування нового права особи – права на гендерну ідентичність.

Правове регулювання гендерної ідентичності та трансгендерності і в Україні є актуальною проблемою, оскільки на відміну від країн Європейського Союзу, залишається на початковій стадії розвитку, тобто не врегульована.

У червні 2011 року Рада з прав людини ухвалила резолюцію, що вважається першою резолюцією ООН, яка стосується сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності, а Україна стала однією з держав, яка підтримала цей міжнародний правозахисний документ.

В Україні нормативним закріпленням відносин у сфері гендерної ідентичності та трансгендерності можна визначити Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», згідно зі ст.51 якого на прохання пацієнта відповідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються Міністерством охорони здоров'я України, йому могло бути проведено шляхом медичного втручання в акредитованих закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності. Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, повинно видаватися медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішуватиметься питання про відповідні зміни в її правовому статусі.

Ще одним кроком до законодавчого врегулювання питань реалізації права на гендерну ідентичність затвердження Міністерством охорони здоров'я України наказу від 03.02.2011 року №60 «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності». Даний наказ значно скоротив перелік медико-біологічних та соціально-психологічних протипоказань для зміни (корекції) статевої належності, визначив порядок обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності.

Доцільним для дослідження даної проблематики проаналізувати міжнародний досвід правового регулювання транс гендерних відносин. Зокрема треба відзначити Рекомендацію Парламентської асамблеї Ради Європи «Про становище транссексуалів», де зазначено особливості проведення медичних і соціальних процедур, щодо зміни статі, визначення гендерної ідентичності особи, яка також впливає при розгляді питань щодо законодавчого врегулювання гендерної ідентичності та трансгендерності в Україні.

Отже, правове регулювання гендерної ідентичності та трансгендерності в Україні залишається маловизначеним і нерегульованим. Складність формальних процедур та недостатня нормативно-правова визначеність трансгендерних відносин не дає можливості громадянам реалізувати свої конституційні та гендерні права, що полягає в можливості самовизначення як представника певної статі, учинення певних дій відповідно до власної гендерної ідентичності щодо зміни біологічної та (або) соціальної статі.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Сидоренко М.О.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВО НА ЗАЙНЯТТЯ

НАРОДНОЮ МЕДИЦИНОЮ (ЦІЛИТЕЛЬСТВОМ) В УКРАЇНІ

Народна медицина виникла і розвивалася паралельно з розвитком людства. У різних народів та в різні часи народною медициною займалися цілителі, шамани, знахарі, волхви тощо. Незважаючи на розвиток науки та появи традиційної медицини, народна медицина займає вагоме місце у сучасному житті.

Необхідність правового регулювання зайняття народною медициною викликана постійним зростанням кількості людей, які здійснюють підприємницьку діяльність у даній сфері. Увагу даній проблематиці присвятили: М. Білинська, З. Гладун, І. Рожкова та ін.

Під терміном «немедичне лікування» слід розуміти: самолікування, народну медицину та нетрадиційну медицину. Якщо Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 195 від 10.08.2000 р. «Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини», який втратив чинність, було розмежовано поняття народної і нетрадиційної медицини, то на сьогодні Основи законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи) та інші підзаконні нормативно-правові акти передбачають лише право на зайняття народною медициною (цілительством).

Так, відповідно до ст. 74-1 Основ народна медицина (цілительство) – це методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації. Особи, які не мають спеціальної медичної освіти, зареєстровані в установленому законом порядку як фізичні особи – підприємці та отримали спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною (цілительством), виданий центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, мають право на зайняття народною медициною (цілительством).

Правове регулювання в галузі народної медицини забезпечується також рядом підзаконних нормативно-правових актів: Постановою КМУ «Про затвердження Порядку видачі та анулювання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілительством)» від 3 грудня 2012 р. № 1145, Наказом МОЗ «Про організацію роботи фізичних осіб – підприємців, які займаються народною медициною (цілительством)» від 16.03.2016 р. № 189, Наказ МОЗ «Про порядок видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей» від 23.09.2013 р. № 822.

Хоча чинне законодавство встановлює чіткий порядок реєстрації цілителів, ліцензії має досить невелика кількість осіб. На сьогодні, відповідно до даних розміщених на офіційному сайті МОЗ, кількість суб'єктів підприємницької діяльності – фізичних осіб, які займаються народною медициною (цілительством) та містяться в відповідному реєстрі усього 32, у той час як загальна кількість цілителів в Україні, за різними оцінками, складає від 10 до 12 тисяч. Тобто, більшість сучасних «цілителів» працює підпільно, уникаючи при цьому як сплати податків, так і ведення медичної документації. А головне те, що хворий, який звертається до такої особи, залишається юридично не захищеним. Таке явище пояснюється недостатнім контролем за таким видом діяльності з боку органів державної влади та відсутності належного покарання для «цілителів».

Отже, у будь-якому випадку не можна заперечувати можливість звернення хворого до народної медицини, але медичне законодавство повинне ретельно захищати осіб від діяльності шахраїв у даній сфері. Постійної уваги потребує моніторинг обліку зареєстрованих фахівців у сфері народної медицини, захист осіб від діяльності «цілителів» у заборонених чинним законодавством галузях медицини, зокрема онкологія, психічні захворювання, СНІД та ін. Крім того, необхідно посилити відповідальність за незаконне

цілителство, адже адміністративна відповідальність за порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілителством) передбачена ст. 46-2 КУпАП, санкція якої передбачає можливість накладення штрафу від 50 до 150 неоподаткованих мінімумів доходів громадян, не здатна ефективним чином зупинити правопорушника.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Сиза І. А.

студентка 22 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТА ВІД НЕЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В Україні зараз спостерігаються масові порушення прав пацієнта через неякісну або невчасну медичну допомогу. Тому проблема щодо захисту прав пацієнта є актуальною в наш час.

Таку тему досліджували видатний російський психіатр В. П. Сербський, укладач практичного посібника «Медицинское право» О. В. Тихомиров, автор навчального посібника «Медицинское право» М. Ю. Федорова. Метою доповіді є пошук юридично-медичних колізій, та пошук оптимальних варіантів вирішення такої проблеми.

Результатом опитування населення, яке проводилося аналітичним центром, 69 % населення України вважає систему охорони здоров'я небезпечною. Приблизно 50 % осіб зазначили, що вони мали справу з невчасним наданням медичної допомоги або взагалі з її відкладанням. Причинами лікарських помилок опитані вважають недбалість, низький рівень знань та кваліфікації медичного персоналу. Залежно від цих причин лікарські помилки можна розділити на такі, що стали результатом об'єктивних і суб'єктивних причин. Об'єктивні причини, на думку М. Ю. Федорової, створюють фон, а реалізується помилка у зв'язку з суб'єктивними причинами.

Численні порушення прав пацієнтів у зв'язку з неякісною та невчасною медичною допомогою, призводять до великої кількості смертей, інвалідності та непрацездатності громадян. За підрахунками експертів із Всесвітньої організації охорони здоров'я, в Україні від лікарських помилок щодня помирає 8 чоловік, а ще більше стають інвалідами. Попри це, притягнути медика або медичну установу до відповідальності досить складно. Ще виникає утруднення в тому, що законами навіть не визначено що таке «лікарська помилка», що набагато ускладнює процес розслідування. На думку психіатра В. П. Сербського, причиною таких помилок є те, що лікар зустрічається у своїй практиці не з хворобами, а з хворими, кожен з яких, хворіє «по-своєму».

Збільшення кількості лікарських помилок, відбувається тому, що лікарі залишаються безкарними. Кримінальні справи повертаються, через те, що корпоративна етика не дає змоги медикам об'єктивно подивитися на помилку свого колеги. Можливо саме через це, українці рідко звертаються до суду, з метою отримати компенсацію за завдану шкоду здоров'ю.

Отже, на мою думку, вирішення проблеми масових порушень прав пацієнта через неякісну або невчасну медичну допомогу, змогла б страхова

медицина, яка передбачає створення загальнодержавного фонду, з якого потерпілі повинні отримувати компенсацію від лікарських помилок.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Прохазка Г. А.

Синяговська В. І.,

студентка 43 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДЕФЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Актуальність обраної теми пояснюється великим значенням наслідків недостатньо відповідального ставлення лікаря до виконання своєї роботи – це недієздатність, інвалідність або навіть смерть пацієнта.

Дане питання розглядали у своїх наукових працях такі науковці як Г. Ф. Кривда, Ю. І. Марков, В. Д. Мішалов, П. В. Плевінскіс та інші.

Дефекти надання медичної допомоги – це неналежне здійснення діагностичних, у т.ч. додаткових методів обстеження, лікувальних заходів щодо хворого чи невірна організація медичної допомоги, які призвели або могли призвести до несприятливого результату медичного втручання. Тобто, це некоректні дії медичних працівників з точки зору стандартів, норм, правил надання медичних послуг.

На думку О. П. Шайтуро, причини дефектів надання медичної допомоги можна поділити на: суб'єктивні (відсутність зацікавленого відношення до пацієнта, недостатня кваліфікація лікаря, неповний огляд, неправильна оцінка клінічних даних, відсутність лабораторних та інструментальних досліджень в динаміці, несвоєчасне проведення консультацій, упущення та недбалість тощо) та об'єктивні (тяжкий стан пацієнта, атипічна картина розвитку захворювання, алергічна реакція, запізниті звернення за медичною допомогою, відсутність умов лікування або діагностики, алкоголізація пацієнта тощо).

Суб'єктами даного діяння виступають надавачі медичних послуг – не тільки лікарі, а й медичні та фармацевтичні працівники, адміністрація закладу охорони здоров'я, медичний персонал тощо. Основою кваліфікації дефектів надання медичної допомоги є встановлення причинно-наслідкового зв'язку між діями лікаря і негативними наслідками для здоров'я пацієнта. Відповідно до нього науковці, серед яких і Г. Ф. Кривда, розрізняють такі види дефектів надання медичної допомоги: 1. Лікарські помилки (дії або бездіяльність медичного працівника, які призвели до негативних для здоров'я чи життя пацієнта наслідків та які викликані об'єктивними чи суб'єктивними факторами за умов виконання лікарем своїх обов'язків та дотримання встановлених стандартів – не тягне за собою юридичну відповідальність); 2. Несчасні випадки (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 передбачати і запобігти – особа звільняється від відповідальності через відсутність вини, оскільки при добросовісному відношенні до виконання обов'язків медичний працівник не передбачав і не міг передбачати можливості настання несприятливих наслідків); 3. Професійні злочини (несумлінні дії лікаря та його небажання виконати свої обов'язки; саме цим і відрізняється від лікарської помилки, що

здійснюється при належному виконанні лікарем своїх обов'язків; включає в себе проступки та злочини, скоєні медичними працівниками – тягне за собою кримінальну відповідальність за ст. 139 КК – ненадання допомоги хворому медичним працівником, і ст. 140 КК України – неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником.

Також виділяють дефекти: 1) організації надання медичної допомоги (порушення послідовності лікування, показань до транспортування, ведення медичної документації); 2) профілактики (допущення помилок при проведенні щеплень); 3) діагностики (несвоєчасна діагностика, некоректна постановка діагнозу, неправильне розпізнавання захворювання) 4) лікування (призначення певних медичних маніпуляцій або лікарських засобів, запізнiле лікування).

Отже, необхідно визначити поняття дефекту надання медичної допомоги та диференціювати поняття лікарської помилки, нещасного випадку та професійного злочину саме з медико-правової точки зору на законодавчому рівні.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Ситнік Д. Р.,

студент 42 групи

ПКОІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ТА ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ

Як свідчить практика, переважна кількість лікарів та працівників медичних установ мають поверхове уявлення про юридичну відповідальність за правопорушення у сфері охорони здоров'я, яка встановлена чинним законодавством України. Зважаючи на це в Україні збільшується кількість позовних заяв громадян з приводу неналежного надання медичної допомоги, тому треба приділяти значно більше уваги проблемам юридичної відповідальності медиків за професійні правопорушення.

Правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в нашій країні визначають «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Так, відповідно до статті 80 цього Закону, особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

Цивільно-правова відповідальність у сфері медичної діяльності – це вид юридичної відповідальності, який виникає внаслідок порушення у галузі майнових або особистих немайнових благ громадян у сфері охорони здоров'я і полягає у відшкодуванні шкоди. До особистих немайнових благ, які пов'язані з медичною діяльністю, є перш за все життя і здоров'я. Можна стверджувати, що цивільно-правова відповідальність – це своєрідний спосіб захисту прав пацієнтів при наданні медичної допомоги.

Відповідно до частини першої статті 1 Цивільного кодексу України, цивільним законодавством регулюються особисті немайнові та майнові відносини, засновані на юридичній рівності, вільному волевиявленні, майновій самостійності їх учасників. Тобто, пацієнт та медична установа є рівними у своїх правах при наданні медичної допомоги і між ними не діє такий принцип як «влада-підпорядкування», а діє диспозитивний метод правового регулювання.

Варто зазначити, що лікарі та більшість працівників медичних установ здійснюють свою діяльність, перебуваючи у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я. Так, згідно з частиною першою статті 1172 ЦКУ, юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових або службових обов'язків.

Якщо проаналізувати судову практику, то переважна більшість позовів є позовами про відшкодування матеріальної та моральної шкоди, завданої ушкодженням здоров'я, спричиненого медичною допомогою неналежної якості. Відшкодування такої шкоди здійснюється відповідно до положень глави 82 ЦКУ.

Проте не слід забувати, що обов'язковою умовою цивільно-правової відповідальності є причинний зв'язок між протиправною поведінкою і заподіяною шкодою. Наприклад, якщо шкода не є наслідком дії лікаря або працівника медичної установи, а сталася з інших причин, таких як недотримання пацієнтом рекомендацій чи внаслідок індивідуальних особливостей організму пацієнта, то у таких випадках у лікаря або працівника медичної установи не виникатиме обов'язку відшкодувати шкоду.

Також треба пам'ятати, що для настання цивільно-правової відповідальності за шкоду здоров'ю необхідно, щоб така шкода була спричинена з вини заподіювача шкоди. Як правило, вина лікарів та працівників медичної установи виступає у формі необережності, тобто для звільнення від обов'язку відшкодувати шкоду здоров'ю потрібно довести, що вона сталася не з вини лікаря або працівника медичної установи.

Отже, питання цивільно-правової відповідальності набуває особливого значення у сфері медичної діяльності, а отже треба приділяти більше уваги, саме цивільно-правовій відповідальності лікарів та працівників медичних установ.

Ситник Т. В.,

студентка 43 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇХ УДОСКОНАЛЕННЯ

Відповідно до ст. 50 Конституції України кожен має право на безпечне для життя і здоров'я. Згідно статті 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я кожна людина має право на достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь. На нашу думку, дані права є одними з найбільш важливих в сфері охорони здоров'я.

Останніми роками як і в медичній, так і в правовій науці все більше уваги приділяється правовому регулюванню проведення профілактичних щеплень, оскільки громадяни все частіше відмовляються від вакцинації, вважаючи, що вона може нашкодити їх здоров'ю. Так, в першу чергу, відмічаємо, що щеплення – це введення в організм ослаблених або зруйнованих збудників захворювання. Імунна система реагує на них так само, як на справжню інфекцію – в організмі утворюються антитіла. На нашу думку, стримуючим фактором громадян для вакцинації слугує те, що в організм

вводяться збудники захворювання. Проте, дійсно, щоб запобігти певній хворобі необхідно провести відповідне щеплення.

На сьогодні проведення профілактичних щеплень в Україні регулюється Положенням про організацію і проведення профілактичних щеплень від 11 серпня 2014 року.

Відповідно до п. 3 даного Положення профілактичні щеплення здійснюються в кабінетах щеплень, які створюються як окремий структурний підрозділ лікувально-профілактичного та/або амбулаторно-поліклінічного ЗОЗ та діють при медичних кабінетах дошкільних навчальних закладів, середніх навчальних закладів I-III ступенів, загальноосвітніх шкіл-інтернатів, професійно-технічних закладів, вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, у медичних пунктах підприємств. На нашу думку, в сучасних умовах було б доцільно в законодавстві закріпити положення про те, що профілактичні щеплення потрібно здійснювати виключно в кабінетах щеплень при лікарнях. Ми вважаємо, що проводити щеплення необхідно лише в кабінетах щеплень, оскільки в школах та інших навчальних закладах не створено необхідної інфраструктури для проведення профілактичного щеплення, а недотримання певних вимог може тягти за собою негативні наслідки.

Наступним проблемним аспектом проведення профілактичного щеплення є те, що його проведення безпосередньо закріплено на підзаконному рівні. Ми вважаємо, що потрібно прийняти спеціальний Закон про проведення щеплень та вивести дану проблеми на законодавчий рівень, оскільки проблема якісного проведення профілактичних щеплень в сучасних умовах має важливе значення для життя і здоров'я людини.

Останнє на чому необхідно звернути увагу – відсутність вакцин. В останні роки в Україні надзвичайно значна проблема з відсутністю вакцин від різних захворювань. Для вирішення даної проблеми, необхідно в бюджеті на наступний рік закласти необхідні кошти на закупівлю вакцин. Проте, на сьогодні дана проблема ще не вирішена. Нерідко ми стикаємось з ситуаціями, що для того, щоб зробити щеплення необхідно їхати в сусідні держави – Білорусь та Польщу.

Таким чином, ми визначили основні проблеми та шляхи вирішення профілактичного щеплення в Україні.

Сіврюк Д. В.,

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАБОРОНИ АБОРТУ В УКРАЇНІ

Згідно статті 3 Конституції України людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Одним із головних завдань кримінального права України є охорона життя та здоров'я людини.

Проблема абортів досі залишається однією з найрезонансніших, зачіпаючи не тільки медичні аспекти, а й морально-етичні.

Аборт (лат. abortus – викидень) – штучне переривання вагітності. Аборт може бути мимовільним (викидень) і медичним (пряме втручання – хірургічне чи медикаментозне).

Кримінальний кодекс України передбачає відповідальність за два види абортів:

- за проведення абортів особою, яка не має вищої медичної освіти (ч.1 ст.134 КК). Суб'єктами цього злочину визнаються особи, які не мають вищої медичної освіти (медсестри, акушерки, фельдшери та інші особи, що мають середню медичну освіту), незалежно від того, де вони провели аборт, а також особи, які взагалі не мають ніякої медичної освіти;

- за кваліфікований аборт (ч.2 ст.134 КК).

Незаконний аборт визнається кваліфікованим, якщо його проведення спричинило тривалий розлад здоров'я, безплідність чи смерть потерпілої.

Проаналізувавши деякі аспекти виникнення та розвитку відповідальності за незаконне штучне переривання вагітності, можна зробити певні висновки: по-перше, аналіз кримінального законодавства низки зарубіжних країн свідчить про те, що законодавець на один рівень захисту життя і здоров'я матері ставить захист життя ще ненародженої дитини. Це відображається в диференціації кримінальної відповідальності в залежності від строку вагітності та життєздатності плоду. По-друге, кримінальне законодавство більшості зарубіжних країн досить детально, не обмежуючись однією статтею КК, а декількома, або, навіть, розділами, регламентує питання, пов'язані з кримінальною відповідальністю за незаконне штучне переривання вагітності. По-третє, існує явна необхідність узгодити норми кримінального законодавства України в даному напрямку з Основами законодавства про охорону здоров'я України, що дало би можливість диференціювати кримінальну відповідальність за незаконне штучне переривання вагітності в залежності від строку вагітності та життєздатності плоду. Стаття 50 Конституції України дозволяє аборти за соціальними та медичними показниками, правда, якими саме не вказано, а стаття 57 надає право жінці самій вирішувати проблему материнства, тобто, робити чи не робити аборт. У містах України ліцензії на проведення абортів видані як державним, так і приватним медичним закладам. Таких тисячі. За різними даними, вартість операції приблизно від 100 до 300 у.о. Кожна жінка має право на анонімність/

В Україні офіційно в рік роблять 250 тисяч абортів. Країна вже увійшла в п'ятірку держав, що лідирують за кількістю переривань вагітності. Фахівці відзначають масовість цього явища. Попри деяке поступове зниження, з року в рік в Україні все одно фіксують 200-250 тисяч випадків штучного переривання вагітності – за офіційною статистикою.

Експерти б'ють тривогу і заявляють про те, що Україна знаходиться на межі демографічної катастрофи. Нещодавно в парламенті знову заговорили про заборону абортів. У Верховній Раді зареєстровано відповідний законопроект. Депутати вважають розкішшю, враховуючи демографічну ситуацію і шкода для здоров'я жінки, робити штучне переривання вагітності. Втім, табу на аборти небезпечніше – стверджують лікарі та правозахисники. В минулі роки, коли в багатьох країнах світу, зокрема в СРСР, існувала державна заборона на проведення операцій абортів, були поширеними немедичні (незаконні) аборти. До них вдавались самі вагітні жінки, використовуючи «народні методи», або ж операцію абортів проводили особи із недостатньою чи відсутньою медичною освітою, до того ж у позалікарняних умовах. Часто

такі операції призводили до безпліддя жінки, у ряді випадків закінчувалися летально.

У світі триває дискусія і суперечки щодо морального та правового статусу абортів. Дві основні групи, що дискутують називають себе «за вибір» (з притиском на право жінок вибирати) і «за життя» (з притиском на права ненародженої дитини на життя). Кожна група, з різними результатами, прагне впливати на громадську думку і добитися правової підтримки своєї позиції. У деяких випадках полеміка призвела до використання насильства.

