



НАЦІОНАЛЬНА АСОЦІАЦІЯ
АДВОКАТІВ УКРАЇНИ



ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

**РОЛЬ І ЗНАЧЕННЯ ОСНОВ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ
ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
І ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ**

ЗБІРНИК НАУКОВИХ СТАТЕЙ

2022

УДК 340.134+342.951:364.69+347.56:614.25 (Ук)

P68

**Рекомендовано до видання Вченою радою
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
протокол №6-ВР від 28 грудня 2022 року**

P68 Роль і значення Основ законодавства України про охорону здоров'я для системи охорони здоров'я і забезпечення прав людини: збірник наукових статей. Упорядники: І. Я. Сенюта, Х. Я. Терешко. Львів: ЛОБФ «Медицина і право». 2022. 114 с.

Висвітлено ретроспективні питання створення і прийняття Основ законодавства України про охорону здоров'я, наведено історичні документи, пов'язані з робочим процесом формування Закону. Розкрито спектр тем, які мають або пряму, або опосередковану регламентацію крізь призму Основ, з-поміж яких питання: стандартів у сфері охорони здоров'я, страхування професійної відповідальності медичних працівників, постмортальної репродукції, інформаційних прав та обов'язків, правової освіти медичних працівників. Досліджено питання доцільності реновації Основ, прийняття Медичного кодексу чи Кодексу охорони здоров'я.

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

УДК 340.134+342.951:364.69+347.56:614.25 (Ук)

ЗМІСТ

<u>Стефанчук Р. О.</u> Вітальне слово Голови Верховної Ради України.....	4
<u>Усенко І. Б.</u> Основи законодавства України про охорону здоров'я: рефлексія через 30 років (замість передмови).....	6
<u>Блащук Т. В., Гущук І. В., Вівсянник О. М.</u> Медичний кодекс чи Кодекс з охорони здоров'я?.....	8
<u>Богомазова І. О.</u> Канабіс у контексті наркополітики України: історія та сучасні тенденції.....	12
<u>Булеца С. Б.</u> Страхування відповідальності медичного працівника на прикладі Італії.....	16
<u>Ванчак М. Л.</u> Відсторонення невакцинових працівників: виключна правова проблема.....	20
<u>Дюжев Д. В.</u> Питання забезпечення прав людини в умовах удосконалення законодавства про охорону здоров'я.....	24
<u>Ілюшик О. М.</u> Адміністративна відповідальність у сфері охорони здоров'я: реалії та напрями вдосконалення.....	28
<u>Kashyntseva O. Y.</u> Post-Mortem Reproduction in Ukrainian Legislation and the War Challenges We Go Through.....	32
<u>Квіт Н. М.</u> Інформаційні права та обов'язки: ревізія існуючої концепції основ законодавства України про охорону здоров'я.....	36
<u>Кузьменко С. Є., Сенюта І. Я.</u> Правова освіта медичних працівників як запорука дотримання прав людини.....	40
<u>Лемеха Р. І., Онишкевич І. А.</u> Правове підґрунтя використання штучного інтелекту у сфері охорони здоров'я: міжнародний досвід і стан національного регулювання.....	43
<u>Литвиненко А. А., Петліна Т. В.</u> Захист конфіденційності інформації про ВІЛ-статус пацієнта: коментар до постанови Верховного Суду України від 29 червня 2022 року.....	48
<u>Литвинова О. Н.</u> Потреба реновації основ законодавства України про охорону здоров'я.....	51
<u>Миколаєць Ю. М.</u> Зміна підходів до встановлення платних медичних послуг в КНП.....	57
<u>Миронова Г. А.</u> Правило згоди пацієнта: ретроспективний огляд формування концепції в «Основах законодавства України про охорону здоров'я».....	63
<u>Олійник А. М.</u> Актуальні питання визначення категорії медичних працівників, як основних суб'єктів професійної діяльності у сфері охорони здоров'я.....	66
<u>Римшин Т. А.</u> До питання поняття медичної допомоги.....	70
<u>Селіванова І. А.</u> Про необхідність вдосконалення основ законодавства про охорону здоров'я в частині регулювання медичної практики та лікарської діяльності.....	74
<u>Сенюта І. Я.</u> Основи законодавства України про охорону здоров'я: нормативні контроверзії та пропозиції до вдосконалення.....	79
<u>Сорока О. Я., Федосенко Н. В., Хомут У. В.</u> Лікарська помилка та її місце в законодавстві.....	83
<u>Терешко Х. Я.</u> Право на таємницю про стан здоров'я: нормативне регулювання та судова візія.....	86
<u>Триньова Я. О.</u> Визначення початку життя людини та особливостей правового забезпечення деяких аспектів його змісту в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».....	90
<u>Усенко І. Б.</u> Історія та дискусійні питання прийняття «Основ законодавства України про охорону здоров'я».....	94
<u>Литвинова О. Н.</u> Історія створення Основ законодавства України про охорону здоров'я.....	102

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

Шановні учасники наукового зібрання!