Переривання небажаної вагітності знаходиться в центрі уваги основних соціальних проблем. Противником здійснення абортів завжди виступала церква та певний сектор громадських організацій, що захищали право на життя у ненародженої дитини. Інша категорія захисників «права жінки на особистий вибір», постійно відстоюють прерогативу жінок у вирішенні долі ненароджених дітей.

Сімененков Р. В.

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗА ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ

З розвитком медицини, медичного устаткування, покращення якості надання медичних послуг, таке явище як лікарська помилка почала зустрічатися рідше. Але вона не зникла зовсім. Статистична інформація стосовно кількості лікарських помилок відсутня, а та невелика інформація яка потрапляє у суспільство свідчить про те, що ця проблема дуже серйозна. Вчинення правопорушення створює підстави для притягнення лікарів до відповідальності. На шляху притягнення лікарів до відповідальності виникають різного роду проблеми. Саме ці проблеми буде розглянуто в даній роботі.

Законодавчо закріпленого розуміння «лікарської помилки» відсутнє. Різні автори розуміють його на власний розсуд. В загальному розумінні, лікарську помилку слід розуміти, як дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисної або необережного злочину. З цього розуміння можна виділити об'єктивні та суб'єктивні ознаки лікарської помилки. Так, до об'єктивних ознак слід віднести: відсутність належних умов надання медичної допомоги; недосконалість існуючих способів лікування захворювань; тяжкість стану хворого. До суб'єктивних ознак слід віднести: недостатній досвід медичного працівника; недостатнє обстеження хворого, неправильна інтерпретація лабораторних та інструментальних досліджень; недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців.

Законодавством України про охорону здоров'я передбачена цивільна, адміністративна та кримінальна відповідальність медичних працівників. Так, у Кримінальному кодексі України встановлена відповідальність медичних працівників за недбале та неналежне виконання покладених на них обов'язків, що спричинило тяжкі наслідки для хворого у розділі 2 Особливої частини.

В Цивільному кодексі України встановлені права громадян в області охорони здоров'я. Так, за невиконання положень цих статей встановлена відповідальність лікарів, яка настає на підставі ненадання медичної допомоги, вчинення інших дій, що порушують права громадян у сфері охорони здоров'я. Згідно положень чинного ЦК України, юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівникам під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Таким чином, це є підтвердженням існування цивільно-правової відповідальності лікарів.

Потрібно відмежувати те, що якщо пацієнт звертається до державного чи приватного медичного закладу, то відповідачем буде у цивільній справі виступати юридична особа, а якщо пацієнт звертається до приватного практикуючого лікаря, то відповідачем буде по справі виступати безпосередньо лікар.

Основна проблема полягає у тому, що перед слідчими органами постає питання в доведенні вини лікаря, встановленні усіх обставин, причино-наслідкового зв'язку. Через певні обставини, наприклад, приховування лікарями обставин вчинення суспільно-небезпечного діяння, слідчі не завжди можуть встановити ці обставини. Під час розслідування лікарських помилок, слід встановити якість надання медичних послуг, чи було дотримано встановлених стандартів лікування. Потрібно встановити недоліки надання медичної допомоги, що зумовлено порушенням встановлених стандартів. В даному випадку, слід провести судово-медичну експертизу, яка повинна показати причини смерті пацієнта, що в свою чергу буде вагомою підставою для притягнення лікаря до відповідальності. Усе це створює серйозні перешкоди на етапі розслідування злочину, що не завжди призводить до встановлення істини.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Скай Т. А.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ДОСВІД КРАЇН СВІТУ У ПИТАННІ ЕВТАНАЗІЇ

На шляху до повного визнання норм етики, моралі та гуманності є питання, що вже досить давно є актуальною проблемою нашого суспільства. Питання евтаназії. Як відомо, будь-яка форма евтаназії в Україні заборонена і кваліфікується Кримінальним кодексом як вмісне вбивство. В цьому аспекті наша країна на багато років відстає від провідних країн світу. Приведемо приклади.

Голландія – в квітні 1994 року голландський парламент прийняв інструкцію, що дозволила проводити її з деякими обмеженнями. А вже 1 квітня 2002 р Верхня палата голландського парламенту затвердила закон, який звільняє від кримінальної відповідальності лікарів, які допомагають хворим позбутися життя. Відповідно до закону, смертельна процедура може бути застосована до хворих не молодше 12 років і здійснена тільки на вимогу пацієнта, якщо буде доведено, що його страждання нестерпні, хвороба невиліковна, і лікарі не можуть нічим допомогти. При цьому обов'язково потрібна повторна згода пацієнта. Рішення уповноважені виносити як мінімум два лікарі, а в разі сумніву справа буде розглядатися прокуратурою. Лікарі

також підпадають під контроль спеціальних комісій з експертів з медицини, права і етики.

США – у 1967 році адвокат Л. Катнер спільно з Американським товариством евтаназії вперше в світі розробили форму документа (living will), який представляв собою офіційну відмову людей від штучної підтримки життя в разі захворювання невиліковною хворобою. І тільки в 1998 р в штаті Орегон вступив в силу закон, що дозволяє евтаназію. Схожий закон був прийнятий у штаті Вашингтон у 2008 році, у штаті Вермонт у 2013 році, у штаті Каліфорнія – у 2015 році.

Бельгія – у 1971 році лікарів звільнили від кримінальної відповідальності за проведення евтаназії. Уряд створив спеціальний комітет, що контролює проведення цієї процедури. Остаточо легалізована у 2002 році. Відповідно до закону, лікар, виконуючий евтаназію, не зробить відступу від нього в тому випадку, якщо його пацієнт переживає «постійне і нестерпне фізичне або психологічне страждання» внаслідок «випадкового захворювання або невиліковної патології», через які він знаходиться в «безвихідній медичній ситуації». Лікар зобов'язаний бути впевненим, що його пацієнт – повнолітній і здатний до прийняття власного рішення. Прохання про евтаназію повинне бути сформульоване «добровільно, продумано і неодноразово».

Ізраїль – у грудні 2006 року вступив в силу закон, що дозволяє смертельно хворим людям відмовлятися від штучної підтримки життєдіяльності. Закон поширюється на хворих, які навіть при належному лікуванні зможуть прожити не більше півроку, і підтверджує заборону на евтаназію – активне сприяння в відхід з життя.

Великобританія – Міністерством охорони здоров'я допускається пасивна евтаназія.

Японія – активна евтаназія заборонена законодавством, але пасивна – ні.

Люксембург – Закон щодо легалізації евтаназії набув чинності в березні 2009 року. Відповідно до закону проти лікарів, що допомагають своїм пацієнтам піти з життя, не можна застосовувати заходи кримінального покарання, а також порушувати цивільні справи в суді.

Швейцарія – евтаназія заборонена, але лікар може допомогти безнадійно хворій людині піти з життя: лікар може дати хворому препарат, який той повинен ввести собі самостійно. Існуюче законодавство Швейцарії з евтаназії просте і дуже ліберальне: по ньому евтаназія дозволяється за умови, що учасники процесу не мають особистої зацікавленості в смерті конкретної людини і не отримують від цього матеріальної вигоди.

Німеччина – у червні 2010 року апеляційний суд ухвалив, що відключення від апаратів, що підтримують життя вмираючих хворих, при їх особистому згоді, не є кримінальним злочином. Це рішення не стосується активної евтаназії, тобто прямого умертвіння пацієнта на його прохання – такі дії в Німеччині як і раніше кваліфікуються як злочин і караються позбавленням волі на строк до п'яти років.

Франція – в 2004 році Депутати Національних зборів країни практично одностайно схвалили законопроект, який легалізує пасивну евтаназію.

Колумбія – у 1997 році Конституційний суд ухвалив, що лікар, який виконав бажання безнадійно хворого пацієнта про добровільну смерть, не несе за це відповідальності перед судом.

У Швеції та Фінляндії пасивна евтаназія шляхом припинення марного підтримки життя також не вважає протизаконною. Однак основою для прийняття лікарем рішення про припинення лікування є вільне і свідоме волевиявлення пацієнта. Аналогічні прохання від найближчих родичів хворого, що перебуває в несвідомому стані, юридично недійсними.

На підставі викладеного можна зазначити, що говорити про одностайність світової спільноти не доводиться. Експерти комітету з прав людини Організації Об'єднаних Націй висловлюють побоювання, що закон про евтаназію може привести до того, що узаконене самогубство стане звичайною справою, що не викликає яких-небудь особливих емоцій, але якщо ми говоримо про байдужість, то чи не більшою байдужістю буде заборона людині припинити безглузді страждання?

Солон І. Ю.,

студент 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ДОНОРСТВА КРОВІ В УКРАЇНІ

У сучасних реаліях розвитку України та її реалізації як європейської, прогресивної, здорової держави проблема донорства крові стоїть дуже гостро. Забезпечення безпеки і наявності крові та її продуктів є життєво важливою потребою суспільства. Заходи щодо безпеки крові також відіграють важливу роль у попередженні передачі ВІЛ, вірусів гепатитів та інших патогенів у закладах охорони здоров'я.

Аналіз сучасної практики у цій сфері свідчить про необхідність внесення змін та доповнень до нормативної бази задля покращення ситуації у потребі донорської крові та цим самим для порятунку життя наших громадян. Особливо це актуально з огляду на фактичний стан речей, а саме ситуації на східному кордоні України, де кожен день відбуваються збройні конфлікти. Тож цим і обумовлюється актуальність даної роботи.

Пропонуємо коротко розглянути загальні засади донорства крові в Україні та перейти до основних його проблем. Відповідно до ст. 2 ЗУ «Про донорство крові та її компонентів»: «Донорство крові та її компонентів – добровільний акт волевиявлення людини, що полягає у даванні крові або її компонентів для подальшого безпосереднього використання їх для лікування, виготовлення відповідних лікарських препаратів або використання у наукових дослідженнях». Зазначимо, що кров людини містить 4 компоненти – це еритроцити, тромбоцити, плазма та лейкоцити. Два чи три компонента з яких можна виділити із дози донорської крові. Одна доза донорської крові може врятувати три життя.

Станом на сьогодні донорство крові здійснюється на оплатній та безоплатній основі. Донором може бути будь-який дієздатний громадянин України віком від 18 років, який пройшов відповідне медичне обстеження і в якого немає протипоказань, визначених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Одразу слід зазначити, що стосовно цього формулювання Законопроект від 03.06.2016 р. реєстраційний № 4770 «Про внесення змін до Закону України «Про донорство крові та її компонентів» пропонується додати ще одного суб'єкта, який вправі залучатися до виконання донорської функ-

ції, а саме – дієздатну особу віком від 18 років, яка не є громадянином України, але яка перебуває в Україні на законних підставах та пройшла відповідне медичне обстеження і в якій немає протипоказань, визначених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Це безперечно можна розцінювати як позитивний крок, оскільки збільшення кола донорів призведе до збільшення потенційно можливих обсягів поповнення запасів крові.

Але не слід нехтувати безпекою донорської крові, адже в ній криється одна з основних та, можливо, найбільших проблем у цій сфері. Практика свідчить, що сьогодні в Україні відсутній належний контроль за тестуванням заготовленої крові. Тож трапляються випадки, коли звичайне переливання крові закінчується зараженням на дуже серйозні захворювання, зокрема гепатит С та ВІЛ/СНІД. Багато науковців та лікарів стверджують, що всьому виною є застаріла методика скринінгу донорської крові, яка полягає у проведеному імуноферментному аналізі (ІФА). Натомість сучасним, більш прогресивним є метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Наступною проблемою є відсутність Єдиної бази донорів України, що дало б змогу вести оперативний облік осіб груп підвищеного ризику з метою недопущення їх до виконання донорських функцій та забезпечить здачу крові незалежно від місця реєстрації потенційного донора.

Також слід зазначити, що 44% донорської крові та її компонентів заготовляють спеціалізовані підрозділи закладів охорони здоров'я без наявності належних умов, оснащення, стандартизованих технологічних процесів які контролюються. Вони неспроможні забезпечити належну інфекційну безпеку та якість. Причиною цього є внесення зміни до Закону України №222-VIII про ліцензування певних видів господарської діяльності від 21.03.2015 р. В результаті анульовано пункт №21 «переробка донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, крім діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини». Отже, тепер можна заготовляти й переробляти донорську кров на плазму тощо без ліцензії в будь-яких умовах. Поряд з цими постає проблема переробки плазми крові. На сьогодні на складах країни є близько 25 тис. л плазми крові, з яких можна отримати біля 5 тис. л альбуміну, і цього буде цілком достатньо для забезпечення потреб цивільного населення. Але існує проблема відсутності технічних можливостей для переробки. Фінансових ресурсів для створення єдиного сучасного заводу-фракціонатору з переробки плазми крові немає і не буде в найближчі роки.

На останок приведемо думку лікаря-трансфузіолога вищої категорії Л.М. Вахненко, яка зазначає, що в Україні немає Національного центру служби крові, відсутній центр збору інформації та можливості розподіляти і доставляти кров (в одних лікувальних закладах крові недостатньо, а в інших – її утилізують), не узаконено міжвідомчих фінансових відносин, що дозволяють оперативно передавати кров з одних бюджетних організацій іншим.

Тож, з огляду на вище викладене, можна сказати, що реорганізація служби крові в Україні має нагальний характер, забезпечення населення безпечною донорською кров'ю повинно слугувати пріоритетним напрямком соціальної політики держави. Необхідним елементом у цьому є внесення змін та доповнень до нормативної бази та приведення її у відповідність нор-

мам ЄС. Розвиток такого інституту як донорство крові є важливим в умовах сьогодення, адже він покликаний для збереження життя та здоров'я наших громадян.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

*Степаненко Д. Р.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ У СФЕРІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

В умовах реформування галузі охорони здоров'я України і спроби приведення медичної практики у відповідність до європейських стандартів якості, питання щодо державного контролю у цій галузі, а саме ліцензування медичної практики є актуальним.

Правове регулювання ліцензування медичної практики в Україні, на відміну від країн Європейського Союзу, залишається на рівні розвитку і вдосконалення. Щодо нормативного закріплення, то можна визначити Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я».

Медична практика є специфічним видом діяльності і відповідно до п. 15 ч. 1 ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» підлягає ліцензуванню. Запровадження медичної практики без отримання ліцензії чинним законодавством передбачається адміністративна, кримінальна та цивільно-правова відповідальність.

Ліцензування медичної практики та відповідності створених державою ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики мають повністю і всебічно виконувати свою функцію, відповідати принципам. Державою задекларовано низку таких принципів: забезпечення рівності прав, законних інтересів усіх суб'єктів господарювання, встановлення єдиного порядку ліцензування на території України, заборона використання ліцензування для обмеження конкуренції у здійсненні підприємницької діяльності. Також повний перелік принципів ліцензування наведено у ст. 3 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

Кабінет Міністрів України зазначає, що єдиним органом ліцензування медичної практики в Україні є Міністерство охорони здоров'я. Для здійснення цієї функції у МОЗ діє Управління ліцензування та якості медичної допомоги, яке складається з відділу ліцензування, сертифікації та акредитації та відділу контролю якості медичної допомоги, а також Ліцензійна комісія. Відтак КМУ запровадив монополію МОЗ на видання дозволу на цей вид діяльності і тим максимально централізував процедуру ліцензування, фактично усунув від неї місцеві органи влади.

При поданні документів на ліцензування медичної практики потрібно дотримуватися вимог встановлених Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності», проте вони повністю і дослівно відтворюються в наказі МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практи-

ки» від 02.02.11р. № 49, що свідчить про зайву регламентацію і бюрократизацію процедури ліцензування.

22 квітня 2016 року набрали чинності нові ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 285, які надають право отримати ліцензію фізичній особі-підприємцю, яка не має спеціальної освіти та не відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим МОЗ, за умови укомплектування штату медичними та немедичними працівниками відповідно до заявлених спеціальностей.

Проте потрібно звернути увагу на те, що фізична особа-підприємець, яка не має спеціальної освіти та не відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, особисто надавати медичну допомогу не має права. Така особа лише провадить господарську діяльність з медичної практики та є роботодавцем для осіб, які мають відповідну медичну кваліфікацію. В іншому випадку зазначена фізична особа-підприємець буде притягнута до відповідальності за порушення умов ліцензування.

Також не залишається у стороні колізія правових норм, яка виникла у зв'язку з прийняттям Кабінетом Міністрів України постанови № 285. Наразі, станом на 2016 рік, Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики існують у двох варіантах: перший затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 лютого 2011 року № 49, другий – постановою КМУ № 285. Ситуація виникла внаслідок того, що, приймаючи свою постанову, Кабінет Міністрів не зобов'язав МОЗ скасувати старі ліцензійні умови.

Отже, мета ліцензування медичної практики полягає перш за все в необхідності захисту населення від некваліфікованого медичного обслуговування, саме тому держава висуває до майбутнього суб'єкта, що хоче зайнятися медичною практикою значну кількість організаційних, кваліфікаційних та спеціальних вимог. Необхідність подальшого розвитку законодавства України у сфері ліцензування медичної практики має суттєве значення. Надалі потрібно не тільки вдосконалювати законодавчу базу, а також варто усунути законодавчі недоліки, скасувавши старі номативно-правові акти або привести їх у відповідність з новими нормами, які регулюють аналогічні питання.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Стеценко А. М.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

СУБ'ЄКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

На етапі демократичних перетворень суспільства, на новий рівень виходить питання забезпечення та захисту прав, свобод та законних інтересів громадян. Одним і з таких провідних соціальних прав людини виступає право на нерозголошення інформації, що містить інформацію про стан здоров'я особи. Для того аби забезпечити охорону лікарської таємниці необхідно чітко з'ясувати, хто безпосередньо є суб'єктом збереження лікарської таємниці.

Відповідно до ст. 40 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне

обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Шатковська І. наводить власне поняття суб'єкта збереження лікарської таємниці як медичного працівника, який отримав інформацію стосовно пацієнта при діагностиці, лікуванні чи реабілітації, а також іншу особу, котрій зазначена інформація стала відомою при виконанні своїх професійних обов'язків.

При розгляді питання суб'єктів збереження лікарської таємниці С. Стеценко виокремлює: а) осіб з вищою медичною або фармацевтичною освітою (лікарі, провізори); б) осіб із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти); в) молодший медичний персонал (санітари, няньки); г) осіб, що навчаються (студенти вищих та середніх медичних закладів освіти); ґ) немедичний персонал лікувально – профілактичної установи (працівники кадрових, юридичних, фінансових, господарських служб та інші); д) працівники страхових організацій; е) посадові особи органів управління охороною здоров'я (головні лікарі, керівники структурних підрозділів міністерства та інші); є) співробітники судових і правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою в силу професійних обов'язків.

Із вищенаведеного слідує, що не тільки представники медичних спеціальностей визначаються суб'єктами збереження інформації, але і особи які у зв'язку із характером діяльності можуть дізнатись про інформацію, що становить лікарську таємницю. В. Лопатин відносить до суб'єктів також і працівників лікувальної установи, серед яких водії, працівники столової, охоронці та інші. Вчений також підкреслює, що останнім часом зросла кількість осіб, у перелік службових обов'язків яких входить обробка інформації, що становить лікарську таємницю. Погоджуючись з таким науковим підходом, хочу наголосити на тому, що останнім часом стрімкими темпами відбувається комп'ютеризація медичної діяльності, створення електронних баз даних, що в свою чергу викликає запитання про відношення до цього переліку також і працівників інформаційної сфери зокрема системних адміністраторів та осіб, що спеціалізуються на обробці інформації.

Таким чином, питання суб'єктів збереження лікарської таємниці потребує подальшого дослідження як на законодавчому так і на доктринальному рівнях. Оскільки з розвитком суспільних відносин та виникненням нових професій у сфері медичної діяльності, необхідно оперативно реагувати на такі зміни.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Стороженко В.А.

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ ВИРОБНИЦТВА ОРИГІНАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

На сьогодні в Україні гостро постало питання щодо налагодження фармацевтичної промисловості з метою збільшення виробництва оригінальних лікарських засобів, які б стали конкурентноспроможними на світовому ринку. Але, перш за все, вони повинні бути високоякісними, ефективними, загальнодоступними пересічним українцям. Сукупність цих ознак посприє значному покращенню рівня стану охорони здоров'я України. Тому нагальним питанням для нашої країни є дослідження проблем виробництва оригінальних лікарських засобів.

Для початку визначимо, які лікарські засоби є оригінальним. У статті науковців С.Ю. Штриголь та О.В. Товчига зазначається, що оригінальним називається раніше невідомий, тобто вперше створений і випущений на фармацевтичний ринок фірмою розробником, або патентовласником лікарський препарат, який пройшов повний цикл доклінічних і клінічних випробувань та має патентний захист активних компонентів на певний період часу.

На сьогоднішній день, на українському ринку фармацевтичних препаратів існує більша кількість препаратів іноземного походження із надто дорогою ціною, аніж більш здешевлених, вітчизняних. Звичайно, це має значний вплив на економіку країни, оскільки кошти, витрачені на даний товар, спрямовуються на розвиток саме іноземної фармпромисловості, а не української, що, звісно, є негативним фактором.

У праці В.М. Пашкова йдеться про те, що одним із основним чинників стримування поширення в Україні оригінальних патентованих препаратів є їх висока ціна і собівартість. До чинників, які негативно впливають на ефективність інновацій у фармацевтичній промисловості, належать відсутність або низький рівень фінансування, висока кредитна ставка, високий економічний ризик, недостатня інформація про стан фармацевтичного ринку, труднощі із сировиною і матеріалами і застаріле виробниче обладнання. Тобто співвідношення прямих і непрямих фінансових методів стимулювання інноваційного розвитку підприємств, перед усім, визначається економічним потенціалом держави. Так, в умовах дефіциту державного бюджету, в Україні пріоритет повинен надаватися таким непрямим фінансовим методам, як податкова, амортизаційна, кредитна, цінова політика держави, впровадження протекціоністських заходів.

Тому, зважаючи на високу ціну і собівартість оригінальних лікарських засобів, лише невелика кількість населення може дозволити собі купівлю таких препаратів. Усе це викликано тим, що фармпідприємства, виходячи із вище наведеного, не в змозі за допомогою власних ресурсів виготовляти як якісну, так і доступну для громадян продукцію.

Отже, можна зробити висновок, що вітчизняна фармацевтична промисловість знаходиться на досить низькому рівні. Усе це зумовлено тим, що виробники лікарських засобів мало зацікавлені у розробці нових оригінальних препаратів та виведенню їх на світовий ринок, відсутність інвестиційних залучень у цю сферу, а також слабка політика держави стосовно фармацев-

тичної діяльної. Налагодження усіх цих аспектів посприяло б розвитку фармацевтичної промисловості в Україні.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Стрілець М. В.,

студентка 21 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

МЕДИЧНИЙ ЗАПОВІТ ЯК ІНСТИТУТ ЗАВЧАСНОГО ПЛАНУВАННЯ ЛІКУВАННЯ

Право пацієнта на вільний вибір лікування, його методів, лікаря, складу охорони здоров'я, право на відмову від лікування тощо є невід'ємним особистим немайновим правом фізичної особи. На законодавчому рівні в Україні воно забезпечується Цивільним кодексом України, а також Основами законодавства про охорону здоров'я України. Способом вирішення проблеми, коли особа, у зв'язку зі станом здоров'я, не має змоги самостійно обирати методи лікування, визначати загальні умови медичного втручання, давати згоду на медичне втручання та інші аспекти, пов'язані з медичним лікуванням, є інститут завчасного планування лікування, котрий в Україні ще не практикується, зокрема, через панування медичного патерналізму, однак широко застосовується в багатьох країнах світу (Нідерланди, Іспанія, Угорщина, США). Одним із його проявів є складання медичного заповіту, або прижиттєвого заповіту («livingwill»).

Медичний заповіт – це письмовий документ, що містить побажання особи стосовно її медичного лікування, який укладається на випадок, коли вона сама не здатна буде висловити ці побажання. Медичний заповіт може містити дозвіл особи на застосування шоківих стимуляторів в разі зупинки серця, штучного підтримання життя, в тому числі, за допомогою вентиляції штучного дихання, побажання стосовно проведення паліативної терапії та інші аспекти медичного втручання чи заборони його здійснення, на випадок, якщо пацієнт перебуватиме в комі чи тривалому вегетативному стані і будуть відсутні жодні перспективи щодо його видужання. Особа може зазначити, що вона погоджується на лікування лише у випадку, якщо воно можливе, тобто дасть позитивний результат. Нездійснення лікарем медичного втручання, за умов невиліковної хвороби особи та її перебування у несвідомому стані, підставою для чого є пряме розпорядження особи у медичному заповіті, не варто ототожнювати з евтаназією.

Медичний заповіт також може містити дозвіл чи заборону на трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів як за життя особи, так і в разі її смерті. Застосування в Україні медичного заповіту з такою складовою є досить перспективним. Так, Ст. 47 Основ законодавства про охорону здоров'я передбачає, що «фізична особа може дати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті або заборонити його». Стосовно інших питань змісту медичного заповіту, наприклад, заборони штучного підтримання життя, то їх варто розглядати і говорити про ймовірність застосування в Україні із застереженням, оскільки штучне підтримання життя може як продовжити незворотний процес вмирання, так і привести до покращення стану. Крім того, ст. 284 ЦК України

передбачає, що у невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю фізичної особи, медична допомога надається без згоди фізичної особи.

Медичний заповіт може скласти повнолітня особа з повною дієздатністю, з обов'язковим залучення не менше двох свідків, котрі мають посвідчити заповіт. При складанні медичного заповіту особа може консультуватися з лікарем, враховуючи його рекомендації.

Таким чином, поряд із звичайним заповітом особа може скласти медичний заповіт, який стосуватиметься суто аспектів її лікування. Він, на відміну від заповіту, передбаченого нормами ЦК України, не містить розпорядження майновими правами та обов'язками заповідача. Ще однією характерною відмінністю класичного заповіту від медичного є те, що застосування останнього не пов'язується з фактом смерті заповідача, адже реалізовується в більшості випадків за його життя. Також реалізація медичного заповіту спрямована, передусім, на заповідача, і, в окремих випадках, коли мова йде про дозвіл на донорство чи трансплантацію, на інших осіб (реципієнтів).

Струкова І. П.,

студентка 41 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ МАРКУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ШРИФТОМ БРАЙЛЯ

На сьогодні, положення щодо маркування лікарських засобів закріплюється Законом України «Про лікарські засоби», Наказом Міністерства охорони здоров'я України (Далі – МОЗ України) «Про затвердження порядку маркування лікарських засобів шрифтом Брайля» від 25.08.2010 р. № 722, Наказом МОЗ України від 04.01.2013 р. № 3 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 26.08.2005 р. № 426 та визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів МОЗ України з питань реєстрації лікарських засобів», яким затверджено оновлену редакцію Порядку проведення експертизи матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення.

Відповідно до ч.1 ст.12 Закону України «Про лікарські засоби», маркування, що наноситься на етикетку, зовнішню та внутрішню упаковку лікарського засобу, повинно містити такі відомості: назву лікарського засобу; назву та адресу його виробника; реєстраційний номер; номер серії; способи застосування; дозу діючої речовини в кожній одиниці та їх кількість в упаковці; термін придатності; умови зберігання; запобіжні заходи.

Також, в ч.2 вищенаведеної статті зазначено, що на зовнішній упаковці лікарських засобів також шрифтом Брайля зазначаються назва лікарського засобу, доза діючої речовини та лікарська форма. Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я визначає лікарські засоби, упаковка яких не маркується шрифтом Брайля або шрифтом Брайля зазначається тільки назва лікарського засобу.

Так, за статистичними даними в Україні кількість громадян, які ознайомлюються з друкованою інформацією, використовуючи шрифт Брайля, коливається від 45 до 50 тис. осіб, тому маркування пакувань фармацевтич-

них виробів для незрячих має надзвичайно велике гуманітарно – соціальне значення. Саме цей факт визначає актуальність обраної теми дослідження.

Отже, як ми бачимо с вищенаведеного, нині в Україні законодавчо визначено обов'язкове нанесення шрифту Брайля на упаковку для лікарських препаратів, у тому числі тих, які ввозяться з-за кордону. На виконання ст. 12 Закону України «Про лікарські засоби» МОЗ України було введено в дію наказ «Про затвердження порядку маркування лікарських засобів шрифтом Брайля» від 25.08.2010 р. № 722 (Далі – Наказ № 722), про який ми згадували вище.

Наказом №722 визначено препарати, упаковка яких не маркується шрифтом Брайля або на якій цим шрифтом зазначається тільки назва лікарського засобу, обсяг інформації, що наноситься на упаковку, встановлено, на які лікарські засоби поширюється дія зазначеного закону, а також спосіб нанесення маркування.

Вітчизняний Порядок маркування лікарських засобів шрифтом Брайля, який міститься в Наказі № 722, розроблено з урахуванням положень Директиви Європейського парламенту та Ради ЄС 2004/27/ЕС від 31.03.2004 р. і Ре-комендацій щодо читабельності етикетки та листка-вкладки лікарського засобу для застосування людиною від 12.01.2009 р..

При цьому, необхідно наголосити на недосконалоості вищенаведених Директиви та Рекомендації. Так, слід відзначити, в цих документах відсутні уніфіковані вимоги до розміру символів шрифту Брайля, адже в національних системах країн Європейського Союзу та інших країн світу є відмінності в параметрів шрифту Брайля. Підкреслимо, що для уникнення пов'язаних із цим проблем Директивою ЄС рекомендується використовувати Марбурзький середній стандарт шрифту Брайля, в якому, однак, не вказана висота крапки.

На мою думку, зважаючи на досить тісну співпрацю виробників лікарських засобів з різних країн світу та поширеність використання імпортованих лікарських засобів в багатьох державах, виникає необхідність у вдосконаленні положень щодо маркування лікарських засобів шрифтом Брайля на міжнародному рівні.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Сукач О. А.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ФАЛЬСИФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСОБІВ

У сучасній Україні дуже спірним є питання запобігання та виявлення фальсифікованих лікарських засобів. Актуальність даної теми зумовлена тим, що товари такого виду все більше заповнюють ринок.

Вітчизняні учені-юристи розглядали окремі аспекти фальсифікації лікарських засобів, серед них можна назвати О. Гуєва, В. Пашкова, Н. Банюха та інших. Але дані праці вже застарілі, всебічного вивчення цієї теми у подальшому майже не проводилося.

Очевидно, що політика держави має бути направлена на гарантоване забезпечення якості, безпеки та ефективності лікарських засобів, які знаходяться в обігу на ринку країни, рівного доступу населення до основних

препаратів при їх помірній вартості та раціонального їх застосування, тобто створення умов для того, щоб медичні працівники призначали, а пацієнти застосовували препарати відповідно до клінічних показань за оптимальною вартістю. На жаль, нині в Україні жоден із зазначених принципів не витримується, влада нічого не робить для зміни ситуації.

Голова правління Союзу споживачів медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення В. Онищенко зазначає, що аналіз законодавчих ініціатив, які стосуються обігу лікарських засобів, свідчить про те, що наразі немає розуміння, в якому напрямку необхідно рухатися і чого очікувати лікарям, споживачам і бізнесу. Як результат, в Україні виникли суттєві проблеми із забезпеченням населення медикаментами високої якості, а хаотичні і безсистемні рухи з боку державного управління – підготовка та прийняття проектів законів, постанов уряду, створення численних наказів, інструкцій та переліків лікарських засобів, не наближають країну до вирішення проблем у медичній галузі.

Міжнародна фармацевтична асоціація та Міжнародна федерація асоціацій виробників лікарських препаратів визначає фальсифікацію лікарських засобів, як навмисну та обманна невідповідність маркування щодо складу та виробника кінцевого лікарського засобу або інгредієнтів для його виробництва.

С.В. Соболева, у своїй науковій праці зазначає, що основними причинами появи на світовому ринку значної кількості фальсифікованих ліків є: недостатній рівень політико-правового розвитку окремих держав; стабільний і високий попит на медикаменти на тлі високих цін на інноваційні препарати внаслідок значних інвестицій у наукові дослідження та розроблення лікарських засобів; доступність до високопродуктивного обладнання і сучасних фармацевтичних технологій, що спричинює високий рівень імітації лікарських засобів і ускладнює процес виявлення підробок; тощо. З цього можна зробити висновок, що існує дуже багато факторів для появи ліків такої категорії, але ефективного та повного механізму запобігання та виявлення розроблено не було.

Отже, Україну все більше заповняють фальсифіковані лікарські засоби, але дієвого способу подолання цієї проблеми уряд не може розробити. На даний момент наявна досить мала практика застосування кримінальної відповідальності за виробництво та продаж таких препаратів. МОЗ повинен зайнятися формуванням ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я. Коли її буде визначено, законотворці та чиновники розумітимуть, які нормативи необхідно створювати, лікарі отримають доступ до незалежної медичної інформації, а для громадян буде забезпечено дотримання основних принципів.

*Сулаєв Б.Ю.,
студент 45 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ: АНАЛІЗ СУДОВОЇ ПРАКТИКИ

На сьогодні українським законодавством розроблені шляхи та способи правового забезпечення лікарської таємниці. Враховуючи стрімкий розвиток медицини, дедалі гостро постає питання її додержання. Пацієнти, які звертаються до лікаря прагнуть зберегти інформацію, яку вони йому надають.

Згідно зі статтею 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають право розголошувати ці відомості, крім передбачених актами закону випадків. Якщо така інформація буде використана в навчальному процесі, науково-дослідницькій роботі, опублікована у спеціальній літературі, то в такому випадку пацієнту повинна гарантуватись повна анонімність.

У клятві Гіппократа також містяться положення щодо лікарської таємниці: «Щоб підчас лікування – а також без лікування – я не побачив і не почув стосовно життя людей із того, що не слід розголошувати, я змовчу про таке, вважаючи подібні речі таємницею».

Аналізуючи судову практику такої категорії справ доцільно зробити висновок, що в Україні ця сфера є досить закритою, але про ситуації, коли лікар допускає помилку час від часу стає відомо із преси та телебачення.

Проблемою є ситуації, коли до медичних закладів надходять різного типу прохання адвокатів, запити органів або їх посадових осіб, які відповідно до чинного законодавства не завжди мають право на отримання такої інформації. У відповідь на них, медичні працівники, у яких низький рівень правових знань, надають відомості, які підпадають під категорію лікарської таємниці та заборонені для розголошення стороннім особам.

Яскравим прикладом такої ситуації є справа розглянута Білгород-Дністровським міськрайонним судом, до якого позивач звернувся з проханням визнати дії центральної районної лікарні протиправними та стягнути моральну шкоду. В позовній заяві зазначалося, що з 2013 року по теперішній час у особи погіршилося здоров'я, у зв'язку із чим він був змушений звернутися за медичною допомогою до закладу охорони здоров'я. Позивач знаходився на військовій службі за контрактом. Під час перебування на лікарняному, на запит командира загону щодо надання інформації для підтвердження того, що позивач звертався за допомогою до закладу, відповідачем надалися письмові відповіді, які містили відомості про діагноз, що є розголошенням лікарської таємниці.

Отже, виходячи із аналізу чинного законодавства суд прийшов до висновку, що відповідачем при наданні письмової інформації про перебування позивача на лікарняному із зазначенням діагнозу останнього було розголошено лікарську таємницю, що призвело до порушення права пацієнта на таємницю про стан свого здоров'я.

Поглянувши на це питання зі сторони працівників закладу охорони здоров'я можна помітити інші проблемні аспекти. Законодавство України

не досконале в цьому питанні, адже при таких умовах лікарі змушені переборювати прояви людяності та лояльності, які проявляються, наприклад, в ситуаціях, коли потрібно попередити людину, яка може постраждати через безпосереднє спілкування з хворою, без згоди самого пацієнта. Правові аспекти не залишають працівникові права діяти відповідно до норм людської моралі.

Тарабан М. О.,

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ПОРЯДКУ ЗАНЯТТЯ НАРОДНОЮ МЕДИЦИНОЮ В УКРАЇНІ

В Україні народна медицина (цілителство) співіснує поряд із офіційною медициною та продовжує розвиватися паралельно з нею як альтернативна медицина. На сьогодні народна медицина отримала широкого поширення в медичній практиці, тому важливо знати: хто має право займатися народною медициною і який порядок заняття цією діяльністю.

Під народною медициною (цілителством) в законодавстві України розуміється: методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації.

Відповідно до статті 74¹ Основ законодавства України про охорону здоров'я особи, які не мають спеціальної медичної освіти, зареєстровані в установленому законом порядку як фізичні особи – підприємці та отримали спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною (цілителством), виданий центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, мають право на зайняття народною медициною (цілителством).

Тож дозвільним документом для зайняття народною медициною (цілителством) є спеціальний дозвіл на цей вид діяльності.

Відповідно до Порядку видачі та анулювання спеціального дозволу на зайняття народною медициною (цілителством) затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2012 р. № 1145 особа, яка виявила намір займатися народною медициною (цілителством) для отримання спеціального дозволу подає Міністерству охорони здоров'я заяву про видачу спеціального дозволу. До цієї заяви додаються інші відомості що необхідні для отримання дозволу, зокрема, атестаційно-експертний висновок, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей.

Порядок видачі атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 вересня 2013 р. № 822 визначає механізм видачі атестаційно-експертного висновку. Для отримання такого висновку претендент – особа, яка виявила бажання займатися народною медициною проходить атестацію й експертизу з метою підтвердження наявності цілительських здібностей. Для оцінки результатів атестації та експертизи створюється атестаційно-експертна комісія, яка згодом приймає рішення про наявність або відсутність у претендента здібностей з народної медицини. Якщо при проходженні атестації та експертизи така особа отримала

позитивні результати, їй видається атестаційно-експертний висновок, строк дії якого становить п'ять років. Після закінчення строку дії атестаційно-експертного висновку його видача здійснюється в зазначеному порядку.

Для розгляду питань про видачу або відмову у видачі спеціального дозволу утворюється постійно діюча комісія, яка повинна прийняти рішення протягом тридцяти робочих днів з дня подання заяви та документів.

Якщо виникли причини, що стали підставою для прийняття рішення про відмову у видачі спеціального дозволу, заявник може повторно подати МОЗ заяву разом з документами, що засвідчують усунення таких причин. Строк дії спеціального дозволу становить п'ять років. Після закінчення строку дії спеціального дозволу його видача здійснюється в установленому порядку.

Отже, щоб легально займатися народною медициною (цілительством) необхідно виконати порядок дозвільних процедур. Спираючись на вищезгадане законодавство фізична особа – підприємець, при зайнятті народною медициною (цілительством), повинна застосовувати методи з профілактики, діагностики та лікування хворих, які ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А.О.

*Тараненко Д. С.,
студент 41 групи
ПЮІ НІОУ ім. Ярослава Мудрого*

ОСОБЛИВОСТІ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Як зазначається в сучасній науковій літературі, громадський контроль – це один із видів соціального контролю, який здійснюється об'єднаннями громадян та самими громадянами. Він є важливою формою реалізації демократії і способом залучення населення до управління державою.

Згідно з 3. Гладуном, суб'єктами громадського контролю є, по-перше, громадяни, і по-друге, об'єднання громадян (політичні партії, професійні спілки, молодіжні й інші громадські організації). Сьогодні актами законодавства, що регулюють в цілому певні питання громадського контролю, є закони «Про звернення громадян», «Про об'єднання громадян», «Про політичні партії в Україні», «Про місцеві державні адміністрації», «Про місцеве самоврядування в Україні», а також деякі інші нормативно-правові документи.

Щодо особливостей здійснення громадського контролю в сфері охорони здоров'я в Україні, то окрім вищенаведених нормативних актів особливу увагу треба приділити Основам законодавства про охорону здоров'я. Наведений нормативно-правовий акт у статті 24 зазначає, що органи та заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я і проведенні громадської експертизи з цих питань. Також у статті підкреслено, що при органах та закладах охорони здоров'я можуть створюватися громадські консультативні або наглядові ради, які сприятимуть їх діяльності та забезпечуватимуть інформованість населення і громадський контроль в сфері охорони здоров'я. Відтак, особливе місце у здійсненні громадського контролю в сфері охорони здоров'я в Україні займає Громадська Рада при Міністерстві охорони здоров'я України,

яка здійснює свою діяльність на підставі Положення про Громадську Раду при Міністерстві охорони здоров'я України затвердженого Громадською Радою при Міністерстві охорони здоров'я України Протокол №4 від «14» березня 2006 року.

Громадська Рада є постійно діючим центральним громадським колегіальним консультативно-дорадчим і наглядово-експертним органом, що має сприяти забезпеченню оптимального балансу потреб та інтересів населення і держави, пацієнтів і медичного персоналу, органів державної влади і місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я і недержавних організацій з метою забезпечення здорового способу життя населення, запобігання захворюваності, інвалідності та передчасній смертності, доступності, належної якості й ефективності надання кваліфікованої медичної допомоги, захисту прав пацієнтів і медичних працівників, а також ефективного функціонування системи охорони здоров'я та доцільного використання коштів, урахування думки громадськості під час підготовки та організації виконання рішень і здійснення належного громадського контролю за діяльністю Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, МОЗ АР Крим, обласних та прирівняних до них і місцевих органів та закладів охорони здоров'я.

До складу Громадської Ради, громадських (наглядових) рад при МОЗ АР Крим, обласних та прирівняних до них управліннях і місцевих органах та закладах охорони здоров'я входять представники медичних громадських організацій, професійних спілок, громадських організацій, зайнятих у сфері створення, виробництва і реалізації лікарських засобів та виробів медичного призначення, немедичних громадських організацій, релігійних, благодійних організацій та інших об'єднань громадян, засобів масової інформації, навчальних закладів, освітніх центрів, за умови, що вищеперелічені особи є дотичними до сфери охорони здоров'я і зацікавленими у розв'язанні проблем у цій галузі.

На сьогодні, прослідкувати за діяльністю Ради можна на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України.

Відтак, як висновок, ми можемо казати про наявність загального та спеціального законодавства, яке направлене на регулювання здійснення громадського контролю в сфері охорони здоров'я в Україні. Також, можливість здійснення громадського контролю забезпечена створенням спеціального органу – Громадської Ради при Міністерстві охорони здоров'я України.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Тарасенко Н. О.,

студентка 35 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИЛУЧЕННЯ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У ПОМЕРЛОЇ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ

Конституція України проголошує людину, її життя та здоров'я найвищою соціальною цінністю. В контексті розгляду прав на життя та здоров'я особи, в аспекті розпорядження ними, підвищується рівень значимості проблеми цивільно-правового регулювання трансплантації анатомічних матеріалів померлих осіб як окремого виду медичних послуг.