Найперше дозволює привітати вас з нагоди 30-річчя прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Мені надзвичайно приємно долучитися сьогодні до обговорення важливих проблем реформування медичного законодавства.

Ви, мабуть, знаєте, що в парламенті цим питанням опікується Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. Він є відповідальним за підготовку та попередній розгляд ключових законодавчих ініціатив у цій сфері. Так, зокрема, нещодавно за пропозицією Комітету було істотно оновлено законодавство про систему громадського здоров'я, що вводиться в дію з 1 жовтня 2023 року.

Згідно з Планом законопроектної роботи Верховної Ради України на 2022 рік парламент має намір розглянути й інші важливі законодавчі ініціативи, серед яких, проекти законів про:

- допоміжні репродуктивні технології;
- самоврядування медичних професій в Україні;
- біологічну безпеку та біозахист;
- медичні вироби.

Існує також окрема пропозиція комплексно переглянути положення Основ законодавства України про охорону здоров'я та викласти їх у новій редакції.

Проте, на моє глибоке переконання, більш конструктивним підходом у реформуванні законодавства про охорону здоров'я були б розроблення і прийняття окремого кодифікованого акта у цій сфері – Медичного кодексу України.

Аналізуючи кількісний та якісний стан чинних на сьогодні законів у галузі медицини, можна зробити висновок, що вони не розв'язують проблему комплексного підходу до врегулювання відповідних суспільних відносин. На жаль, у країні не відбувся кількісний перехід законодавчих актів до їхнього якісного та ефективного впливу на охорону здоров'я громадян. Наявність застарілих, взаємодублюючих і частково суперечливих нормативно-правових актів різної юридичної сили, надмірної кількості підзаконних і відомчих актів, які не завжди відрізняються високою якістю нормопроектної роботи та подекуди не враховують тенденцій сучасного законодавства, – усе це зумовлює необхідність здійснення систематизації медичного законодавства і створення стрункої, логічної та внутрішньо несуперечливої системи.

Одним із пріоритетних напрямів удосконалення законодавства про охорону здоров'я в Україні є систематизація чинної нормативно-правової бази. Створення належної нормативної бази в галузі охорони здоров'я, передусім законів, – справа творча й нелегка, що потребує знань у галузі охорони здоров'я та медицини, досвіду у сфері законодавчої техніки, усвідомлення своєї відповідальності. Тільки закон, який створений за таких умов, зможе бути дієвим, життєздатним, матиме можливість скоординувати та спрямувати всі інші акти на забезпечення життя і здоров'я людей.

Вищою формою здійснення систематизації законодавства є, звичайно, кодифікація, тобто таке впорядкування законодавчого матеріалу, яке спрямоване на перероблення шляхом виключення повторів, суперечностей, заповнення прогалин, перетворення характеру та спрямованості матеріалу. Це забезпечує внутрішню узгодженість, цілісність, системність і повноту правового регулювання сучасних суспільних відносин.

Ідея створення Медичного кодексу України не є новою для правової думки України та вже викладалась у багатьох наукових працях. Актуальність і важливість створення такого кодифікованого акта пояснюються багатьма обставинами. На сьогодні основними з них є такі:

- 1) необхідність комплексного реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, зокрема її законодавчого забезпечення як фундаменту для всіх перетворень;
- 2) відсутність науково обґрунтованої концепції законотворчої діяльності в цій галузі;
- 3) прагнення забезпечити підвищення рівня правової освіти медичних і фармацевтичних працівників;
- 4) сприяння та допомога юристам під час розгляду, вирішення так званих «медичних» справ;
- 5) неузгодженість у деяких випадках окремих законів у сфері охорони здоров'я з галузевим законодавством;
- 6) необхідність чіткої регламентації правового статусу медиків і пацієнтів;
- 7) необхідність правового регулювання різних систем охорони здоров'я (державної, муніципальної, приватної).

Щодо структури Медичного кодексу України. Відповідно до законодавчої техніки, що притаманна країнам германської гілки континентальної системи права, кодифіковані акти повинні мати дихотомічний поділ на загальну й особливу частини. У загальній частині повинні міститись норми, які відображають загальний характер («дух») усього законодавчого акта й повинні застосовуватися до всіх правовідносин, що регулюються цим кодексом. Особливу частину повинні утворювати норми, які регулюють та охороняють спеціальні правовідносини в цій галузі.

Сподіваюся, що якнайшвидша перемога України у війні проти росії, повернення до повноцінної щоденної роботи над розробленням сучасного та ефективного законодавства дадуть нам можливість невдовзі досягнути такої амбітної мети, як створення Медичного кодексу України.

Підсумовуючи, хочу висловити щиру подяку організаторам науково-практичної конференції за проведення цього заходу та запрошення презентувати своє бачення перспективних напрямів кодифікації законодавства про охорону здоров'я.

У цей непростий для України час вкрай важливо мати нагоду поділитися власними науковими розвідками, почути думки колег і опонентів, отримати імпульс для самовдосконалення надалі.

Перекоаний, що наука це не лише про минуле та сьогодення, це – наше майбутнє. Тому бажаю усім учасникам наполегливо йти до своїх цілей, досягати нових наукових висот і плідно працювати на благо України.

Стефанчук Руслан Олексійович,

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

ПЕРЕДМОВА

Основи законодавства України про охорону здоров'я: рефлексія через 30 років.

19 листопада 1992 року шоста сесія Верховної Ради України першого скликання прийняла в другому читанні та в цілому Основи законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи). Відтоді станом на 18 листопада 2022 р. до Основ 71 раз вносилися різного роду зміни, які, однак, не змінили їхньої загальної спрямованості та значення для розвитку законодавства про охорону здоров'я. Життя рішуче спростувало надії деяких недоброзичливців Основ, які невдовзі після їх прийняття публічно пророкували новому кодифікованому акту недовге життя в системі законодавства незалежної України (докладніше історія створення Основ викладається в цьому збірнику у статтях колишніх членів робочої групи В. М. Рудого, О. Н. Литвинової та автора цих рядків).

Проте наше сьогодення помітно відрізняється в багатьох аспектах суспільного життя від «буремних 90-х». Сучасні системні зміни в охороні здоров'я (передусім так звана медична реформа) потребують адекватного відображення в законодавстві, про що йдеться у виступах багатьох учасників цього та інших наукових форумів. Зокрема, повстало логічне запитання, що доцільніше: вносити дедалі нові зміни в чинні Основи (лише у 2022 році таке робилося 8 разів) чи прийняти новий кодифікований акт?

На нашу думку, практика вітчизняного законотворення свідчить, що кожна новела, внесена до чинного законодавчого акта, більшою чи меншою мірою ламає його архітектоніку, порушує його внутрішню узгодженість і системні зв'язки між окремими приписами. Тим паче здебільшого розробляють первісний текст закону одні фахівці, а готують зміни до нього – інші. Особливо небезпечно, коли зміни вносяться в перехідних положеннях до іншого закону. До речі, законодавець вже давно встановив норму, що зміни до кодексів вносяться лише окремими законами, а не як побічний наслідок прийняття якихось актів з інших питань. Тому, як видається, перевагу слід віддати не черговому втручання в текст чинних Основ, а системному нормотворенню через прийняття нового кодифікованого акта. Втім, зберігаючи наступність, цей новий акт, у якому будуть збережені принципи і приписи, що пройшли перевірку життям, може навіть використати стару назву. З боку законодавчої техніки прийняття нового акта, окрім усього іншого, матиме ту перевагу, що дасть змогу «занулити» так звану кодифікаційну довідку (обов'язкове згадування в тексті усіх попередніх змін і джерел їх оприлюднення) у наступних законопроєктах.

Доречно пригадати, чому свого часу розробники обрали таку форму і назву – Основи законодавства України. Попередня радянська практика передбачала на конституційному рівні, що у низці галузей і сфер суспільного життя до компетенції Союзу РСР належить пряме правове регулювання, а в інших – лише встановлення основ правового регулювання. У другому разі безпосереднє правове регулювання належало до компетенції союзних республік. Відповідно компетенція Союзу РСР реалізовувалася в актах, які мали назви «Основи законодавства Союзу РСР і союзних республік про ...» (далі – «Основи законодавства...»), а компетенція союзних республік – як правило, у республіканських кодексах, загальна частина яких здебільшого дублювала відповідні положення загальносоюзних «Основ законодавства...». Як виняток у кількох галузях республіканського законодавства, де не було можливості здійснити повноцінну (суцільну) кодифікацію, обмежилися так званою горішньою кодифікацією, наслідком якої стали не республіканські кодекси, а закони Української РСР про освіту та охорону здоров'я. З розпадом СРСР дворівнева система законодавства припинила існування.