Актуальність дослідження даної проблеми зумовлена, передусім, існуванням необхідності забезпечення більш ефективного захисту прав учасників медичної діяльності у сфері трансплантації, для досягнення мети державної політики в цьому сегменті медичних послуг – задоволення попиту на трансплантати для пацієнтів. Окремим питанням правового регулювання трансплантології в Україні приділяли увагу С. Стеценко, М. Малєйна, О. Тихомиров, Г. Красовський, А. Герц, Г. Чеботарьова та інші науковці, проте, з огляду на відносну новизну даної теми та відсутність її комплексного аналізу, вона потребує подальшого осмислення, що також актуалізує необхідність вивчення сформульованого питання. Метою дослідження є характеристика вітчизняної законодавчої моделі взяття анатомічних матеріалів у померлих осіб, визначення її основних переваг та недоліків.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», трансплантацією є спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа чи іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи утварини. Цивільний кодекс України оперує єдиним поняттям – донорство – як стосовно крові та її компонентів, так щодо інших анатомічних матеріалів, у тому числі органів. Основи законодавства України про охорону здоров'я закріплюють два терміни: донорство крові та її компонентів, трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів.

Правову основу регламентації права на трансплантацію складають, окрім Конституції України, Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» та Основ законодавства України про охорону здоров'я, у межах цивільного права низка статей Цивільного кодексу України, що закріплюють право на охорону здоров'я, на особисту недоторканість, на медичну допомогу, та, передусім, право на донорство. Окремі правові норми містяться також у Сімейному кодексі України, зокрема у ст. 123, що стосується визначення походження дитини від батька, матері при штучному заплідненні та імплантації зародка, яке може здійснюватись виключно у процесі реалізації права на трансплантацію.

Як відомо, порядок отримання згоди на вилучення анатомічних матеріалів у померлої людини традиційно поділяють на модель згоди та модель запиту згоди, кожна з яких прагне максимально забезпечити врахування волі померлої особи, але при застосуванні на практиці позбавлена суттєвих недоліків. Відповідно до ч. 3. ст. 47 Основ законодавства України про охорону здоров'я, взяття органів та інших анатомічних матеріалів із тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в порядку, встановлених законом. У свою чергу, Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» у ст. 16 закріплює положення про те, що кожна повнолітня дієздатна особа може дати письмову згоду або 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 померлої особи для трансплантації та (або) для виготовлення біоімплантатів не допускається.

ся у разі наявності зробленої цією особою за життя заяви про незгоду бути донором. У померлої повнолітньої дієздатної особи, заява якої щодо донорства відсутня, а також у неповнолітніх, обмежено дієздатних та недієздатних осіб взяття анатомічних матеріалів не допускається, якщо на це не отримано або неможливо отримати згоду подружжя або родичів, які проживали з нею до смерті. З вищезазначених положень випливає те, що Україна обрала для себе модель запиту згоди, або презумпцію незгоди. Вона полягає у необхідності отримання прижиттєвої згоди донора, а в разі відсутності волевиявлення особи в цьому аспекті до її смерті, отримання згоди на донорство членів його сім'ї. Така модель донорства померлої особи використовується, зокрема, у Великобританії, Німеччині, США, Нідерландах, Канаді, Франції, Італії та інших країнах світу.

Перевагами застосування такої моделі є забезпечення права недоторканості тіла особи після її смерті, створення умов для надання особі виключного права вирішувати подальшу долю власного тіла, зменшення можливості суттєвої криміналізації даної сфери медицини.

Проте, у застужанні презумпції незгоди існують суттєві недоліки, зокрема те, що для членів сім'ї потенційного донора вирішення питання про згоду на трансплантацію є тяжким навантаженням і зазвичай не дає можливості чітко та об'єктивно оцінити проблему. В цьому контексті варто також зауважити, що можливість трансплантації є процесом, що значно обмежений у часі. Наприклад, для пересадки нирок у лікарів є до 12 годин, а для трансплантації серця – взагалі до 5 годин. Цезначною мірою гальмує процес пересадки анатомічних матеріалів і призводить до смерті великої кількості потенційних реципієнтів через непридатність органу для трансплантації. А нестача органів для пересадки у нашій державі, особливо актуалізована появою значної кількості осіб, що її потребують, у тому числі внаслідок останніх подій на Сході України, також підтверджує неефективність презумпції незгоди в аспекті задоволення попиту на трансплантати. Необхідно зауважити і про можливість загрози правам та законним інтересам особи, а саме про можливість зловживань щодо отримання позитивного рішення особи на трансплантацію її анатомічних матеріалів в разі смерті. Також гальмує розвиток трансплантології в Україні неготовність громадян до надання згоди на вилучення своїх анатомічних матеріалів після смерті, перш за все через побоювання зазнати посягань на власне життя заради трансплантатів, про що свідчать результати опитування, проведеного УНІАН.[4] Саме через велику кількість недоліків моделі запиту згоди, ставилося питання про перехід України на протилежну – модель згоди, яка, однак, також має свої недоліки. З огляду на усе вищезазначене, можна стверджувати по те, що обраний Україною спосіб правової регламентації вилучення анатомічних матеріалів у померлої людини, а саме презумпція незгоди, має значну кількість проблемних аспектів, зумовлених як власне правовою природою даної моделі, так і рівнем соціально-економічного розвитку України, і психологічною неготовністю українського народу до кроків, спрямованих на її повноцінну реалізацію. Тому існує потреба на проведення комплексу заходів з боку держави стосовно як законодавчої регламентації, так і ефективного застосування визначеної моделі правового регулювання донорства померлих осіб.

Науковий керівник: к.ю.н., доц., Греков Є.А.

Тарасова А.С.

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНОГО КОДЕКСУ ЯК ШЛЯХ ДО РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА

Питання юридичного забезпечення медичної діяльності в Україні останнім часом набувають особливої актуальності. Це передусім пов'язано з активним розвитком приватної медичної практики, запровадженням добровільного медичного страхування та розробкою нормативно-правової бази щодо введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, використанням новітніх досягнень медичної науки (трансплантологія, репродуктивні технології, клонування), удосконаленням управлінської діяльності в галузі охорони здоров'я тощо.

Дане питання досліджували такі вчені, як Гладун З.С., Москаленко В.Ф., Стеценко С.Г., Терешкевич Г.Т., Педченко Т.В., Рудий В.М., Любінець О.В., Сенюта І.Я., Рогова О.Г., Третьяков В.М., Махмудов Е.Ю.

Медичні відносини регулюються Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.), законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (1994 р.), «Про донорство крові та її компонентів» (1995 р.), «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (1995 р.), «Про лікарські засоби» (1996 р.), «Про трансплантацію органів і тканин людини» (1999 р.), «Про лікарські засоби» (1996 р.), «Про психіатричну допомогу» (2000 р.), «Про захист населення від інфекційних хвороб» (2000 р.), указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, нормативними наказами Міністерства охорони здоров'я, інструкціями тощо. У цій сфері затверджено низку державних цільових програм, якими передбачено систему заходів щодо реформування системи охорони здоров'я у напрямі забезпечення доступності медичної та медико-санітарної допомоги для всього населення країни.

Недоліком правового регулювання у галузі надання медичної допомоги є те, що медичне законодавство не систематизоване в одному законодавчому акті. Основи законодавства про охорону здоров'я недостатньо врегульовують ці питання. Свідченням цього є досить велика кількість підзаконних нормативно-правових актів. Для вирішення цих проблем, видається, недоцільно приймати окремі, невеликі за обсягом закони, які регулюють окремі види відносин у галузі медичного права. Зокрема, у медичній спеціальній літературі неодноразово порушувалось питання про необхідність прийняття нормативного акта, у якому були б врегульовані права та обов'язки пацієнта. Такі ж пропозиції є і в Україні. 9 січня 2002 р. Кабінет Міністрів України затвердив Міжгалузову комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки, яка передбачає, крім іншого, розроблення проекту закону про захист прав пацієнтів і медичних працівників. Відомо, що нині розробляється проект закону України про права пацієнта. Видається більш доцільним відмовитися від ідеї прийняття окремого законодавчого акта про права пацієнта, а врегулювати його правовий статус спільно з правовим статусом медичного працівника шляхом прийняття Медичного кодексу України, оскільки лише у взаємному зв'язку прав та обов'язків цих двох суб'єктів медичних правовід-

носин можна досягти найбільшої ефективності в їх забезпеченні й у такий спосіб привести національне законодавство у відповідність до загальноєвропейських міжнародних правових стандартів.

Визнання медичного права самостійною галуззю права у системі права України і прийняття Медичного кодексу України дасть змогу впорядкувати відносини в галузі надання медичної допомоги і створити належну сучасну правову базу для забезпечення конституційних прав кожної людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування в Україні.

Тимченко К. О.,

студентка 21 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНСТИТУТУ ЕВТАНАЗІЇ

В Україні на законодавчому рівні є забороненою евтаназія, як пасивна так і активна. Стаття 52 Основ Законодавства України про охорону здоров'я зазначає наступне – *«медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань»*. Ми вважаємо, що дана норма є досить ефективною і дане явище повинно бути забороненим на законодавчому рівні. Але існує досить велика кількість як прибічників, так і противників запровадження даного інституту. Вони намагаються на противагу один одному надати якомога більше аргументів, підтверджуючих свою правоту. Ми вважаємо, що інститут евтаназії, в аспекті саме права на життя і відповідно можливості його позбавлення, є таким, що порушує цілу низку норм правового, релігійного, морального характеру.

На відміну від евтаназії, ми пропонуємо розглянути деякі аспекти і основи функціонування інституту паліативної допомоги, яка саме базується на цінностях до людського життя і його збереженні, при цьому передбачається надання комплексу медичних, соціальних, психологічних і духовних заходів, спрямованих на поліпшення якості життя людей, що є невиліковно хворими, а також членів їхніх сімей. Тобто паліативна допомога має надаватися постійно, протягом усього життя, незалежно від його тривалості. Це не очікування смерті, а гідне життя із задоволенням всіх потреб людини до самої смерті.

В Україні паліативна допомога, як підхід, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів з невиліковними захворюваннями, почав розвиватися з кінця 90-х років ХХ століття. Починаючи з 1996 року на території України відбувалося поступове відкриття спеціалізованих медичних закладів «хоспісів» для надання паліативної допомоги, також відбувається створення громадських організацій, які ставлять перед собою за мету – якомога краще донести до населення всю необхідну інформацію про можливості паліативної допомоги в Україні та її якісного отримання.

Велике значення мало внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я від 07.07.2011 № 3611-VI, які доповнили вищевказаний законодавчий акт терміном – *паліативна*. У 2013 році Міністерство охорони здоров'я видало наказ «Про організацію паліативної допомоги в Україні», який детально регулює порядок надання паліативної допомоги в Україні.

Запровадження інституту паліативної допомоги (медицини) викликало різні відгуки, які безпосередньо піддавалися критиці як з боку самих медичних працівників, так і з боку науковців, політиків. Наголошували на тому факторі, що наша держава перебуває зараз у досить складному становищі і надання паліативної допомоги особам, які дійсно цього потребують, є досить затратним процесом, оскільки неможливо з 100% впевненістю визначити смерть людини і відповідно протягом усього часу необхідно надавати таким особам допомогу – медичну, психологічну, соціальну. Такої думки, зокрема, дотримуються прибічники «узаконолення» евтаназії, які з одного боку бажають полегшити муки хворого (застосовавши один із видів евтаназії), а з іншого зберегти державні кошти[3]. Ми вважаємо, що держава повинна піклуватися про своїх громадян, включаючи надання допомоги невиліковно хворим, оскільки, якщо допомога не буде надаватися, то можна говорити про моральну деградацію суспільства, що приведе до повної недовіри до влади.

Говорячи про паліативну допомогу як альтернативу евтаназії слід наголосити на випадках запровадження евтаназії – без вікових обмежень, так звана «дитяча евтаназія». Її запровадження є досить негативним явищем, оскільки в даному випадку можна стверджувати про порушення права на життя, яке в своєму повинно гарантуватися і забезпечуватися державою.

Підсумовуючи все вище зазначене, можна дійти висновку, що з моменту проголошення незалежності України відбувається поступове становлення інституту паліативної допомоги, постійно оновлюється і вдосконалюється нормативна база, яка регулює дану діяльність, збільшується кількість спеціально створених закладів для надання даної допомоги. Значну роль відіграло створення Інституту паліативної та хоспісної медицини (ІПХМ), як головного науково-дослідного та організаційно-методичного закладу МОЗ України з надання паліативної допомоги (2008 р.) та кафедри паліативної та хоспісної медицини у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика у 2010 р., яка вперше розпочала фахову підготовку лікарів та медичних сестер з цього медико-соціального напрямку. Але все ж таки є і деякі негативні фактори, такі як недостатнє фінансування даного напрямку, наявність корупційних схем, оскільки кошти з бюджету виділяються, а роботи зі створення чи реконструкції хоспісів навмисно затягуються (наприклад, будівництво хоспіса в м.Кременчук, де воно триває більше трьох років і дата закінчення виконання робіт постійно змінюється або переноситься з необґрунтованих на те причин).

Тоноян Л.Г.

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАКРІПЛЕННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

Основним покликання родини з давніх часів до сьогодишнього дня залишається народження дітей. У зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією, зміною темпу життя, постійні стреси призвели до того, що більшість сімей не можуть зачати дитину природнім шляхом, у зв'язку з цим звертаються за допомогою до репродуктивних технологій, зокрема сурогатного материнства. Інститут правового забезпечення сурогатного материнства не

має нормативного підстави у формі кодифікованого збірника, єдиного законодавчого або іншого нормативно-правового акта. Актуальність правового забезпечення сурогатного материнства обумовлена відсутністю достатнього нормативного регулювання здійснення процедури сурогатного материнства в Україні, і необхідністю вирішити проблеми, які виникають на практиці при реалізації програми сурогатного материнства.

Чіткого визначення поняття «сурогатне материнство» в чинному законодавстві відсутні донині. Але виходячи із змісту нормативно-правових актів, які регулюють питання допоміжних репродуктивних технологій (далі-ДРТ) в Україні, можемо зробити висновок, що сурогатне материнство є одним із методів ДРТ дозволених в Україні. Її суть полягає у тому, що сурогатна матір добровільно погоджується виносити чужу дитину, яка після народження буде передана своїм генетичним батькам. Ця репродуктивна технологія є складною не лише з медичного та етичного, але й з юридичного точки зору.

Сурогатне материнство в Україні є законним, дане питання регулюється положеннями СК України, Наказом Міністерства юстиції України від 18 жовтня 2000 року №52/5, « Про затвердження умов та порядку застосування штучного запліднення та імплантації ембріона та методів їх проведення». Наведенні положення спрямовані на захист прав як дитини, так і подружжя. Проблема постає у відсутності спеціального НПА, яке б ретельно регламентувало питання сурогатного материнства, і також неврегульованість істотних умов договору, що укладається між сурогатною матір'ю та біологічними батьками., що можуть призвести до порушень прав як біологічних батьків, так і сурогатної матері. Так, через законодавчі прогалини в правовому регулюванні сурогатного материнства на практиці можуть виникнути небажані життєві ситуації, пов'язані з відмовою сурогатної матері віддавати дитини біологічним батькам, шантажем переривання вагітності, вимогами додаткових грошей, погрозами розголошення інформації про народження дитини, про те, хто її виношував, або відмовою біологічних батьків виплатити сурогатній матері обіцяну грошову компенсацію, не забезпечення сурогатної матері належними умовами під час вагітності та пологів.

Отже на нашу думку, задля запобігання вказаних наслідків, вважається необхідним захистити майнові і немайнові права та законні інтереси осіб, які беруть участь у програмі сурогатного материнства, за допомогою укладення договору між сурогатною матір'ю та біологічними батьками про виношуванні дитини, який повинен виступати основним засобом правового регулювання відносин учасників програми сурогатного материнства. Такий договір є головним документом, що визначає відносини біологічних батьків з сурогатною матір'ю і повинна складатися відповідно до положень чинного законодавства України, враховуючи індивідуальні вимоги, побажання та можливості подружжя і сурогатної матері. Така законодавча неврегульованість, призводить до досить великих прогалин у сфері сурогатного материнства, за для подолання цієї проблеми першочергово потрібно удосконалювати сферу репродуктивної медицини та розробити спеціальний закон який би врегулював інститут сурогатного материнства.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Тупік М.М.

студентка 43 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЩОДО ВІДШКОДУВАННЯ МОРАЛЬНОЇ ШКОДИ ЗА НЕВДАЛЕ ЛІКАРСЬКЕ ВТРУЧАННЯ

Актуальність питання щодо відшкодування моральної шкоди за невдале лікарське втручання в умовах сьогодення зумовлена тим, що, незважаючи на існуючий правовий механізм компенсації та наявність практики Європейського суду з прав людини у таких справах як «Півень проти України» і «Жовнер проти України», відшкодування моральної шкоди за невдале лікарське втручання є малозначимою та практично не застосовується.

Так, Цивільний кодекс України передбачає, що моральна шкода полягає у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо неї самої, членів її сім'ї чи близьких родичів. У свою чергу, постановою Пленуму Верховного Суду України № 4 від 31.03.95 р. визначається, що під моральною шкодою потрібно розуміти втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань або інших негативних явищ, заподіяних фізичній чи юридичній особі незаконними діями чи бездіяльністю інших осіб.

У науці ж існує точка зору, відповідно до якої до душевних травм, які є підставою для відшкодування моральної шкоди слід ставитися з такою самою серйозністю, як і до фізичної травми, адже психічна та моральна цілісність людини є невід'ємною частиною благополуччя особистості. З другого боку, все ж таки виникає певний скептицизм щодо вагомості та юридичної значущості даного виду відшкодування, й особливо це стосується правовідносин у сфері медичного обслуговування, де претензії можуть бути висловлені не лише щодо шкоди здоров'ю, але й порушення прав споживачів і стандартів сервісу.

Слід відзначити, що для визнання в судовому порядку наявності психологічної травми як різновиду моральної (немайнової) шкоди позивач повинен обґрунтувати цей факт доказами. Проте, в той же час, в нашій державі, суд може і не прийняти висновок психологічної експертизи чи спеціаліста-психолога, поставивши під сумнів глибину психологічних страждань та хвилювань. Тому, на нашу думку, для найбільш справедливої компенсації страждань (як нервових процесів в організмі) та психічних переживань під час усвідомлення негативних для організму та особистості наслідків доцільно було б визначати розмір кожної зі складових «немайнової шкоди» окремо. Однак у вітчизняній судовій практиці всі аспекти залишаються на розгляд суду.

Якщо звернутись до зарубіжної практики, то в окремих країнах Європи, наприклад у Швеції, психологічні переживання без наявності фізичних ушкоджень взагалі не відшкодовуються. Це пов'язано з прийнятою у цій країні доктриною «наявності фізичної рани», яка пояснює це труднощами у доведенні відсутності прихованих психологічних розладів, які могли бути у потерпілого ще до невідлого медичного втручання.

Отже, підсумовуючи зазначене, для належного захисту прав та інтересів постраждалих від невідлого лікарського втручання пацієнтів, на нашу думку, необхідно мати чітке узагальнення судової практики та правові реко-

ментації щодо розрахунку сум компенсацій немайнової шкоди у справ щодо правовідносин у сфері охорони здоров'я, яке може бути надане лише вищими судовими інстанціями України, зокрема Верховним Судом України.

Хіцан Б.І.,

студент 46 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНАЦІЙ В УКРАЇНІ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Медичне право в Україні з кожним роком проходить новий виток розвитку, разом з ним не стоять на місці і відповідні сфери суспільного життя, пов'язані з охороною здоров'я. Так, вакцинація українців наразі є гострим і дискусійним питанням, адже деякі науковці і провідні фахівці галузі наголошують на тому що цей механізм забезпечення життя і здоров'я людей в умовах сьогоднішнього є неактуальним і небезпечним. Однак, зміни в законодавстві стосовно цього не вносились, а отже, ми маємо керуватись чинними нормами і розглядати ситуацію в її актуальному стані. Тому ми вважаємо за доцільне розглянути деякі проблемні аспекти проведення вакцинації в Україні через правову призму.

Це питання гостро обговорюється в сучасній доктрині. Його дослідженням займалися такі вчені як: О.О. Круглова, Б.В. Липівець, І.О. Трунова, О.С. Абатуров, О.О. Агафонова, І.Л. Маричев та інші.

Однією з проблем в українському законодавстві стосовно щеплень є Календар профілактичних щеплень в Україні, який був затверджений Наказом МОЗ №551 від 11.08.2014. У ньому фахівці виділяють безліч суперечностей та недоліків. Так, наприклад, цей документ окрім шести обов'язкових щеплень, передбачених у законодавстві додає ще чотири щеплення для дітей в категорії «за віком» і «з порушенням цього Календаря», тобто на загальному рівні законодавець передбачив вичерпний перелік обов'язкових щеплень, проте цей підзаконний нормативно-правовий акт встановлює додаткову обов'язкову імунізацію, яка не узгоджується із Законом.

Крім цього неоднозначною є норма про застосування комбінованих вакцин. Так, пункт 6 Загальних положень Календаря встановлює, що за наявності зареєстрованих комбінованих вакцин, до складу яких входять антигени, для профілактики інфекцій, визначених цим Календарем, вакцинація проводиться комбінованими вакцинами. Проте, немає уточнення де саме має бути наявна комбінована вакцина: у аптеці, державному закладі охорони здоров'я чи приватних закладах. До того ж, особа може відмовитись робити щеплення комбінованим препаратом, так як він, зазвичай, є не безкоштовним і вимагає додаткових витрат.