Здійснити «з нуля» суцільну кодифікацію законодавства про охорону здоров'я незалежної України на початку 90-х років не уявлялося можливим. Колишній радянський республіканський закон орієнтував на горішню кодифікацію. Аналогічні проблеми були і в кодифікаторів законодавства України про культуру. За їх ініціативою парламент 14 лютого 1992 р. прийняв Основи законодавства України про культуру, що створило необхідний прецедент. Це позначилося і на долі внесеного Кабінетом Міністрів України (фактично – МОЗ України) проєкту закону про охорону здоров'я населення. Під час обговорення у першому читанні цього проєкту 14 травня 1992 року значна частина промовців висловилися за прийняття його у формі (під назвою) Основ законодавства України про охорону здоров'я, маючи передусім на увазі, що положення Основ будуть розвиватися в інших профільних законах. Щоправда, деякі народні депутати обмежено розуміли правову природу Основ, зводячи новий акт до комплексу загальних декларативних положень і пропонуючи навіть вилучити з нього всі приписи прямої дії.

Проте чітке розуміння Основ як горішньої кодифікації найважливіших положень було у правознавців – членів робочої групи, яка готувала проєкт на друге читання: Валерія Олександровича Глушкова та Зіновія Степановича Гладуна, які, на превеликий жаль, нещодавно пішли з життя, а також в автора цих рядків, кандидатська дисертація якого присвячувалася не лише історичним, а й деяким теоретичним проблемам кодифікації. Так у юридичному житті України з'явився другий кодифікований акт у формі Основ. Згодом також побачили світ досі чинні Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14 січня 1998 року. Основи законодавства України про культуру проіснували з такою назвою до грудня 2010 р. і нині відомі як Закон України «Про культуру».

Зауважимо, що численні проєкти про нормативно-правові акти, про правотворчість тощо, які б мали визначити систему нормативно-правових актів в Україні, досі не мали успіху, а відповідно немає твердої легальної основи для використання поруч з кодексами й такої форми як основи законодавства. Втім Конституція України не виключає такої можливості, зазначаючи у статті 91, що Верховна Рада України приймає закони, постанови та інші акти (виокремлення моє І. У.) більшістю від її конституційного складу, крім випадків, передбачених цією Конституцією. До речі, кодекси теж прямо не згадуються в Конституції. Слід вважати, що і сама Конституція, і Кодекси, й Основи за своєю суттю є особливими видами законів України. Проте тавтологічні словосполучення (на жаль, іноді вживаються) – Закон України «Конституція України», Закон України «Цивільний кодекс України» – є явним безглуздом. Але таке ж саме некоректне сполучення Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» за ініціативою працівників парламентського апарату (розробниками проєкту Основ таке аж ніяк не передбачалося) набуло фактично офіційного значення і навіть вживається в назві нашої конференції, цієї збірки та багатьох вміщених у ній матеріалах.

Отже, в аспекті нової кодифікації законодавства про охорону здоров'я можливим є два підходи: горішня кодифікація з прийняттям нових Основ законодавства України про охорону здоров'я з удосконаленням надалі інших «залежних» законів або суцільна кодифікація з прийняттям Кодексу України про охорону здоров'я з одночасним скасуванням усіх інших законів у цій сфері (галузі). Другий шлях видається дуже складним, потребуватиме чимало часу, значних зусиль і належного фінансування, але є загалом можливим з огляду насамперед на те, що в Україні вже склалася доволі потужна спільнота фахівців з медичного права. Втім і перший шлях потребуватиме, хоча й концептуально зрозумілої, але копіткої творчої праці. Вибір, звісно, за урядом і законодавством, але, на нашу думку, чимало залежить від інститутів громадянського суспільства та фахівців, від усіх нас.

Усенко Ігор Борисович,

*завідувач відділу історико-правових досліджень Інституту
держави і права імені В. М. Корецького НАН України,
професор, заслужений юрист України, лауреат
Державної премії України в галузі науки і техніки*

МЕДИЧНИЙ КОДЕКС ЧИ КОДЕКС З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я?