Ще одним із недоліків є недостатньо чітке відмежування категорій вакцинації «за віком» і «з порушенням Календаря», адже схема вакцинації дітей з порушенням Календаря суттєво відрізняється від схеми вакцинації за віком. Тому необхідно чітко сформулювати, яке відхилення від нормативних строків стає саме «порушенням».

Також актуальною проблемою правового регулювання вакцинації в Україні ми вважаємо процедуру проведення тендерів по закупівлі відповідних препаратів. На думку спеціалістів у галузі вакцинації населення, процедура тендерних закупівель занадто затягнута. Як наслідок, це призводить

до значного скорочення терміну придатності препаратів. Адже куплену вакцину необхідно використати максимально швидко або ж взагалі утилізувати. До того ж в силу відсутності належного матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я з'являються суттєві проблеми із зберіганням медичних препаратів.

Таким чином, проаналізувавши деякі проблемні аспекти нинішнього законодавства щодо вакцинації населення, ми можемо стверджувати про наявність ряду проблем і колізій, які створюють труднощі при практичній реалізації норм вітчизняного законодавства. Задля їх усунення потрібно провести детальний аналіз підзаконних нормативно-правових актів; залучати провідних фахівців галузі для розробки і покращення методів вакцинації; звернутися до практики європейських країн та США, адже їх досвід у цій сфері є досить позитивним; переглянути Основи законодавства України про охорону здоров'я, адже цей акт був прийнятий аж в 1993 році, і відтоді знавався лише локальних змін. Все це дасть змогу покращити ситуацію стосовно імунізації населення і поверне довіру громадян до закладів охорони здоров'я.

Науковий керівник – д.ю.н., доц., Пашков В. М.

Хохлова К. Р.,

студентка 23 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

У роки незалежності Україна перебуває на етапі, що характеризується становленням її цивілізованих, демократичних і правових характеристик, як соціальної держави. У нашій країні нині зростає кількість людей з обмеженими можливостями, тому важливим є питання щодо забезпечення їх прав.

Статистика кількості людей, які мають фізичні або психічні розлади, в Україні з кожним роком зростає. Це підтверджують дані, що надаються Міністерством соціальної політики України, Міністерством охорони здоров'я України та Пенсійним фондом України станом на 1 січня 2016. Так, 2 614 061 особа – кількість людей з обмеженими можливостями, що свідчить про поширення проблеми інвалідності. Тобто, проблема забезпечення прав інвалідів є актуальною.

Рівень захисту прав людей з обмеженими можливостями є показником розвитку та цивілізованості кожного суспільства. Питаннями забезпечення прав людей з інвалідністю займалися такі науковці, як К. Міщенко, В. Сушкевич, О. Макаров, Н. Борецький, М. Авраменко, О. Мартиненко та ін.

Люди з інвалідністю мають такі самі права, що закріплені Конституцією, як і усі інші індивіди у суспільстві: право на життя, свободу і безпеку особи, право на охорону здоров'я, право на вільний розвиток своєї особистості, рівність усіх, без будь-якої дискримінації, право особисту недоторканість, повагу до приватного життя та інші.

Додержання прав людей з інвалідністю означає реальне дотримання принципів рівності щодо їх можливості здійснювати усі права без будь-якої дискримінації. Так, стаття 5 Конвенції ООН про права інвалідів, «Рівність і недискримінація» вказує, що держави-учасниці забороняють будь-яку дискримінацію за ознакою інвалідності. Проте дані щодо кількості повідомлень

до Уповноваженого з прав людини дають інформацію про те, що дискримінація за ознакою інвалідності займає 4 місце серед 20 випадків.

Ще однією проблемою, яку виокремив О. В. Паровишник, є недосить поглиблені та недостатньо детальні наукові опрацювання у сфері забезпечення прав людей з обмеженими можливостями.

Існує також низка невирішених питань у сфері медицини, такі як: неналежне ведення медичної документації, неналежне поводження та обслуговування хворих у лежачому стані, недостатність заходів його профілактики, порушення права людей з особливими потребами на реабілітацію тощо.

На підставі викладеного, можемо зробити наступні висновки: при вирішенні даних проблем забезпечення прав людей з обмеженими можливостями, необхідно враховувати досвід інших держав, до кінця виконати реалізацію Конвенції про права інвалідів, забезпечити якісними медичними послугами усіх громадян даної категорії, потрібно підвищити рівень пенсійних і соціальних виплат, з метою покращення матеріального становища осіб даної категорії.

Науковий керівник – к. ю. н., ас., Прохазка Г. А.

Чалов В.В.

студент 42 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПИТАННЯ МОЖЛИВОСТІ НАПРАВЛЕННЯ УВ'ЯЗНЕНИХ ОСІБ НА ЛІКУВАННЯ ЗА МЕЖІ УКРАЇНИ

З огляду на останні політико-правові події у сфері кримінально-виконавчого права, що набули широкого публічного розголосу, виникають об'єктивні питання стосовно вдосконалення норм чинного законодавства у сфері охорони здоров'я осіб в місцях позбавлення волі. Однією з таких проблем, якій до останнього часу не приділялась увага науковців та практиків у сфері медичного та кримінально-виконавчого права є питання можливості ув'язненого виїхати для лікування за межі країни.

Вирішення даної проблеми потребує комплексного підходу, адже в національних нормах та міжнародних актах, таких як Мінімальні стандарти і правила поводження з ув'язненими, Принципи медичної етики, Міжнародний пакт про громадянську і політичні права та інших дане питання прямо не врегульоване. Крім того, такі прецеденти України не відомі.

В першу чергу варто зазначити, що ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає, що кожному громадянину гарантується право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я. Крім того, законодавець передбачає можливість не тільки безоплатної, а й платної форми медичної допомоги. Так, У Рішенні Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. N10 (справа про безоплатну медичну допомогу) цей термін трактується так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, точного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Проте можливість забезпечити належну медичну допомогу на території виправної установи, з огляду на недостатнє бюджетне фінансування та невиконання цільових програм у зазначеній сфері, існує не завжди. У таких

випадках гарантією права засудженого на її отримання є передбачена нормами Кримінально-виконавчого кодексу можливість короткочасного виїзду за межі установи. Порядок виїзду регулюють норми КВК України та Інструкція про порядок надання засудженим короткочасних виїздів за межі установ виконання покарань, затверджена Наказом Міністерства юстиції від 29.11.2011 р. № 3361/5.

Що ж стосується виїзду ув'язненого за кордон, з позицій Державної пенітенціарної служби України, засудженого, з огляду на імперативність норм кримінального процесуального та виконавчого законодавства, неможливо відправити на лікування за кордон без внесення змін до чинного законодавства. Крім того, в ч. 2 ст. 19 Конституції України зазначено, що «органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи зобов'язані діяти лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що передбачені Конституцією та законами України».

Проте, вирішуючи питання про можливість направлення ув'язненого за кордон, варто звернути увагу на ст.ст. 3, 49 Конституції України, які визнають здоров'я людини найвищою соціальною цінністю та гарантують надання медичної допомоги, Постанову Кабінету Міністрів України № 991 від 8 грудня 1995 р. «Положення про порядок направлення громадян на лікування за кордон», ряд інших норм національного та міжнародного законодавства, в яких зазначається, що засуджені користуються усією сукупністю прав людини і громадянина.

Отже, підсумовуючи зазначене, варто наголосити на тому, що з огляду на міжнародну кримінально-виконавчу політику та реформування кримінального законодавства загалом, питанням є не вирішення проблеми щодо можливості направлення осіб на лікування за кордон, а нормативного закріплення такої можливості та реальної процедури її реалізації на основі Положення про порядок направлення громадян на лікування за кордон.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Черненко Я.О.

студентка 44 групи

ПЮІ ННУ імені Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ

Оскільки на даному етапі життя стоїть мета побудови соціальної та правової держави, то все більше виникає потреба в посиленні механізму дотримання та захисту конституційних прав людини. Слід приділити увагу саме захисту права на лікарську таємницю, яке супроводжується обов'язком медичних працівників зберігати та не розголошувати інформацію, яка стала їм відома у процесі здійснення ними своїх професійних обов'язків.

Проблематика даної теми полягає у відсутності належного законодавчого врегулювання збереження лікарської таємниці, що в свою чергу призводить до виникнення випадків неправомірного розголошення такої інформації, що також пов'язане з проблемою притягнення винних осіб за здійснення такого правопорушення до відповідальності. Дане право відіграє важливу роль у системі захисту прав людини, оскільки дотримання цього права є важливою умовою соціального захисту пацієнта та його економічних та інших інтересів.

Право на лікарську таємницю громадян передбачений низкою нормативно – правових актів: Цивільним Кодексом, Кримінальним Кодексом, ЗУ «Про основи законодавства про охорону здоров'я». Проаналізувавши документи, можна зробити висновок, що випадки правомірності розголошення відомостей про стан здоров'я пацієнта закріплені у різних нормативних актах та в ст.40 ЗУ «Про основи законодавства про охорону здоров'я відсутній вичерпний перелік таких випадків. Що в свою чергу призводить виникнення проблеми законності повідомлення таких відомостей іншим особам.

Перше нащо можна звернути увагу, то це надання інформації медичними працівниками про пацієнта по телефону, як би мовити «родичам». Тобто, по телефону неможливо з'ясувати хто є хто і кому ця інформація надається.

Досить часто розголошення лікарської таємниці відбувається при надходженні різних запитів правоохоронних та інших органів та осіб, це насамперед стосується молодих спеціалістів, які погано орієнтуються в нормативному регулюванні даного питання. Прикладом може слугувати Рішення ЄС з прав людини (справа «Авілкіна проти РФ») в якому інформація про відмову заявників від переливання крові була надана комітетом охорони здоров'я на запит прокуратури, який контролював діяльність релігійних організацій. В результаті вирішення справи було встановлено судом порушення принципу поваги до приватного життя(ст.8 Конвенції про захист прав та основоположних свобод). Стосовно адвокатських запитів Апеляційним судом Житомирської області була розглянута справа, де центральною міською лікарнею було неправомірно надано інформацію на запит адвоката про факт звернення до травмпункту за мед. допомогою із зазначенням діагнозу без згоди особи, дана інформація була використана проти цієї особи і завдала значної матеріальної та моральної шкоди. А також було встановлено відсутність підстав правомірного надання такої інформації. Також поширені є випадки коли лікар розголошує відомості про стан здоров'я особи його родичам, знайомим та іншим близьким людям, помилково припускаючи наявність згоди пацієнта на повідомлення такої інформації, в такому випадку ймовірність завдання шкоди інтересам особи присутня.

Отже, до виникнення подібних ситуацій насамперед призводить відсутність єдиної комплексної регламентації випадків розголошення даної інформації без згоди особи, тому що такі випадки містяться в різних НПА що і призводять до виникнення таких проблем. Важливе значення має рівень правової культури, оскільки при виникненні даних ситуацій ніхто не бере до уваги, насамперед, важливість дотримання обов'язку збереження лікарської таємниці та наслідки, до яких може призвести порушення такого обов'язку.

Чубар Р.Ю.,

студент 42 групи

ПЮІ ННУ ім. Ярослава Мудрого

ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОПТОВОЇ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ

На сьогодні, державне регулювання ринку лікарських засобів виступає, як спосіб ефективного державного управління у сфері охорони здоров'я. Якість такого регулювання безпосередньо впливає на дотримання конституційного права громадян на медичну допомогу.

Законодавчу основу державного управління у сфері ліцензування фармацевтичної діяльності складають Закон України «Про лікарські засоби» від 4 квітня 1996 р., Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02 березня 2015 р. та Закон України «Про основні засади державного нагляду у сфері господарської діяльності» від 5 квітня 2007 р. Ліцензуванню фармацевтичної діяльності присвячені також і підзаконні акти Міністерства охорони здоров'я України. Наприклад, наказами від 31 жовтня 2011 р. МОЗ України затверджені Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібно торгівлі лікарськими засобами (Далі – Ліцензійні умови) та Порядок контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібно торгівлі лікарськими засобами (Далі – Порядок контролю).

Відповідно до Порядку контролю, оптова торгівля лікарськими засобами – діяльність з придбання лікарських засобів у виробників лікарських засобів або інших суб'єктів господарювання, що мають відповідну ліцензію, зберігання, транспортування та продажу лікарських засобів з аптечних складів іншим суб'єктам оптової або роздрібно торгівлі лікарськими засобами, які отримали на це відповідні ліцензії, та безпосередньо лікувально-профілактичним закладам і виробникам лікарських засобів.

Відповідно до Ліцензійних умов, до оптової та роздрібно торгівлі допускаються лише зареєстровані в Україні лікарські засоби, крім випадків, передбачених Законом України «Про лікарські засоби», за наявності сертифіката якості, що видається виробником та завірений печаткою останнього постачальника.

Оптова торгівля неякісними лікарськими засобами, у тому числі такими, термін придатності яких минув, або на які відсутній сертифікат якості, що видається виробником, або виготовленими аптекою з порушеннями умов виробництва, відповідно до положень чинного законодавства, забороняється.

Так, згідно зі ст. 167 Кодексу України про адміністративні правопорушення, до відповідальності у вигляді накладення штрафу на посадових осіб підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності, громадян – власників підприємств чи уповноважених ними осіб від двадцяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян притягаються у випадку введення в обіг або реалізація продукції, яка не відповідає вимогам стандартів, сертифікатів відповідності, норм, правил і зразків щодо безпечності, якості, комплектності та упаковки.

На нашу думку, такий підхід законодавця не направлений на підвищення ефективності попередження порушень порядку оптової торгівлі лікарськими засобами в Україні, адже прибутковість продажу неякісних лікарських засобів може підвищити рівень порушень в вивчаємій сфері.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

*Шарлай В. О.,
студент 41 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ЩОДО ПРОБЛЕМ

ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Одним із найважливіших компонентів ефективного функціонування економіки та системи охорони здоров'я є медичне страхування. Воно є гарантом здорової нації в майбутньому. Саме тому, запровадження медичного страхування в Україні вкрай важливе і належить до першочергових завдань, які потребують негайного вирішення, оскільки питання сучасного становища охорони здоров'я одне з найгостріших у нашій країні.

Треба, зазначити, що загальнообов'язкове медичне страхування – це вид обов'язкового страхування, спрямований на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та реалізацію державних гарантій на одержання безоплатної медичної допомоги та медичне страхування. Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування є формою фінансового забезпечення витрат населення України, що можуть бути понесені на лікування, діагностику, профілактику, реабілітацію, забезпечення ліками та засобами медичного призначення у разі хвороби, нещасного випадку, в межах, визначених договором та Програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування, за рахунок грошових фондів.

Дослідженням проблеми запровадження загальнообов'язкового медичного соціального страхування займалися такі вчені: О. О. Пунда, Д. А. Арзанцева, О.І. Білик, С. А. Качмарчик, С.В. Бортнік, В. Ю. Стеценко.

У країнах із розвинутими системами суспільної охорони здоров'я переважає обов'язкова форма страхування (Франція, Канада, Німеччина, Голландія, Швеція). Кожна країна світу йде своїм шляхом розвитку медичного страхування: бюджетний, соціальний чи приватний.

Враховуючи сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні, впровадження обов'язкового медичного страхування є неминучим. Метою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є: 1) встановлення гарантій для захисту прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування; 2) забезпечення рівних прав громадян на одержання безоплатної медичної допомоги належного обсягу та якості; 3) підвищення якості надання медичної допомоги, сприяння ефективному розвитку системи охорони здоров'я та створення умов для її належного використання; 4) створення умов для розвитку ринкових відносин в системі охорони здоров'я.

Також, існує ціла низка проблем, які затримують розвиток медичного страхування в Україні. Такі вчені, як О.І. Білик, С. А. Качмарчик у своїй праці зазначили певні проблеми, що затримують розвиток обов'язкового медичного страхування, а саме: неналежна підготовка спеціалістів у цій сфері; відсутність адекватної винагороди праці лікарів у формі зарплат і премій; уникнення страховиками зобов'язань щодо оплати лікування страхувальника, ґрунтуючись на різних підставах; відсутність законодавства, яке б регулювало медичне страхування; різне бачення чиновниками, страховиками та

медиками моделі, на основі якої має діяти медичне страхування, зокрема, його обов'язкова форма; недостатня поінформованість громадян щодо можливостей страхової медицини.

Вирішення всіх цих проблем потребує часу, фінансових ресурсів, відповідних фахівців.

Головна роль у розв'язанні вище перелічених проблем відводиться державі. Важливим питанням залишається узгодження політики, направленої на розробку єдиної стратегії щодо впровадження медичного страхування. Держава повинна подбати про наявність відповідного законодавства, яке б захищало інтереси всіх суб'єктів ринку медичного страхування. Держава має розробити систему підготовки відповідних фахівців, запланувати у бюджеті витрати на підвищення зарплати медпрацівникам. Страхові компанії в свою чергу можуть докласти зусиль у інформуванні населення про медичне страхування. Перспективи розвитку системи медичного страхування в Україні великі, оскільки потенційних споживачів страхових послуг багато (близько 95 % вітчизняних громадян не мають договорів медичного страхування).

Отже, запровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні є необхідним заходом, котрий буде сприяти розвитку охорони здоров'я людини і забезпечить право громадян на одержання доступної та високоякісної медичної допомоги. Напевно, що впровадження загальнообов'язкового медичного соціального страхування не задовольнить усі потреби медичної галузі, але дасть відчутний поштовх до її покращання.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Шкурко В.Р.

студент 24 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

СВІТОВА ПРАКТИКА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ

У наш час доцільно говорити про існування «четвертого покоління» прав людини. Саме до таких прав належить право на трансплантацію органів. Велика кількість дискусій з цього приводу виникає через те, що дане право суперечить моральним, етичним та релігійним засадам суспільства.

Оскільки право на трансплантацію органів є відносно новим поняттям, то рівень наукового дослідження та законодавчого регулювання трансплантації органів людини є недостатнім та викликає на практиці низку питань як у медичних працівників, так і у юристів. Питання трансплантації органів досліджували як вітчизняні, так й іноземні вчені. Такими науковцями є: С.В. Гринчака, О.В. Сапронова, А.П. Громов, С.С. Тихонов та ін.

Відповідно до ст. 1 ЗУ “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” від 16.07.1999 року: “Трансплантація – спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини”.

Хронологічно процес становлення і розвитку трансплантології у світовій практиці визначався такими основними етапами: у 1902 р. Е. Ульман у Відні (Австрія) виконав першу пересадку нирки в експерименті; Д.А. Арапів з 1931 р. здійснював пересадки ендокринних залоз; В.П. Філатов у 1931 р. вперше в світі почав проводити в клініці пересадки рогівки від померлих, а

потім й інших тканин – слизової оболонки у 1935 р., шкіри у 1937 р.; у 1933 р. Ю.Ю. Вороной в Харкові провів першу пересадку нирки від людини до людини; Н.М. Міхельсон у 1935 р. першим у світі використовував в клінічній практиці трансплантацію хряща померлої людини; у 1954 р. Д. Мюррей в Бостоні (США) виконав першу успішну пересадку нирки в клінічних умовах; у 1963 р. Г. Александер (Франція) провів перше вилучення нирок в умовах мозкової смерті. Першу в історії медицини операцію з пересадки серця провів 3 грудня 1967 року професор Крістіан Барнард в Кейптауні (Південно-Африканська Республіка).

Слід зазначити, що зараз у ПАР існує система “opting-in” (добровільна пожертва), чи так звана «презумпція незгоди», яка полягає в тому, що тільки за власною згодою потенційний донор жертвує свої органи. На противагу цьому, у таких країнах, як Бельгія, Австрія, Іспанія, існує механізм «презумпції згоди», суть якого в тому, що всіх людей вважають потенційними донорами, якщо за життя чи перед смертю вони не нададуть відмову від донорства. У Великій Британії існує цікава й ефективна система розподілення органів. У цій країні дарування органів відбувається таким чином, що ні донор, ні його родичі ніколи не знатимуть імені реципієнта. В Україні ж функціонує система “презумпції незгоди”.

За останні роки в Україні здійснюється менше 5 % необхідних операцій з трансплантації органів. Статистика свідчить, що тільки 10 % операцій в Україні робляться від мертвого донора. У розвинених країнах відсоток є надзвичайно високим і потреби людей в органах забезпечуються першочергово за рахунок мертвоготрансплантанта.

Отже, на сучасному етапі розвитку України, доцільним є вдосконалення законодавства у сфері трансплантації органів, а також запровадження “презумпції згоди”, що дало б змогу надати надію мільйонам осіб на подальше життя.

Науковий керівник – к. ю. н., ас., Прохазка Г. А.

Шлапак А.В.

студентка 44 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ОСОБЛИВОСТІ ДОГОВОРУ

ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Одним з проявів соціальної орієнтованості держави є законодавче закріплення права на медичну допомогу особи, що є базовим в системі соціальних прав людини. Крім того, у зв'язку з тим, що державна монополія на надання медичних послуг населенню змінюється введенням медичних послуг у вільний цивільно-економічний оборот, з'явилася велика кількість приватних медичних закладів. Метою діяльності таких установ є не лише охорона здоров'я населення, та надання послуг у зв'язку з цим, а і отримання прибутку. Через це важливим є укладення договору про надання платних медичних послуг, що надасть змогу і населенню, і приватним медичним установам (як сторонам такого договору) захищати свої права у лікувальному процесі.

Розглядаючи та аналізуючи конкретний договір про надання платних медичних послуг можна зробити декілька висновків.