Блашук Тетяна Володимирівна,

кандидат юридичних наук, доцент, завідувач кафедри цивільно-правових дисциплін Навчально-наукового Інституту права ім. І. Малиновського Національного університету «Острозька академія», Член науково-консультативної ради при Верховному Суді,

Гушук Ігор Віталійович,

доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання Навчально-наукового інституту соціально-гуманітарного менеджменту Національного університету «Острозька академія»,

Вівсяник Олег Михайлович,

кандидат наук з державного управління, директор Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я Рівненської ОДА

Світова практика охорони здоров'я протягом XIX–XX століть виробила декілька різних моделей організації системи медичного обслуговування, які ми асоціюємо як системи охорони здоров'я. Основні, базові моделі умовно можна поділити на 4 групи, решта певною мірою є похідними. Відмінності між моделями були зумовлені історичними, культурними та соціальними особливостями держав. Однак простежується і спільний напрям еволюції національних систем охорони здоров'я, пов'язаний із пошуком конструктивних рішень у полі дії двох практично протилежних тенденцій.

З одного боку, в усьому світі спостерігається постійне зростання цін на медичне обслуговування, викликане об'єктивним ускладненням професійної діяльності, подорожчанням медичної апаратури, медикаментів тощо, з іншого – уряди більшості країн здійснюють політику, спрямовану на забезпечення соціальної стабільності та задоволення основних життєвих потреб усіх громадян, незалежно від їхнього майнового становища [1, 2].

Аналізуючи діяльність та ефективність базових моделей системи охорони здоров'я, можна зробити висновок, що різні моделі національних систем охорони здоров'я – це різні варіанти вирішення одного питання: як в умовах подорожчання медичного обслуговування (здорожчання медичної допомоги, медичних послуг і лікарських засобів) забезпечити доступною та якісною медичною допомогою усіх громадян.

Оскільки в сучасному світі здоров'я населення визнано однією з найбільших цінностей, необхідним компонентом соціально-економічного розвитку й процвітання будь-якої держави та запорукою її національної безпеки, світова спільнота та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [3] закликають спрямувати зусилля на вирішення проблем у сфері охорони громадського здоров'я. Підтвердженням цього є Європейський стратегічний план «Здоров'я-2020: основи європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» [4]. Окрім цього, слід зауважити, що із 17 Цілей Сталого Розвитку та 169 завдань, які були офіційно затверджені на засіданні Генеральної Асамблеї ООН в кінці вересня 2015 року, більшість прямо чи опосередковано пов'язані з охороною життя та здоров'я людини [5].

Відтак і в Україні однією зі складових реформи національної системи охорони здоров'я повинна стати розбудова вітчизняної системи охорони/захисту громадського здоров'я, стратегічним завданням якої є збереження здоров'я населення шляхом впровадження на державному рівні міжгалузевого та міжсекторального принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави». Метою його впровадження є профілактика захворювань, зміцнення здоров'я та збільшення тривалості життя на засадах сталого (збалансованого) розвитку [6, 7]. Однак в Україні перманентне реформування медичної галузі, особливо в останні роки, призвело до руйнації так званої «системи Семашка», яка, за визнанням ВООЗ, мала найефективнішу складову профілактичної медицини.

Доречно зауважити, що Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 [8] була розроблена у 2014 році, проте не схвалена, а Концепція реформи нової національної системи охорони здоров'я була розроблена та схвалена ще в 2016 році. На цей час в українському фаховому медичному середовищі напрацьовані проєкти нової Концепції та Стратегії національної системи охорони здоров'я.

Проте, на нашу думку, стратегічною методологічною помилкою при розробленні таких документів є те, що вони готуються в переважній більшості медиками з лікувальною підготовкою, а не лікарями-профілактиками. Через це головна ідея таких документів полягає у покращенні лікування та медикаментозного забезпечення населення. Це є закономірним, позаяк за роки незалежності, а особливо в останні 10 – 15 років, в Україні функції МОЗ поступово звелися від комплексної охорони здоров'я до царини організації медичного обслуговування населення.

На наш погляд, для того щоб ефективно розбудовувати національну систему охорони здоров'я, ми повинні зрозуміти сутність таких понять, як «система охорони здоров'я» і «система охорони/захисту громадського здоров'я». Чи є вони тотожними та взаємозамінними поняттями? З наших методологічних підходів – не зовсім.

9

Система охорони здоров'я не є виключно питанням медицини. Вона поєднує в собі декілька складових, з яких дві базові: профілактика та лікування. І головна її місія – попередження виникнення та розвитку захворювань серед людей як на індивідуальному, так і популяційному рівнях. Наразі нами пропонується для фахового середовища розуміння системи охорони здоров'я як системи, що органічно поєднує взаємодіючі підсистеми медичного і профілактичного забезпечення.

У ній медична складова має охоплювати все, що пов'язано з медичним обслуговуванням, а виконання основних функцій покладено на працівників з медичною освітою: медична допомога, медичні послуги, забезпечення лікарськими засобами, диспансеризація та профілактичні медичні огляди, щеплення, санаторно-курортне лікування, оздоровлення тощо.

Профілактична складова у вигляді системи охорони громадського здоров'я на індивідуальному та популяційному рівнях охоплюватиме все, що спрямоване на моніторинг детермінант здоров'я, у т. ч. виявлення та оцінку реального чи можливого ризику від небезпечного впливу основних факторів середовища життєдіяльності людини (хімічних, фізичних, біологічних, соціальних), які шкідливо впливають або можуть впливати на життя і здоров'я людини чи на здоров'я майбутніх поколінь. Такий соціально-гігієнічний підхід дасть змогу для надалі підготовки управлінських рішень чи їх проєктів на державному, регіональному та місцевому рівнях з метою усунення чи мінімізації таких ризиків. У ній вже мають працювати як лікарі-профілактики, так і фахівці без спеціалізованої медичної освіти (екологи, правники, журналісти, економісти, соціальні працівники, ветеринари, аграрії тощо). За соціально-економічною значимістю та з позиції національної безпеки важливіше значення, безперечно, має профілактична складова. Однак лікувальна є лідером у частині особистісного значення, особливо в критичних ситуаціях, коли здоров'ю та життю людини існує реальна загроза «тут і зараз».

Якщо охорона громадського здоров'я – це система державних правил і процедур управління детермінантами здоров'я людей на індивідуальному і популяційному рівнях, то розроблення і дотримання правил і процедур управління підвищує вірогідність досягнення мети системи охорони громадського здоров'я – безпека середовища життєдіяльності людей і формування впевненості у цьому населення.

Таким чином, дотримання принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави» є проявом соціальної відповідальності політиків, має бути нормою для всіх структур, інституцій і зацікавлених осіб системи охорони громадського здоров'я, що стане умовою її ефективності.

Слід зауважити, що в цілому в Україні створена правова основа для реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я й отримання медичної допомоги. Значним поштовхом для формування відповідного законодавства стало прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» №2801-XII, який набув чинності 19.11.1992 [9]. Вказаний закон став основою для побудови системи нормативних актів, що наразі складають систему законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні.

Експертне фахове середовище, наприклад Ірина Сенюта, пропонує «систематизувати закони у сфері охорони здоров'я за предметом правового регулювання і виділити групи законів, які стосуються таких питань: 1) надання медичної допомоги; 2) правового статусу пацієнтів; 3) правового статусу медичних і фармацевтичних працівників; 4) фінансування охорони здоров'я; 5) оздоровчо-профілактичної діяльності; 6) гарантування безпечних умов життєдіяльності; 7) організації й управління охороною здоров'я; 8) біоетики» [10, с. 62]. О. Клименко пропонує «класифікувати законодавство про охорону здоров'я за інститутами» [11, с. 129]. Так, фундаментальним інститутом законодавства України про охорону здоров'я є інститут медико-санітарної допомоги, що доповнюється іншими інститутами: санітарно-протиепідемічного благополуччя, санаторно-курортного лікування, охорони навколишнього природного середовища, охорони й безпеки праці, лікарського забезпечення, страхування життя та здоров'я громадян.

В останні роки нормотворча діяльність у сфері охорони здоров'я здійснюється досить активно. Звичайно, мають місце деякі недоліки й прогалини. Найбільш істотним недоліком чинних нормативних актів є те, що вони не завжди витримані концептуально, недостатньо розроблені механізми забезпечення їх реалізації. Законодавчі акти у сфері охорони здоров'я здебільшого не є законами прямої дії, а містять значну кількість відсилань до інших законів і підзаконних нормативних актів (здебільшого відомчих інструкцій і нормативів).