По-перше, предметом договору – є дії з надання медичних послуг. Багато науковців звертає увагу на те, що на рівні чинного законодавства не визначено поняття «медична послуга», що може приводити до неправильного розуміння сутності виконуваних дій. Тому, вдаючись до аналізу, вчені визначають під медичною послугою розуміють комплекс заходів, що здійснюються в межах єдиного процесу профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнта (на думку Гайдай Н.). В даному випадку відбувається отождоження медичної послуги та медичної допомоги, що на нашу думку не є правильним, адже медична допомога є ширшим поняттям, ніж послуга.

Вичерпне визначення надає Р. А. Майданик, який вважає медичною послугою «тісно пов'язану з особистістю професійного послугонадавача соціально значущу поведінку, спрямовану на задоволення потреб пацієнта шляхом медичного втручання в організм здорової людини або докладання максимальних зусиль до зміцнення і підтримання здоров'я пацієнта. Таке визначення є вичерпним і вказує на особливості медичної послуги.

Проте, на нашу думку, відсутність визначення «медичної послуги» не має детермінантного значення. Адже в кожному окремому договорі його сторонами визначається суть та зміст медичної послуги, необхідної саме для пацієнта і така медична послуга отримується відповідно до умов договору. Тобто предмет – це конкретно-необхідна медична послуга для пацієнта, суть та зміст якої визначається сторонами і яка надається відповідно до умов договору.

Також існує думка про те, що предмет даного договору є складеним, з одного боку – це певна дія з боку медичного закладу щодо безпосереднього, фактичного надання послуги, з іншого – передача винагороди (плати) пацієнтом та обов'язок виконувати всі вимоги медичного закладу, що забезпечують якісне надання медичних послуг. Така теза впливає з платного характеру договору.

По-друге, аналізуючи конкретний договір та главу 63 Цивільного кодексу, можна сказати, що досліджуваний договір є різновидом договорів про надання послуг. Це означає, що відповідно до законодавства виконавець має надавати послугу особисто. Якщо надавачем послуг є юридичний заклад, то він і є юридично виконавцем послуги. Фактично ж – виконавцем є медичний персонал. Тому, в інформаційній частині договору вказується який саме заклад є стороною договору, і який зобов'язується надавати медичні послуги на умовах, визначених договором. Далі, в умовному блоці договору зазначається, що послуги надаються працівниками такого закладу. Отже, юридичним виконавцем – є медичний заклад, а фактичним виконавцем – медичний персонал цього закладу.

Отже, договір про надання платних медичних послуг може укладатися на користь сторін, або на користь третьої особи. Виконавцем юридично завжди виступає медичний заклад, якщо особа-пацієнт звертається до такого. Надавачем послуг фактично буде медичний персонал закладу, про що зазначається в договорі. Предметом договору – виступає конкретна, необхідна в даному випадку медична послуга, суть та зміст якої визначається сторонами і яка надається відповідно до умов договору.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олєфір А. О.

*Шумейко Д.С.,
студент 42 групи
ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ САМОРЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Політична, економічна нестабільність, неспроможність держави належним чином врегулювання сферу охорони здоров'я створюють необхідність вести мову про зміну форм регулювання медичної сфери, а саме запровадження нової форми врегулювання медичної діяльності, а саме саморегулювання медичної діяльності. Враховуючи досвід іноземних держав варто створити самоврядні організації, які б діяли на громадських засадах і належним чином врегульовували дану сферу суспільних відносин. Саме делегування владою своїх повноважень відповідним самоврядним організаціям сприятиме ефективному функціонуванню медичних закладів і медичної діяльності в цілому. Ці всі тенденції сучасного життя обумовлюють значну актуальність тему і необхідність її наукового дослідження.

Формування інститутів саморегулювання та професійного самоврядування висвітлено у публікаціях А.Ф.Черданцева, Ю.А.Тихомирова, та ін.

Чинним законодавством не передбачено створення самоврядних організацій у сфері охорони здоров'я, дане питання врегульоване Мадридської декларацією про професійну автономію та самоуправління лікарів, прийнятою Всесвітньою Медичною Асамблеєю, до досвіду інших країн, зокрема, лікарського самоврядування у Польщі та Болгарії, в яких належним чином на законодавчому рівні врегульовано питання самоврядних організацій лікарів. У цих країнах до складу таких організацій входять лікарі, ми вважаємо, що до даних організацій включити також лікарів, але за умови, що дані особи матимуть безсумнівну репутацію; також пропонуємо включити представників населення, які мають безсумнівну репутацію, значний термін проживання на відповідній території та користуються значною довірою населення. Обирати даних осіб варто громадянами відповідної територіальної громади. Наявність вищезазначених вимог до осіб а також їх функціонування на виборчих засадах сприятиме довірі громадян до даних організацій. А також носитиме демократичний характер.

Самоврядні організації повинні забезпечити її належне функціонування медичної сфери, захист прав споживачів медичних послуг. Держава, делегуючи організаціям свої повноваження матиме змогу зосередитися на інших, більш важливих сферах суспільного життя. Незважаючи на запровадження саморегулюючих організацій у сфері медичної діяльності, потрібен існувати державний контроль цих організацій з метою недопущення зловживань представниками даних організацій, захисту прав і основоположних свобод населення.

Дані організації покликані стати захисниками інтересів своїх членів, а тому не можуть входити до системи органів державної влади. водночас функції постійного контролю за додержанням членами цих організацій правил, стандартів вимог, накладання санкцій і застосування заходів впливу на їх членів, які порушують чинне законодавство повинні виконувати відповідні центральні органи виконавчої влади.

Отже, враховуючи неспроможність держави належним чином врегулювати сферу медичної діяльності варто створити самоврядні медичні організації, які, незважаючи на самоврядний статус, повинні бути врегульовані державою, члени яких будуть діяти на громадських засадах і повинні мати безсумнівну репутацію і обиратись населенням. В нашій державі не існує самоврядних організацій, тому варто звернутися до міжнародного досвіду. Зокрема Мадридської декларації та досвіду інших країн, зокрема Болгарії та Польщі.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Юдахін М. С.,

студент 45 групи

ПЮІ НЮУ ім. Ярослава Мудрого

ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕВТАНАЗІЇ ДІТЕЙ У СУЧАСНЕ ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ

Питання евтаназії стало досить популярним та дискусійним не тільки серед науковців, а і звичайних громадян. Враховуючи швидкий розвиток країн надзвичайно актуальним є питання про законодавче закріплення даної категорії.

Дивлячись на різноплановість цього питання багато вітчизняних та зарубіжних науковців висвітлювали у своїх працях лише окремі аспекти евтаназії. Серед них можна назвати таких вчених, як В. Віткова, С.А. Хімченко, Л.І. Шеховцова, В. Ворона, Н.А. Мяловицька та інші.

В законодавстві України закріплено, що життя людини є вищою соціальною цінністю. Конституція України наголошує на тому, що кожна людина має невід'ємне право на життя, а обов'язок держави – захищати його.

Поняття евтаназії світ зустрічає не в перше, ще у стародавній Спарті були акти вбивства новонароджених хворих та слабких немовлят. Їх позбавляли життя дуже жорстоким шляхом : скидання дитини зі скали чи залишення в віддалених місцях від міста для того, щоб вони стали поживою для диких звірів. Але таке жорстоке відношення було не тільки до немовлят, старих людей, яким було за 60 років вони схиляли до самогубства і таким чином намагались очистити населення від даних категорій. Подібні положення можна було зустріти і в Законі XII таблиць, які являли собою кодифікацію державного закону від народу у Стародавньому Римі. У Таблиці IV говорилося про те, що лікареві дозволено позбавляти права на життя неповноцінних новонароджених.

Представники релігійної сфери життя України категорично відносять ся до евтаназії. Всі світові та національні культури та релігії не підтримують таку процедуру та вважають її позбавленням людини права на життя, що є злочинними діями. Представники християнських утворень висловили своє чітке негативне ставлення до евтаназії. Вони заявили, що тільки воля Бога може зясувати момент смерті людини, згадавши про дивні зцілення та попередивши про спокусу позбавлення від громадян, які є непродуктивними та потребують достатньо великих витрат на своє лікування.

Світовий досвід показує, що таке явище як евтаназія можна закріпити на законодавчому рівні, але для цього потрібний високий рівень морально-го розвитку суспільства. Але спостерігаючи за темпами сучасного розвитку

України перспективи впровадження цієї категорії в життя є зовсім низьким. Верховна Рада України вже підіймала питання про легалізацію добровільної пасивної евтаназії при підготовці проекту Цивільного кодексу України у 2003 році. Однак, через масові обурення, протести духовенства та урахування випадків можливості лікарської помилки, в остаточному варіанті Цивільного кодексу України ми не знаходимо дозволу на здійснення такої процедури. Це питання не знайшло обґрунтування у законі і залишається відкритим для обговорення.

Із впровадженням евтаназії значно збільшиться кількість злочинів, тому що завжди знайдеться людина, яка через ті, чи інші мотиви захоче позбавити себе тягаря виховання дитини, яка має вади, невиліковні хвороби та зробить так, щоб новонародженого позбавили життя.

Отже, з розвитком узаконення евтаназії крок за кроком буде знецінюватись життя. Тому, потрібно шукати інші методи і способи допомоги людям, що мають невиліковні хвороби, відчувають нестерпний біль та прагнуть позбавлення життя.

*Юрченко Ю. Ю.,
студентка 41 групи
ППОІ НІОУ імені Ярослава Мудрого*

ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СУБ'ЕКТИ ГОСПОДАРЮВАННЯ

В умовах реформування господарського законодавства стають дедалі актуальнішими питання правового стану суб'єктів господарювання в галузі охорони здоров'я і вдосконалення інституту здійснення їх господарських прав та обов'язків. Важливість цього господарсько правового інституту разом із правовим станом суб'єктів господарювання зумовлена, насамперед, положеннями Конституції України про охорону здоров'я та Господарського кодексу України про загальні принципи господарювання. Саме гарантії права на охорону здоров'я визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Разом із тим, права суб'єктів господарювання в цьому напрямку мають цінність лише тоді, коли вони в змозі реально використовувати закладені у своєму правовому положенні можливості для задоволення потреб та інтересів, пов'язаних із забезпеченням немайнового блага – права на здоров'я. В іншому випадку гасла про забезпечення права на охорону здоров'я залишаються виключно декларативними. Необхідно підкреслити, що в чинному законодавстві не приділяється достатньої уваги правовому стану суб'єктів господарювання саме в галузі охорони здоров'я. Недооцінка важливості цього питання може негативно впливати на процеси практичного застосування норм відповідного права на практиці. Тому однією з актуальних проблем при дослідженні правового стану суб'єктів господарювання в галузі охорони здоров'я є визначення суті та розуміння поняття «заклади охорони здоров'я», їх господарської компетенції, а також правове визначення їх діяльності.

Як зазначається у ст.55 Господарського кодексу України суб'єктами господарської діяльності визнаються учасники господарських відносин, які здійснюють господарську діяльність, реалізуючи господарську ком-

петенцію, мають відокремлене майно і несуть відповідальність за своїми зобов'язаннями в межах цього майна.

Відповідно до ч 1. ст 3 Господарського України під господарською діяльністю розуміють діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямовану на виготовлення та реалізацію продукції, виконання робіт чи надання послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність.

Визначаються такі основні ознаки суб'єктів господарських правовідносин: безпосереднє здійснення господарської діяльності або управління нею; набуття статусу суб'єкта господарських відносин у встановленому законом порядку; наявність майна, необхідного для здійснення господарської діяльності чи управління нею; наявність господарської правосуб'єктності.

Безпосередньо, охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні й інші заклади охорони здоров'я. Вони створюються підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців.

Крім того, органами виконавчої влади та місцевого самоврядування можуть створюватися юридичні особи публічного права у вигляді некомерційних суб'єктів господарювання, а саме – державних та комунальних неприбуткових підприємств, які належать до закладів охорони здоров'я, що на виконання державного замовлення можуть надавати безоплатну медичну допомогу або платні медичні послуги та здійснюють свою діяльність за наявності ліцензії на ввезення, вивезення, відпуск, зберігання, перевезення, придбання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також переробку донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів.

Тому, заклади охорони здоров'я виступають основним суб'єктом у лікуванні людини та забезпечують можливість надання допомоги при зверненні особи до лікарні.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Юхименко Д.С.

студентка 45 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ДИСЦИПЛІНАРНУ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

В наш час, як і завжди, теми, що стосуються медичних працівників, їх робочого часу, часу відпочинку, їх дисципліни та відповідальності, прав та обов'язків є досить актуальними, адже суспільство завжди потребує кваліфікованої допомоги представників даної професії. На сьогоднішній день високий ступінь відповідальності, що покладається на медичного працівника, в основному пов'язаний з думкою про те, що він отримує у свої руки найбільшу суспільну цінність – життя і здоров'я людини, причому людини у більшості випадків хворої, тобто такої, що вже знаходиться у небезпеці. У той же час, сповідуючи довіру до медичних працівників, суспільство на-

магається встановити жорсткий контроль за їх діяльністю, у тому числі шляхом використання механізмів юридичної відповідальності.

Нормативно-правовим підґрунтям дисциплінарної відповідальності є Конституція України, Кодекс законів про працю України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України «Про охорону праці», міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Відповідальність як категорія загально соціологічна, присутня в кожній галузі законодавства. Виділяють декілька різновидів відповідальності: адміністративна, кримінальна, цивільна (майнова) та дисциплінарна. В існуючій юридичній практиці під відповідальністю розуміються негативні наслідки для людини у вигляді певних недоліків фізичного, матеріального чи морального характеру через дії чи бездіяльність, які засуджуються суспільством. Дисциплінарною відповідальністю медичних працівників є окремий вид юридичної відповідальності, яка настає у випадку порушення трудових обов'язків медичного працівника. Згідно ч. 1 ст. 147 Кодексу законів про працю України за порушення трудової дисципліни до працівника може бути застосовано тільки один із таких заходів стягнення: 1) догана; 2) звільнення.

Причиною дисциплінарної відповідальності є порушення трудової дисципліни. Трудова дисципліна – це встановлений нормами права порядок взаємовідносин учасників трудового процесу, що визначає точне виконання ними своїх трудових функцій. Основи законодавства України про охорону здоров'я передбачають діяння, за які настає відповідальність медичного працівника: заняття медичною діяльністю без наявності відповідної ліцензії (ст. 17 Основ); порушення лікарської таємниці (ст. 40 Основ); відсутність згоди хворого щодо методів діагностики, профілактики та лікування (ст. 43 Основ); порушення порядку проведення медико-біологічних експериментів чи їх проведення не з суспільно корисною метою (ст. 45 Основ); примусове донорство (ст. 46 Основ); примусове штучне переривання вагітності (ст. 50 Основ) тощо.

Незважаючи на високу законодавчу техніку та широке коло відносин, що регулюються чинним законодавством, в ньому наявні прогалини. Як слушно зазначає П. Й. Кузьмінський, яскравим прикладом такої прогалини є проблема юридичної незахищеності лікарів, що відповідно спричиняє помилки при притягненні до відповідальності (в тому числі й до дисциплінарної). Не може розглядатись як підстава для дисциплінарної відповідальності невиконання трудових обов'язків за відсутності належного медичного устаткування, нормальних умов праці, належної кваліфікації медичного персоналу але в наш час саме це в певній мірі і є такою підставою.

Узагальнивши вищевикладений матеріал слід зазначити, що для вдосконалення системи відповідальності медичних працівників в першу чергу слід більш точно визначити «гарантії захисту» працюючих та підвищити умови їх праці.

Яіцька О.О.,

студентка 42 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Право на життя належить до фундаментальних прав людини. Як слушно зазначається в одному з рішень Європейського суду з прав людини, «право на життя – це право, без якого користування іншими правами і свободами було б ілюзорним». Норма ст. 27 Конституції України стала першою в історії держави, яка проголосила право кожної людини на життя на законодавчому рівні.

У сучасних реаліях, штучне переривання вагітності є доволі розповсюдженим методом регулювання народжуваності.

В Ірані донедавна штучне переривання вагітності суворо забороняли. Однак іранський парламент ухвалив закон, який дозволяє робити аборти в продовж перших чотирьох місяців вагітності, якщо життя жінки в небезпеці або зародок не розвивається нормально. У Португалії, законодавство дозволяє жінкам робити аборти лише у випадках згвалтувань або за суворими медичними показаннями. Швейцарське законодавство нещодавно поновило в силу проведення референдуму, щодо права жінки на аборт в перші 12 тижнів її вагітності.

Що стосується України, то законодавство України, закріплюючи за жінкою право на материнство, не покладає на неї обов'язок бути матір'ю. Стаття 57 ч.2 Основ законодавства України про охорону здоров'я надає жінці право самостійно вирішувати питання про материнство.

Крім цього, ст. 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає, що операція штучного переривання вагітності (аборт) може бути проведена за бажанням жінки у закладах охорони здоров'я при вагітності строком не більше 12 тижнів.

Проте у випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів. Перелік обставин, що дозволяють переривання вагітності після дванадцяти тижнів вагітності, встановлюється Постановою КМУ «Про реалізацію статті 281 ЦКУ».

Право на життя виникає з 14-го дня після запліднення. Підставою для підтвердження цього положення слугують, по-перше, зміст абзацу 10 преамбули Конвенції про права дитини, де, зокрема, зазначено, що «дитина... потребує спеціальної охорони і піклування як до, так і після народження»; по-друге, ч. 2 ст. 25 Цивільного кодексу України, що забезпечує охорону інтересів «...зачатої, але ще не народженої дитини»; по-третє, рішення Ради Європи з біоетики від 1996 р., яким визнано ембріон людиною на 14-й день після запліднення.

Крім цього, слід звернути увагу на те, що штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, здійснюється в акредитованих закладах охорони здоров'я на підставах, зазначених у додатку, за висновком комісії, утвореної відповідно Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінням охорони здоров'я обласної та Севастопольської міської державних адміністрацій і Головним управлінням охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації. Звідси випли-

ває, що проведення абортів в інших закладах є незаконним і може бути підставою для притягнення винної особи до кримінальної відповідальності.

Отже, необхідна налагоджена система підготовки молоді до сімейного життя, в тому числі формування і дотримання його здорового способу, планування сім'ї, збереження репродуктивного здоров'я. Також необхідно вирішити питання щодо регулювання цього питання, оскільки це питання вирішується підзаконним нормативно-правовим актом, а не єдиним законом.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Ялова М.О.

студентка 46 групи

ПЮІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

ДО ПИТАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНСЬКОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ

Відповідно до Конституції України, найвищою суспільною цінністю є життя та здоров'я людини, тому інформація про їх стан – важлива складова соціальної характеристики громадянина як учасника всіх суспільних відносин. Регламентація використання інформації про стан здоров'я людини може врятувати її життя, а необмежене і нерегульоване її поширення може погіршити стан здоров'я як на фізіологічному, так і психологічному рівні.

Міжнародні засади забезпечення нерозголошення інформації про стан здоров'я пацієнтів зазначаються в таких документах, як Загальна декларація прав людини ООН, Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації. Наприклад, Міжнародний кодекс медичної етики зазначає, що лікар повинен зберігати лікарську таємницю навіть після смерті свого пацієнта. Лісабонська декларація про права пацієнта також закріпила право пацієнта розраховувати на те, що лікар поважатиме конфіденційний характер медичних і особистих відомостей про нього.

Однією з особливостей українського законодавства є відсутність нормативного визначення поняття “лікарська таємниця”. Ряд науковців здійснювали доктринальне та нормативне дослідження вказаного поняття, наприклад, А. Марущака, І. Романовський, М. Хавронюк, І. Купова та інші.

Існує чимало думок окремих науковців, які визнають лікарську таємницю як відомості, отримані від хворого чи виявлені при його медичному обстеженні чи лікуванні, що не підлягають розголошенню без згоди хворого. Проте, аналізуючи ЗУ “Про основи законодавства України про охорону здоров'я”, Цивільний кодекс України, праці вітчизняних науковці Л. Бердіна, П. Ширинського та інших можна визначити наступні проблеми пов'язані з лікарською По-перше, не врегульованим залишається питання обсягу і змісту тих відомостей, які становлять лікарську таємницю. Обґрунтованою є думка І. Смолькової, що в зазначений в ст.40 ЗУ “Про основи законодавства України про охорону здоров'я” перелік потрібно додати до змісту лікарської таємниці методику лікування.

По-друге, коло суб'єктів, яким може бути відома інформація про стан здоров'я особи визначені лише на доктринальному рівні. С. Стеценко до основних суб'єктів збереження лікарської таємниці відносить таких: лікарів, провізорів, фельдшерів, медичних сестер, студентів медичних навчальних закладів, працівників страхових організацій, головних лікарів, керівни-

ків структурних підрозділів Міністерства охорони здоров'я, співробітників судових і правоохоронних органів, яким стала відома інформація, що становить лікарську таємницю, в силу здійснення ними професійних обов'язків.

По-третє, не визначеним залишається вік особи, з якого інформація про стан здоров'я стає лікарською таємницею саме для батьків. Сімейним кодексом України передбачено, що батьки зобов'язані піклуватися про стан здоров'я дитини. Якщо батьки не матимуть інформації про це, то і не матимуть можливості здійснювати свій обов'язок належним чином. Я вважаю, що такою віковою межею має бути досягнення особою повноліття, коли особа може самостійно оцінювати свій стан здоров'я, приймати рішення щодо звернення до медичних працівників і лікування.