Найбільш проблемним моментом процесу створення національної системи законодавчого регулювання у сфері охорони здоров'я є розроблення концепції розвитку й удосконалювання нормативно-правової бази України у сфері охорони здоров'я, що включає необхідність вирішення таких завдань: розширення предмета правового регулювання, усунення законодавчих прогалин, стандартизація всіх процесів надання медичної допомоги, перехід до прямої регулюючої ролі законів у системі охорони здоров'я й формування правової свідомості в медичних працівників і населення. Наразі в Україні назріла необхідність прийняття цілої низки законів з різних питань у сфері охорони здоров'я.

Отже, надалі розвиток законодавства у сфері охорони здоров'я в Україні потребує насамперед прямого регулюючого впливу законів у системі охорони здоров'я із заміною адміністративно-правових норм цивільно-правовими. При цьому особливості медичного обслуговування у зв'язку з наданням окремих видів медичної допомоги повинні регулюватися не тільки галузевими інструкціями, стандартами й нормами, але й законодавчими актами, обов'язковими до виконання всіма громадянами, органами державної влади та органами місцевого самоврядування, господарюючими суб'єктами, а також закладами охорони здоров'я незалежно від їхньої форми власності.

Ці проблеми вирішують розроблення й прийняття законів, які можуть мати форму зводу законів про охорону здоров'я, що включатиме законодавчі акти, які вже існують та які потребують розроблення й прийняття. Таку думку висловлює Роман Майданик [12, с. 7]. Проте останнім часом набула популярності думка про необхідність створення Медичного кодексу України, оскільки кодифікація, як найбільш досконала й складна систематизація, спрямована на докорінне якісне впорядкування законодавства, забезпечення його узгодженості й компактності.

Разом з тим, на нашу думку, у цьому питанні необхідно розмежовувати назви та функціональне спрямування, предмет регулювання нормативних актів: “Медичного кодексу”, предметом якого є норми приватного права, чи Кодексу з охорони здоров'я, що включатиме як норми приватного, так і норми публічного права. Такий кодекс більш системно регулюватиме сферу охорони здоров'я. Отож, у процесі дослідження ми ставимо питання про те, який кодекс має стати таким, що надалі достатньою мірою регулюватиме відносини, що зараз є предметом регулювання Основ законодавства України про охорону здоров'я та низки інших нормативних актів. Такий кодекс має також містити норми, які сьогодні відсутні, але є нагальними для належного регулювання ефективної діяльності системи охорони здоров'я.

Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 №2801-XII визначає охорону здоров'я як систему заходів, що здійснюються органами державної влади й органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку й одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості її життя.

Отже, охорона здоров'я – це не лише функціонування національної системи охорони здоров'я, це і питання підтримання та збереження здоров'я, популяризації здорового способу життя, усвідомлення власної відповідальності громадян за своє здоров'я [13, с.8].

Слід зауважити, що право на охорону здоров'я є найбільш широким, воно включає право на медичну допомогу і право на медичне страхування. Необхідно відрізнити права та обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я й обов'язки держави щодо його забезпечення, а також права пацієнтів при здійсненні медичної допомоги та відповідно обов'язки закладів охорони здоров'я та фахівців у зв'язку з наданням медичної допомоги пацієнту.

Права людини у сфері охорони здоров'я мають загальний характер (вони сформульовані у статті 6 Основ законодавства про охорону здоров'я) і стосуються усіх сфер середовища життєдіяльності людини. У сфері охорони здоров'я складається ціла низка суспільних відносин – медичних, екологічних, фінансових, управлінських, організаційних тощо. Вони регулюються різними галузями законодавства – конституційним, адміністративним, трудовим, цивільним, господарським, кримінальним, санітарним, екологічним тощо. Проте такі відносини у своїй основі мають саме медичні відносини, які виникають між пацієнтом і лікарем (медичним працівником) з приводу надання медичної допомоги на всіх етапах її здійснення.

Отже, більш доцільним є прийняття Кодексу з охорони здоров'я як акта, предмет регулювання якого є ширшим ніж предмет регулювання власне Медичного кодексу.

Відповідно до загальних принципів нормотворчої практики Кодекс з охорони здоров'я повинен складатися із загальної, спеціалізованої й особливої частин і включати всі чинні галузеві закони; закони, які необхідно привести до вимог законодавства ЄС, а також закони, які варто розробити для усунення прогалин правового регулювання, а також певну частину відомих нормативно-правових актів, яким варто надати сили закону.

Кодекс з охорони здоров'я повинен бути актом прямої дії, систематизованим за пандектною системою, що усуне дублюючі положення, протиріччя й різночитання, правові прогалини законодавства, підвищить доступність і зручність використання законодавства у сфері охорони здоров'я.