Отже, з метою захисту прав громадян, які гарантуються Основним Законом, в контексті забезпечення лікарської таємниці, на нормативному рівні має бути визначене як поняття "лікарська таємниця", так і детальний зміст відомостей, що її становлять, коло суб'єктів, які відповідають за збереження лікарської таємниці, а також вік особи з якого інформація про стан її здоров'я стає лікарською таємницею по відношенню до батьків.

Науковий керівник – к.ю.н., ас., Олефір А. О.

Ярова Л. В.,

студентка 21 групи

ПЮІ НІОУ імені Ярослава Мудрого

ПРАВО ОСОБИ НА ЖИТТЯ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ЗДІЙСНЕННЯ ЕВТАНАЗІЇ НЕПОВНОЛІТНІХ

Проблема запровадження евтаназії в Україні є досить актуальною в наш час, адже в зв'язку з інтеграцією України до Європейського Союзу нормативно правові акти нашої держави, правові звичаї, принципи права та й взагалі правосвідомість українського народу стали на шлях еволюції відповідно до правової політики країн-учасників Європейського Союзу.

На сьогоднішній день евтаназія здійснюється у таких країнах як: Нідерланди з 2001 року, Бельгії з 2002 року, Люксембурзі з 2009 року, а також в Швейцарському кантоні Цюрих з 2011 року.

Королівство Нідерландів у 2001 році прийняло закон «Про припинення життя за бажанням чи допомогу в самогубстві» в якому закріплено право на здійснення асистованого суїциду та евтаназії. Згідно з цим законом особи з досягненням 16 років мають право самостійно розпоряджатися завершенням свого життя. Щодо осіб у віці від 12 до 16 років, то здійснити евтаназію можливо лише з дозволу батьків. Якщо взяти досвід Бельгії, то в цій країні легалізовано евтаназію неповнолітніх з прийняттям закону, в якому дозволялося проведення евтаназії незалежно від віку особи. Сам автор цього закону Бельгійський сенатор-соціаліст та лікар за фахом Філіпп Маху, так обґрунтовує свою позицію: «Евтаназія – це крайній жест гуманності і ніякий не скандал. Скандал – це хвороба та смерть дітей від неї».

Таким чином, Бельгія стала другою країною після Нідерландів, в якій дозволена евтаназія неповнолітніх, але на відміну від Нідерландів де встановлені вікові обмеження для дітей у проведенні евтаназії, Бельгія на сьогоднішній день є єдиною країною в світі, де немає жодних вікових обмежень у проведенні евтаназії.

В Українському законодавстві розмежування евтаназії для осіб, що досягли повної цивільної дієздатності і неповнолітніх не існує. Однак, в ЦК України, а саме в ст. 281 ч. 1 закріплено, що фізична особа має невід'ємне право на життя, а в ч. 2 цієї ж статті зазначається, що фізична особа не може бути позбавлена життя. Життя фізичної особи в Україні визнається найвищою соціальною цінністю. Дана теза знайшла своє закріплення в ст. 27 Конституції України і відповідно до ч 4 ст. 281 ЦК забороняється посягання на життя, навіть у зв'язку з погодженням самої особи на це.

Однак, існує точка зору, що в Україні вже діє прототип евтаназії: право на відмову від медичного втручання, що закріплене в ст. 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Але з цим важко погодитися, адже евтаназія можлива лише шляхом реалізації права одного суб'єкта і обов'язку іншого забезпечити виконання цього права. Також відповідно до ч. 3 ст. 52 Основ законодавства України про охорону здоров'я медичним працівникам забороняється здійснювати евтаназію, навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого з метою припинення його страждань.

Сьогодні в Україні, за даними Міністерства охорони здоров'я, паліативної допомоги, тобто допомоги з підтримання життя та позбавлення страждання до самої смерті, потребують 20 тис. дітей. Водночас за розрахунками ЮНІСЕФ, їх кількість значно більша і становить від 40 до 70 тисяч. Однак, незважаючи на такий високий показник смертельно хворих дітей в Україні на даний час надзвичайно недосконала система паліативного догляду за дітьми, також однією з гострих проблем є дитячі знеболювальні препарати.

Отже, можна зробити висновок, що здійснення евтаназії в законодавстві України не закріплено. Однак, в умовах постійного руху держави до Європейського простору запровадження евтаназії залишається питанням часу, оскільки практика її застосування існує в країнах-учасниках ЄС.

Яцюк А.О.,

студентка 35 групи

ПІОІ НЮУ імені Ярослава Мудрого

СУЧАСНЕ РЕГУЛЮВАННЯ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Піклування про здоров'я населення є важливим завданням як для кожного громадянина окремо, так і для держави в цілому. На жаль, на сьогодні рівень здоров'я населення в Україні знижується та може характеризуватися як незадовільний. Відтак, зростає необхідність у зверненні до закладів охорони здоров'я за отриманням медичних послуг.

Першочергово визначимо, що інститут надання медичних послуг є комплексним міжгалузевим правовим інститутом, для якого характерне поєднання публічно-правових і приватно-правових норм регулювання.

Так, говорячи про здоров'я населення, держава на рівні Основного Закону країни закріпила право громадян на безоплатну медичну допомогу у державних та комунальних закладах охорони здоров'я і одночасно гарантувала розвиток лікувальних закладів усіх форм власності (стаття 49 Конституції України).

На сьогодні, Державний класифікатор продукції та послуг ДК 016-2010 встановлює три види послуг у сфері охорони здоров'я: 1) Послуги лікуваль-

них закладів; 2) Послуги у сфері лікувальної та стоматологічної практики; 3) Послуги у сфері охорони здоров'я, інші. Кожен з цих видів включає в себе по декілька підвидів послуг.

Маючи можливість ознайомитись з «внутрішнім наповненням» категорії, що вивчається розуміємо необхідність законодавчого визначенні поняття «медична послуга».

На сьогодні, ЦК України встановлює тільки загальне поняття договору про надання послуг. Так, відповідно до статті 901 ЦК України, за договором про надання послуг одна сторона (виконавець) зобов'язується за завданням другої сторони (замовника) надати послугу, яка споживається в процесі вчинення певної дії або здійснення певної діяльності, а замовник зобов'язується оплатити виконавцеві зазначену послугу, якщо інше не встановлено договором. Визначення ж поняття «медичних послуг» в наведеному акті відсутнє.

З приводу цього, окремо підкреслимо, що питання щодо правової сутності поняття «медична допомога» та «медична послуга» було предметом розгляду Конституційного Суду України (далі – КСУ). При цьому, в Рішенні КСУ у справі щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп/2002, визначення понять, що досліджуються, так і не було надано. Але, в пункті 3 мотивувальної частини рішення КСУ зазначив, що у визначеннях науковців, наданих КСУ «медична допомога» і «медична послуга» трактуються і як синоніми, і як антоніми, і як частини одна одної.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами (Стаття 3).

В доктрині ж медичного права під визначенням договору про надання медичних послуг розуміють те, що одна сторона (медична організація, лікар) зобов'язується надати, а інша сторона (пацієнт) – прийняти та оплатити оплатні послуги, спрямовані на зміцнення здоров'я пацієнта, згідно умов договору.

Відтак, ми бачимо, що існують певні розбіжності між законодавчим визначення поняття «медична допомога» та доктринальним – «медична послуга».

Так, у зв'язку з тим, що медична послуга як предмет договору з надання медичних послуг є складним об'єктом цивільного обороту, на нашу думку, законодавче визначення договору про надання медичних послуг є необхідним в сучасних реаліях. Так, важливість та особливе значення останніх повинне підкреслюватись як в ЦК України, так і в Основах законодавства України про охорону здоров'я.

ЗМІСТ

ТЕЗИ НАУКОВИХ ПОВІДОМЛЕНЬ ВИКЛАДАЧІВ, ПРАКТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА МАГІСТРІВ

Передмова	3
Козаченко А.І. УПРАВЛІННЯ ЗЕМСЬКИМИ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ У ПОЛТАВСЬКІЙ ГУБЕРНІЇ НАПРИКІНЦІ ХІХ – ПОЧАТКУ ХХ СТ.	5
Котвіцька А.А., Бардакова Л. В. ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМ ПАРЛАМЕНТСЬКОГО КОНТРОЛЮ У СФЕРІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	6
Котвіцька А.А., Суріков О.О., Бортяна Н.В. ВИВЧЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ УТИЛІЗАЦІЇ ТА ЗНИЩЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В МІЖНАРОДНІЙ ТА ВІТЧИЗНЯНІЙ ПРАКТИЦІ	8
Котвіцька А.А., Черкашина А.В. СУЧАСНИЙ СТАН НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОСУПРЕСИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ	10
Котвіцька А.А., Кубарєва І.В. СУЧАСНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Й ФАРМАЦІЇ.....	11
Котвіцька А.А., Кубарєва І.В., Волкова А.В. АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРИНЦИПІВ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ.....	13
Куцєпал С.В. МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ ЯК СОЦІАЛЬНА РЕАЛІЯ.....	14
Олюха В.Г. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЦИНИ	16
Пашков В.М. ПРАВОВИЙ ГОСПОДАРСЬКИЙ ПОРЯДОК ЯК СКЛАДОВА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВОЮ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	17
Сенюта І.Я. МЕЖІ ЗДІЙСНЕННЯ ПРАВОВІДНОСИН МІЖ АДВОКАТОМ І ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КРІЗЬ ПРИЗМУ АДВОКАТСЬКОГО ЗАПИТУ	18
Стеценко В.Ю. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	20
Стеценко С.Г. БІОЮРИСПРУДЕНЦІЯ ЯК НОВИЙ НАПРЯМ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	21
Стрілець В.В. ІНСТИТУТ МЕДИЧНОГО ПРЕДСТАВНИЦТВА ЗА ДОВІРЕНІСТЮ В ЦИВІЛЬНОМУ ПРАВІ США	22

Тітко І.А., Скрипник А.В. ПРИТЯГНЕННЯ ДО КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВИЛ ОБІГУ КОДЕЇНОВІСНИХ ПРЕПАРАТІВ: ОГЛЯД СУДОВОЇ ПРАКТИКИ	24
Батигіна О.М. ПРАВОВІ ГАРАНТІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ПРИ ЗАСТОСУВАННЯ ПЕСТИЦИДІВ У СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ ЗА ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ.....	25
Белікова І.В. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ СТАТИСТИЧНОГО ОБЛІКУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	27
Богомазова І.О. ТОРГОВЕЛЬНА НАЗВА ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ: ДЕЯКІ ПРАВОВІ АСПЕКТИ	28
Бражник А.А. ОКРЕМІ ПИТАННЯ КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ НЕНАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРОМУ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ (СТ. 139 КК УКРАЇНИ)	30
Бруслик О.Ю., Норик В.В. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЗАКОНОДАВЧОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАВІДУЮЧОГО АПТЕКОЮ	33
Бударна В.О. ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНВЕСТИВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ	36
Verlan-Kul'shenko O.O., Lavrenchuk O.A. THE COMPETENT MEDICAL OFFICER OF JUSTICE ARMED FORCES OF UKRAINE	38
Гаркуша А.О. ПЕРСПЕКТИВИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ 3-D БІОДРУКУ	39
Гнедик Є.С. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ В'ІЗНОГО МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ	41
Говорун О.В. ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ САМОРЕГУЛІВНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	42
Гончаров В.В. ПРОБЛЕМИ НАЦІОНАЛЬНО-ПРАВОВОЇ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДИНИ У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ.....	44
Греков Є.А. ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ПРЕПАРАТІВ, ЩО МІСТЯТЬ МАЛУ КІЛЬКІСТЬ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ У ЗАКОНОДАВСТВІ УКРАЇНИ	45
Грекова М.М. КАТЕГОРІЯ «ВІКУ» У ТРУДОВОМУ ПРАВІ	48
Гринько Л.П. МОДЕЛЮВАННЯ ЯК МЕТОД КРИМІНАЛІСТИЧНИХ ЗНАНЬ.....	50
Гриценко Г.Г. МНОЖИННІСТЬ ОСІБ У СПАДКОВИХ ПРАВОВІДНОСИНАХ	51

Губанова О.В. ЩОДО ПРОБЛЕМ СТРАХУВАННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	53
Дячишин Я.В. ПРАВА ЗАКОННИХ ПРЕДСТАВНИКІВ ПАЦІЄНТА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	55
Жарлінська Р.Г., Телегузова О.В. СКРИНІНГ ТА КОМПАРУВАННЯ СИСТЕМ СТРАХОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ СПОЛУЧЕНИХ ШТАТІВ АМЕРИКИ ТА ФРАНЦІЇ, У ВІДДЗЕРКАЛЕННІ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ.....	56
Задихайло Д.Д. ОХОРОНА ДОВКІЛЛЯ ТА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН: ПОШУКИ ЕФЕКТИВНОГО ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ.....	58
Зінченко Н.О. ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	60
Зуб О.Ю. ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТА: ОГЛЯД ПРАКТИКИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ.....	61
Кабальський Р.О. ЛІБЕРАЛЬНА ДЕРЖАВА: ДОКТРИНАЛЬНІ ОЗНАКИ.....	62
Клапатий Д.Й. ЗАПОБІЖНИЙ ЗАХІД У ВИГЛЯДІ ПОМІЩЕННЯ ОСОБИ ДО ПСИХІАТРИЧНОГО ЗАКЛАДУ В УМОВАХ, ЩО ВИКЛЮЧАЮТЬ ЇЇ НЕБЕЗПЕЧНУ ПОВЕДІНКУ: ОКРЕМІ ПИТАННЯ ПРАВОРЕАЛІЗАЦІЇ.....	64
Козаченко Ю.А. ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВОВОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТА В УКРАЇНІ.....	65
Кононова О. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ВІДНОСИН З РОЗПОВСЮДЖЕННЯ РЕКЛАМНИХ ПРОДУКТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	67
Куш О.Є. ЖИТЛО В МЕХАНІЗМІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН.....	68
Лебеденко С.О. ВЖИВАННЯ МЕДИЧНОЇ ЛЕКСИКИ В ПУБЛІЦИСТИЧНОМУ СТИЛІ.....	70
Лемешко О.М. НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ МЕДИЧНИМ АБО ФАРМАЦЕВТИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ (СТ.140 КК УКРАЇНИ) – ОКРЕМІ МІРКУВАННЯ НА ПІДСТАВІ АНАЛІЗУ ЄДИНОГО ДЕРЖАВНОГО РЕЄСТРУ СУДОВИХ РІШЕНЬ.....	72
Любченко О.О. ПИТАННЯ ДОТРИМАННЯ ДЕМОКРАТИЧНИХ ЗАСАД УХВАЛЕННЯ РІШЕНЬ ПАРЛАМЕНТОМ УКРАЇНИ У КОНТЕКСТІ ПЕРЕЙМЕНУВАННЯ НАСЕЛЕНИХ ПУНКТІВ В УКРАЇНІ.....	73

М'якота О. Г. ЮРИДИЧНА ОЦІНКА АНТИДОПІНГОВОГО КОНТРОЛЮ У СПОРТИВНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ	75
Морщагіна Н.С. ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСТРИБУТОРІВ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ВИРОБІВ	79
Москаленко К.В. ДО ПИТАННЯ ПРО ОСОБЛИВОСТІ РОЗГОЛОШЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ	80
Новак О.Д. ДО ПИТАННЯ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ У ГАЛУЗІ ТОРГІВЛІ (ПОРУШЕННЯ ПРАВИЛ ТОРГІВЛІ АЛКОГОЛЬНИМИ ТА ТЮТЮНОВИМИ ВИРОБАМИ)	81
Олефір А.О. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ПРЕПАРТІВ, ЩО МІСТЯТЬ КОДЕЇН	83
Останіна А.В. ІННОВАЦІЙНІ КЛАСТЕРИ В СИСТЕМІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ	85
Панасюк О.А., Михайліченко Т.О. ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗНАНЬ У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІ	86
Полховська І.К. ПРАВО ІНОЗЕМЦІВ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УКРАЇНІ	88
Прохазка Г.А. ПРОБЛЕМИ ДОТРИМАННЯ ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я	89
Тихомірова Ф.А., Антипов Д.І., Бакуменко С.В. МЕДИЧНЕ ПРАВО vs СОЦІАЛЬНІ РЕАЛІЇ	90
Троцька М.В. ПРАВО КОМУНАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ НА ПРИРОДНІ ЛІКУВАЛЬНІ РЕСУРСИ	91
Ціленко В.А. СИСТЕМАТИЗАЦІЯ БУДІВЕЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	93
Шевчик О.С. НЕДІЄЗДАТНІСТЬ ОСОБИ В АСПЕКТІ ВИКОНАННЯ ПОДАТКОВОГО ОБОВ'ЯЗКУ	94
Шимко А.Р. СТИМУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕТАЛОБРУХТУ ЯК ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВИЙ ІНСТРУМЕНТ ПОКРАЩЕННЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ	96
Ямковий В.І. ДО ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ) ПОСЛУГ	97
Арутюнян А. А. НЕОБХІДНІСТЬ ВВЕДЕННЯ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ЛІКАРСЬКУ ПОМИЛКУ	99
Вовк А. Ю. ОСОБЛИВІСТЬ ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНИХ КОЛІЗІЙ: ПОДОЛАННЯ В УКРАЇНІ	100

Волошко А.В. ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВІДШКОДУВАННЯ МОРАЛЬНОЇ (НЕМАЙНОВОЇ) ШКОДИ В МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ	101
Гахович Д.О. КОНЦЕПЦІЯ <i>LEX MERCATORIA</i> ТА ЇЇ ВПЛИВ НА АРБІТРАЖНУ ПРАКТИКУ	103
Дзюбенко В.О. ДО ПИТАННЯ ЗВОРОТНОГО ВІДСИЛАННЯ У МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ.....	104
Караулов О.О. ЗАХИСТ ПРАВ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ: МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ	105
Кисличенко І.В. ЗМІСТ ПОНЯТТЯ «ПУБЛІЧНИЙ ПОРЯДОК».....	107
Кулинич Ю.С. МІСЦЕ КОНЦЕПЦІЇ « <i>LEX MERCATORIA</i> » СЕРЕД ДЖЕРЕЛ МІЖНАРОДНОГО ПРИВАТНОГО ПРАВА.	108
Маліченко М.А. ПРОБЛЕМАТИКА НАПРАВЛЕННЯ ГРОМАДЯН НА ЛІКУВАННЯ ЗА КОРДОН.....	110
Мельничук А.Ю. ПОРЯДОК ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ВІД ПОМЕРЛИХ ОСІБ: ТЕОРІЇ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД	111
Миколаєнко А.В. ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА БЕЗОПЛАТНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ	113
Миколайчик Т.І. ВІДПОВІДНІСТЬ НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВЧОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИМ СТАНДАРТАМ	114
Нога П.П. ПРОГАЛИНИ В ПРАВОВОМУ РЕГУЛЮВАННІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ (ВИПРОБУВАНЬ) В УКРАЇНІ	116
Онiщенко В.В. ПРОБЛЕМИ РОЗУМІННЯ <i>ORDRE PUBLIC</i>	117
Пантюх В.Ю. ПРАВОВА ПРИРОДА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	118
Романенко А.Ю. ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ.....	120
Скрипник А.В. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДСУДНОСТІ СПРАВ ПРО ЗАХИСТ ПРАВ СПОЖИВАЧІВ У ВІДНОСИНАХ З ІНОЗЕМНИМ ЕЛЕМЕНТОМ	121
Передибайло А.І. ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ВИКОНАННЯ РІШЕННЯ СУДУ В УКРАЇНІ ЩОДО ІНОЗЕМЦІВ ТА ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА.....	122
Телик К.В. СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ «МЕДИЧНА ДОПОМОГА» ТА «МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ» В КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	123
Федорченко Д.В. ПРОБЛЕМИ КВАЛІФІКАЦІЇ КОЛІЗІЙНОЇ НОРМИ.....	125

Чальцев Д.В. ДО ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ У МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ.....	126
Шепель С.О. ЦИВІЛЬНО – ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	127
Яровий Ю.Є. ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ІНСТИТУТ ОБХОДУ ЗАКОНУ У МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ ТА ЙОГО СПІВВІДНОШЕННЯМ З ІНСТИТУТОМ АВТОНОМІЇ ВОЛІ СТОРІН.....	129

ТЕЗИ НАУКОВИХ ПОВІДОМЛЕНЬ СТУДЕНТІВ

<i>Аббасова Д.Л.</i> ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕХАНІЗМУ ЗАКУПІВЛІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЧЕРЕЗ МІЖНАРОДНІ ОРГАНІЗАЦІЇ	131
<i>Абрамєня Є.І.</i> ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ МЕДИЧНИХ КАРТОК В УКРАЇНІ	132
<i>Аброян А.А.</i> ПЛАСТИЧНА ХІРУРГІЯ: СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ	133
<i>Авраменко А.І.</i> ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ.....	134
<i>Александрова Є.</i> КОРИСТЬ І ШКОДА ПРОТЕЇНІВ ДЛЯ РОСТУ М'ЯЗІВ, ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ	135
<i>Андрієнко О.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЮРИДИЧНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	137
<i>Антоненко В.В.</i> ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ.....	139
<i>Артеменко А.О.</i> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ	140
<i>Бабенко С.В.</i> КЛОНУВАННЯ ЛЮДСЬКОГО ОРГАНІЗМУ, ЯК ЕТИКО-ПРАВОВА ПРОБЛЕМА СУСПІЛЬСТВА.....	141
<i>Бабій Ю.С.</i> ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	142
<i>Бакулей М.А.</i> ОБМЕЖЕННЯ КОНСТИТУЦІЙНИХ ПРАВ І СВОБОД В УКРАЇНІ В ІНТЕРЕСАХ ВІТАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ	144
<i>Балан Д.І.</i> ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ	145
<i>Бандура К.В.</i> ЩОДО ПИТАННЯ НОРМАТИВНОГО ЗАКРІПЛЕННЯ ПРАВА НА ЕВТАНАЗІЮ	146
<i>Бегмат С.О.</i> ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЦЕБО-ТЕРАПІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	147
<i>Бережна Т.О.</i> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ	149

Бехало М.О. МЕДИЧНИЙ КОДЕКС: ПЕРСПЕКТИВИ СТВОРЕННЯ В УКРАЇНІ	150
Біла А.Р. ОСОБЛИВОСТІ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	151
Білоусов М.С. ОСОБЛИВОСТІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ	152
Бобоха В.В. ЕВТАНАЗІЯ: ПРАВО НА ЖИТТЯ	154
Бобрицький С.О. ДО ПИТАННЯ СПІВВІДНОШЕННЯ ПОНЯТЬ «ЛІКАРСЬКА» ТА «МЕДИЧНА ТАЄМНИЦЯ» ТА ЇХ ПРАВОВЕ ЗАКРІПЛЕННЯ	155
Боброва Т.А. О НЕОБХОДИМОСТИ ОГРАНИЧЕНА РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	156
Богамаз А.А. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО ПРЕДСТАВНИЦТВА В УКРАЇНІ	158
Бондаренко Т. Ю. РЕАЛІЗАЦІЯ МОДЕЛІ «ПРЕЗУМЦІЇ ЗГОДИ» НА ДОНОРСТВО ОРГАНІВ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	159
Брижак Ю.С. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗДРІБНОЇ ТОРГІВЛІ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ	160
Бурба Д.Ю. ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ	162
Бутко В.В. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ	163
Васько В.А. ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ КЛОНУВАННЯ	164
Ватюшенко В.О. ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНСТИТУТУ МЕДИЧНОГО ОМБУДСМАНА В УКРАЇНІ	165
Велігоцька О.О. ЗАБОРОНА РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПАЦІЄНТІВ ТРЕТІМ ОСОБАМ	167
Венедиктова Ю.В. МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕБАЖАНІЙ ВАГІТНОСТІ У МАЛОЛІТНІХ І НЕПОВНОЛІТНІХ: ЗАКОНОДАВЧІ КОЛІЗІЇ	168
Вітюгіна С.П. ЕТИЧНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ	169
Гавриш Б.В. МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ СФЕРИ ІНТИМНИХ ПОСЛУГ. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ	170
Гайдук А.С. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	171
Гарлінська В.А. ПИТАННЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИВАТНИМИ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	173

Гомля І.А. НАПРЯМКИ УДОСКОЛАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ	174
Гончаров І.В. ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАКРІПЛЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ В ЗАКОНОДАВСТВІ	175
Горчаков А.С. ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ	176
Гресь А.О. ПРОБЛЕМИ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ В УКРАЇНІ	177
Григорчук Д.І. ОСОБЛИВОСТІ РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ У РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ	178
Гринько М.О. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОНОРСТВА КРОВІ В УКРАЇНІ	179
Гудзь М.В. ПРОБЛЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ.....	181
Данильчук К.В. ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД.....	182
Дементій Ю.О. ПРАВО НА ПОВАГУ ДО ЧАСУ ПАЦІЄНТІВ В АСПЕКТІ СВОЄЧАСНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	183
Денисенко О.О. МЕДИЧНА ДОВІРЕНІСТЬ ЯК ВИД ПОПЕРЕДНІХ РОЗПОРЯДЖЕНЬ ПАЦІЄНТА	185
Денисов З.М. ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ	186
Деркач І.В. РЕІМБУРСАЦІЯ ЯК ОДИН ІЗ СПОСОБІВ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	187
Деркач А.О. ПРАКТИКА ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КІСТКОВОГО МОЗКУ В УКРАЇНІ, ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ.....	188
Дігтяр Є. І. ПРОБЛЕМИ ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УКРАЇНІ	189
Дідик Р.Р. МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ В УКРАЇНІ	191
Діхтярь А.В. ПРАВО НА ТАЄМНИЦЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ.....	192
Добреля К.О. ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ПАЦІЄНТІВ НА ВІЛЬНИЙ ВИБІР ЛІКАРЯ В ДЕРЖАВНИХ ТА КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	193
Dolha Yuliia THE EUROPEAN UNION CLINICAL TRIALS LEGAL REGULATION	194
Дроб'язко М.Ю. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ХОСПІСІВ ЯК СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ	196

<i>Дряниця М.Ю.</i> КОМЕРЦІЙНА ТАЄМНИЦЯ ТА ЇЇ ОЗНАКИ	197
<i>Дудка І.С.</i> ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	198
<i>Єремчук Д.С.</i> ПРАВОВІ АСПЕКТИ РЕГУЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ.....	199
<i>Жаботинський А.О.</i> ВИДИ ДОНОРСТВА ТА ПРОБЛЕМИ ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЇ В УКРАЇНІ	201
<i>Завгородній Б.Л.</i> ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: МЕДИЧНИЙ ТА ПРАВОВИЙ АСПЕКТИ	202
<i>Закаблук К.О.</i> МОРАЛЬНО-ЕТИЧНА ПРОБЛЕМАТИКА ТА ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАННЯ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	203
<i>Зубрицька К.О.</i> ПОГЛЯД НА ЕВТАНАЗІЮ КРІЗЬ ПРИЗМУ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ	204
<i>Казмерчук М.М.</i> ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЗЕМЕЛЬ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО ПРИЗНАЧЕННЯ	206
<i>Калембет Л.Р.</i> ЗАБОРОНА РЕПРОДУКТИВНОГО КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ	207
<i>Каленіченко І.В.</i> РЕПРОДУКТИВНЕ КЛОНУВАННЯ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ: ОКРЕМІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	208
<i>Кечеджі О.Б.</i> ОХОРОНА МАТЕРІАЛІВ ДОКЛІНІЧНОГО ВИВЧЕННЯ ТА КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ЯК КОМЕРЦІЙНОЇ ТАЄМНИЦІ: НЕОБХІДНІСТЬ ЧИ ПЕРЕБІЛЬШЕННЯ	209
<i>Кімлик В.О.</i> ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИН З ВИКОРИСТАННЯМ ТРУПНИХ ТРАНСПЛАНТАНТІВ	211
<i>Кінашевська К.І.</i> ПРОБЛЕМИ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ.....	212
<i>Кітура О.В.</i> ТРАНСПЛАНТОЛОГІЧНА ІНФРАСТРУКТУРА ЯК ПОЗИТИВНЕ ЯВИЩЕ 21 СТ. : СВІТОВА ПРАКТИКА, ПЕРСПЕКТИВИ І ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ	213
<i>Ключник Є.М.</i> МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ СТАНДАРТИ ЗАХИСТУ ПРАВ ПСИХІЧНО ХВОРИХ ОСІБ.....	214
<i>Колінько І.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ВИГОТОВЛЕННЯ ДИТЯЧОГО ХАРЧУВАННЯ: ВИМОГИ ОСНОВ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	215
<i>Колодочка І.В.</i> ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	217

Колос Л.В. СТАНДАРТИЗАЦІЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРАВОВІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗНАЧЕННЯ	218
Конотоп Н.Ю. МЕДИЧНІ АСПЕКТИ НАДМІРНОГО ХАРЧУВАННЯ.....	219
Корнаєва А.Ю. ОСОБЛИВОСТІ СЕРТИФІКАЦІЇ ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ.....	220
Корнієнко Н.О. ЗМІСТ ТА ПРОЦЕДУРА УКЛАДЕННЯ «LIVINGWILL» НА ПРИКЛАДІ УГОРСЬКОГО ЗАКОНОДАВСТВА	221
Корчака І.В. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЕВТАНАЗІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	222
Крамар А.П. ДО ПИТАНЬ РЕФОРУВАННЯ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	223
Кривобік А.Б. ЩОДО ПИТАННЯ ПРАВОВОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ	224
Крутієнко К.І. ПИТАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ЛІКАРСЬКУ ПОМИЛКУ	226
Ксьоніз В.І. ОСОБЛИВОСТІ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ВЧИНЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗЛОЧИНІВ	227
Кукса О. Г. ШКОДА, ЗАВДАНА НЕНАЛЕЖНИМ ЛІКУВАННЯМ.....	228
Куцовол К.В. ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЦЕПТ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЧИННИК ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ.....	229
Куць Я.О. МЕДИЧНИЙ КОДЕКС ЯК ОСНОВА РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	230
Лазоренко О.В. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЗГОДИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ТКАНИН І ОРГАНІВ ЛЮДИНИ ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД (США)	232
Лебединська М.А. ДО ПИТАННЯ ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	233
Леошко Д.Д. ПОНЯТТЯ «ЛІКАРСЬКОЇ (МЕДИЧНОЇ) ПОМИЛКИ».....	234
Лилик М.О. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ...	236
Лисенко В.О. ЕВТАНАЗІЯ ДІТЕЙ.....	237
Лисенко П.О. ПРОБЛЕМИ ДОГОВІРНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	238
Лифарь А.О. ПРАКТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ГРОМАДЯН НА ЯКІСНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ.....	239

Лобач М.С. ОСОБЛИВОСТІ СТВОРЕННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРИВАТНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ	240
Любенна Т.К. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПОЛТАВЩИНІ	242
Лютенко Д.С. ПРОБЛЕМИ ЗАКОНОДАВЧОГО ВРЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	243
Ляденко А.В. ПРАВО НА ДОНОРСТВОКРОВІВ СУЧАСНИХ УМОВАХ	244
Макаренко А.С. ПРОБЛЕМАТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ЛЮДИНИ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ	245
Макогон С.Г. АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО КОДЕКСУ В УКРАЇНІ.....	247
Малюна К.С. ПРОБЛЕМИ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	248
Мамедова Л. Я. ДОСУДОВИЙ ПОРЯДОК ЗАХИСТУ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ	249
Маслій О.С. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУТНОСТІ ТА ОЗНАК ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ	251
Матвієнко М.В. ДІЯЛЬНІСТЬ ЗЕМСТВ ПОЛТАВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ В ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ.....	252
Матвієць Е.С. ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ТА ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ МЕДИЧНОГО ПРАВА	253
Матосян Г.Л. ПРАВО НА ПОПЕРЕДЖЕННЯ СТРАЖДАНЬ І БОЛЮ ПРИ НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	254
Матюха М.О. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ШКОДУ ЗАВДАНУ ПРИ ВАКЦІНАЦІЇ	256
Машкевич Є.О. НЕПОВНОЛІТНЯ ОСОБА, ЯК УЧАСНИК ПРАВОВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ	257
Мелащенко Ю.Ю. ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ АБОРТУ	258
Микитенко Д.О. ПРОБЛЕМИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ВІЛ-ІНФІКОВАНОГО НА ТАЄМНИЦЮ ДІАГНОЗУ	259
Мисечко А.В. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	260
Митько В.О. ПРАВО НА ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ТАЄМНИЦІ ТА ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЄСТР ПАЦІЄНТІВ : ПРОБЛЕМИ	262

Михневич О.П. ЩОДО ПИТАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ДОГОВОРОМ КОНСИГНАЦІЇ	263
Мілов М.О. КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА	264
Моргулець В.А. ЗГОДА ОСОБИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ ТА ВИЛУЧЕННЯ БІОМАТЕРІАЛІВ: ДЕЯКІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ	265
Мосіюк К.С. ПРИЧИНИ ВЧИНЕННЯ ЗЛОЧИНІВ У СФЕРІ ПСИХІАТРІЇ	267
Мосъпан М.Д. ЕВТАНАЗІЯ – ДОСВІД ДЕРЖАВ-ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ	268
Нагайник О.М. СТАТУС ДОНОРА КРОВІ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ	269
Награ Д.О. ПРОБЛЕМА КОМЕРЦІАЛІЗАЦІЇ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНІ	270
Настека М. В. ПРАВОВИЙ СТАТУС ДОНОРА ТА АНАТОМІЧНОГО МАТЕРІАЛУ ЛЮДИНИ	271
Недбайло М.В. ЩОДО РОЗВИТКУ ПРАВА НА ЕВТАНАЗІЮ В УКРАЇНІ	273
Неділя Н.С. ПРАВОВИЙ СТАТУС ЦІЛИТЕЛЯ ЯК СУБ'ЄКТА НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	274
Озмитель О.В. ІНСТИТУТ ПОПЕРЕДНЬОГО ВОЛЕВИЯВЛЕННЯ ЩОДО МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ У США	275
Осіпенко В.В. ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	277
Павленко А.А. НЕОБХІДНІСТЬ ПРИВЕДЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ І ТКАНИН ЛЮДИНИ У ВІДПОВІДНІСТЬ ДО МІЖНАРОДНОГО	279
Павліченко В.О. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РУГУЛЮВАННЯ ГОСПОДАРСЬКОГО ОБІГУ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ В УКРАЇНІ	280
Павлюк А.П. ПРАВОВА ПРИРОДА ДОГОВРУ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА ТА ОСОБЛИВОСТІ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТОРІН ЗА НИМ	282
Панченко М.В. ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ В УКРАЇНІ	283
Патока А.В. ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДЕФИЦИТУ ОРГАНІВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ	285

Патьома М.І. ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВІДНОСИН У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	286
Перепелиця Б.В. ЗАПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	288
Перепелиця Ю.В. ПОРЯДОК ОБІГУ РЕЦЕПТУРНИХ ЛІКІВ	289
Плішко О.О. ЩОДО ДОЦІЛЬНОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРАВА НА ЕВТАНАЗІЮ В УКРАЇНІ	290
Плющова А.І. ДО ПИТАННЯ ПРО СПІВВІДНОШЕННЯ ОСОБИСТИХ ПРАВ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ІНТЕРЕСІВ БЕЗПЕКИ СУСПІЛЬСТВА.....	291
Погорєлкіна А.С. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА В ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ	292
Подленко І.П. СУБ'ЄКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ	293
Подолькіна Я.В. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТЕРИЛІЗАЦІЇ ЖІНОК В УКРАЇНІ.....	294
Пономарьов Д.О. ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УКРАЇНІ.....	296
Потєєв Б.О. ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ	297
Проскурня А.О. ДО ПИТАННЯ ПРО ОБОВ'ЯЗКОВІСТЬ ВАКЦИНАЦІЇ В КОНТЕКСТІ ПОРУШЕННЯ ОСОБИСТИХ НЕМАЙНОВИХ ПРАВ ОСОБИ.....	298
Прудіус О.Р. ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ УКРАЇНИ	299
Птушко Д.М. ДО ПИТАННЯ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК.....	300
Пугач Р.В. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ	301
Пузерей Є.А. ДИСЦИПЛІНАРНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА	302
Пуленко М.І. ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ПАЦІЄНТА НА ЗГОДУ ТА ВІДМОВУ ЩОДО МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ	303
Реброва А.В. ДЖЕРЕЛО ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ПРИ ЗДІЙСНЕННІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	305
Регент М.Є. ПРАВО НА ДОНАРСТВО ОРГАНІВ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ	306

Река А.В. ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ.....	307
Рітор А.В. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ ПРАВА ОРЕНДИ ЗЕМЕЛЬ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОГО ПРИЗНАЧЕННЯ.....	309
Рожок Д.І. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОНОРСТВА КРОВІ, ШЛЯХИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ.....	310
Роздільна А.А. ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ.....	311
Романенко В.А. ПЕРСПЕКТИВИ ТРУПНОГО ДОНОРСТВА В УКРАЇНІ.....	313
Ромодан М.О. КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ.....	314
Руденко А.В. НЕОБХІДНІСТЬ ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО КОДЕКСУ В УКРАЇНІ.....	316
Савенко Я.С. ПРАВО ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ НА ТОРГОВУ НАЗВУ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ.....	317
Савченко Т. О. ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА НА КОНФІДЕНЦІЙНУ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ЗДОРОВ'Я.....	318
Сазонюк А.В. ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ».....	320
Саркісов К.К. АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗМЕЖУВАННЯ ПРЕДМЕТУ НАВЧАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН ОХОРОНОЗДОРОВЧОГО ТА МЕДИЧНОГО ПРАВА.....	321
Свинобой О.М. ПРОБЛЕМА НАДАННЯ ЗГОДИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ І ТКАНИН ВІД ПОМЕРЛОГО ДОНОРА В УКРАЇНІ: «ПРЕЗУМПЦІЯ ЗГОДИ» ЧИ «ПРЕЗУМПЦІЯ НЕЗГОДИ».....	322
Сидоренко В.С. ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ГЕНДЕРНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ ТА ТРАНСГЕНДЕРНОСТІ В УКРАЇНІ.....	324
Сидоренко М.О. ПРАВО НА ЗАЙНЯТТЯ НАРОДНОЮ МЕДИЦИНОЮ (ЦІЛИТЕЛЬСТВОМ) В УКРАЇНІ.....	325
Сиза І.А. ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТА ВІД НЕЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	327
Синяговська В.І. ДЕФЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	328
Ситнік Д.Р. ОСОБЛИВОСТІ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ТА ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ.....	329
Ситник Т.В. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇХ УДОСКОНАЛЕННЯ.....	330

Сіврюк Д.В. ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАБОРОНИ АБОРТУ В УКРАЇНІ	331
Сімененков Р.В. ПРОБЛЕМИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗА ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ	333
Скай Т.А. ДОСВІД КРАЇН СВІТУ У ПИТАННІ ЕВТАНАЗІЇ	334
Солоп І.Ю. ПРОБЛЕМИ ДОНОРСТВА КРОВІ В УКРАЇНІ	336
Степаненко Д.Р. ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ У СФЕРІ ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ	338
Стеценко А.М. СУБ'ЄКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ	339
Стороженко В.А. ЩОДО ПИТАННЯ ВИРОБНИЦТВА ОРИГІНАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ	341
Стрілець М.В. МЕДИЧНИЙ ЗАПОВІТ ЯК ІНСТИТУТ ЗАВЧАСНОГО ПЛАНУВАННЯ ЛІКУВАННЯ	342
Струкова І.П. ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ МАРКУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ШРИФТОМ БРАЙЛЯ	343
Сукач О.А. ФАЛЬСИФІКАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	344
Сулась Б.Ю. ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ: АНАЛІЗ СУДОВОЇ ПРАКТИКИ	346
Тарабан М.О. ОСОБЛИВОСТІ ПОРЯДКУ ЗАНЯТТЯ НАРОДНОЮ МЕДИЦИНОЮ В УКРАЇНІ	347
Тараненко Д.С. ОСОБЛИВОСТІ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ ВСФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	348
Тарасенко Н.О. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВИЛУЧЕННЯ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ У ПОМЕРЛОЇ ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ	349
Тарасова А.С. ПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНОГО КОДЕКСУ ЯК ШЛЯХ ДО РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА	352
Тимченко К.О. ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНСТИТУТУ ЕВТАНАЗІЇ	353
Тоноян Л.Г. ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАКРІПЛЕННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ	354
Тупік М.М. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЩОДО ВІДШКОДУВАННЯ МОРАЛЬНОЇ ШКОДИ ЗА НЕВДАЛЕ ЛІКАРСЬКЕ ВТРУЧАННЯ	356
Хіцан Б.І. ПРОБЛЕМИ ВАКЦИНАЦІЇ В УКРАЇНІ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ	357
Хохлова К.Р. ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ	358

Чалов В.В. ПИТАННЯ МОЖЛИВОСТІ НАПРАВЛЕННЯ УВ'ЯЗНЕНИХ ОСІБ НА ЛІКУВАННЯ ЗА МЕЖІ УКРАЇНИ	359
Черненко Я.О. ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ.....	360
Чубар Р.Ю. ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОПТОВОЇ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ.....	361
Шарлай В.О. ЩОДО ПРОБЛЕМ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	363
Шкурко В.Р. СВІТОВА ПРАКТИКА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ	364
Шлапак А.В. ОСОБЛИВОСТІ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	365
Шумейко Д.С. ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ САМОРЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	367
Юдахін М.С. ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕВТАНАЗІЇ ДІТЕЙ У СУЧАСНЕ ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ.....	368
Юрченко Ю.Ю. ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК СУБЕКТИ ГОСПОДАРЮВАННЯ.....	369
Юхименко Д.С. ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ДИСЦИПЛІНАРНУ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	370
Яїцька О.О. ПРАВОВІ АСПЕКТИ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ	372
Ялова М.О. ДО ПИТАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНСЬКОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ	373
Ярова Л.В. ПРАВО ОСОБИ НА ЖИТТЯ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ЗДІЙСНЕННЯ ЕВТАНАЗІЇ НЕПОВНОЛІТНІХ.....	374
Яцюк А.О. СУЧАСНЕ РЕГУЛЮВАННЯ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	375

Наукове видання

*П'ята Всеукраїнська
науково-практична конференція*

**ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ
ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ
СУЧАСНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА
В УКРАЇНІ**

24 листопада 2016 р.

Відповідальний за випуск: Олефір А.О.
Технічний редактор – Момот О.О.
Комп'ютерне верстання та складання – Пінчук О.Ф.

Підписано до друку 21.11.2016 р.
Папір офсетний. Друк трафаретний.
Ум. друк. арк. 22,9. Наклад 280 прим. Формат 60*84/16.
Зам. № 788.

Видавець і виготовлювач: ТОВ “Фірма “Техсервіс”.
Адреса: 36011, м. Полтава, вул. В. Міщенка, 2.
Тел.: (0532) 56-36-71.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4421 від 16.10.2012 р.