Структура Кодексу з охорони здоров'я пропонується така.

1. Загальні положення, що повинні містити норми, які забезпечують реалізацію права людини на життя і здоров'я, охорону здоров'я, а також тип організації діяльності системи охорони здоров'я на основі дотримання загальнодержавного принципу охорони здоров'я в усіх політиках держави.

2. Розділ 2 «Організація та діяльність системи охорони здоров'я, щодо належного медичного обслуговування та медичного страхування населення» – полягає в наданні своєчасної, якісної та ефективної медичної допомоги, медичних послуг, забезпеченні доступними ліками, повинен містити норми, які регулюють організацію та діяльність галузі охорони здоров'я, їх мету і завдання, форми і методи їх діяльності за напрямками, а також організаційні та правові засади діяльності закладів охорони здоров'я, медичних працівників, їх права, обов'язки та відповідальність,

3. Розділ 3 «Організація та діяльність системи охорони здоров'я, щодо безпечного середовища життєдіяльності людини» повинен містити норми, які забезпечують санітарну охорону території країни від занесення небезпечних та особливо небезпечних інфекційних хвороб, безпечність питної води, атмосферного повітря, ґрунту та харчових продуктів, дотримання вимог спеціалізованого санітарного законодавства, профілактику та популяризацію здорових умов життя, освіти та праці людини (і бланкетні норми, що відсилають до галузевого законодавства).

4. Розділ 4 «Особлива частина» міститиме норми, які регулюють відносини в окремих сферах охорони здоров'я.

Використані джерела

1. Mahmoud, Rajaa A. Models of Health Care systems. Basrah, Iraqi. 2012. 456 p. DOI: 10.13140/RG.2.2.23621.81120.
2. Chahal Jasleen, Whittington Frank, Subedi Janardan. Health Care Systems. Lexington, 2019. 326 p. DOI:10.1891/9780826162540.0006.
3. Saaddine J., Narayan K.M.V., Vinicor F., Loss V. A public health problem? Ophthalmology. 2003. Vol. 110. P. 253-255.
4. Health 2020: a European Policy Framework Supporting Action Across Government and Society for Health and Well-Being. Copenhagen: WHO, 2013. 22 p.
5. Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. United Nations. A/RES/70/1. 35 p.
6. Ляшко В., Півень Н., Брага М., Рижкова А., Нагорна І. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я. Операційний посібник / Центр громадського здоров'я МОЗУ. Київ, 2019. 62 с.
7. Гушук І. В. До питання розбудови системи громадського здоров'я в Україні. Матеріали Парламентських слухань у Верховній Раді України 16 грудня 2015 року. Київ: Парламентське видавництво, 2016. С. 80 – 82.
8. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/NT1138>
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-XII Законодавство України: база даних / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 19.10.2022)
10. Сенюта І. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: монографія. Львів: Астролябія, 2007. 223 с.
11. Клименко О. Законодавство у сфері охорони здоров'я: перспективи розвитку. Економіка та держава. 2012. №5. С. 128 – 130.
12. Майданик Р. Законодавство України у сфері охорони здоров'я: система і систематизація. Медичне право. 2013. №2 (12). С. 63-74.
13. Демченко І. С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: юридичні науки. 2019. Том 30 (69) №6. С. 7-13. URL: <https://doi.org/10.32838/2707-0581/2019.6/02>

КАНАБІС У КОНТЕКСТІ НАРКОПОЛІТИКИ УКРАЇНИ: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ

Богомазова Ірина Олександрівна,

*кандидат юридичних наук, доцент кафедри медичного права ФПДО
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького*

***Істина не може зайняти своє місце,
допоки воно зайняте чимось іншим.***

Л. Вітґенштейн

Наркополітика України як стратегія і тактика діяльності держави у сфері контролю за обігом наркотиків, боротьби з їх незаконним обігом та протидії наркоманії в аспекті канабісу (марихуани) може бути загалом схарактеризована в межах парадигми «війна проти наркотиків» (war on drugs), або ж як «політика нульової толерантності». В основі тут лежить догмат про численні небезпеки, які канабіс несе для його споживачів: розвиток залежності, шизофренії, серцево-судинних захворювань [1, с. 8-16]. Висловлювалась думка, що канабіс несе загрозу для громадського порядку, оскільки може сприяти вчиненню насильницьких злочинів [2]. «Війна проти наркотиків» як стратегія також виходить з того, що для запобігання поширення наркоманії необхідно карати не тільки діяння, що пов'язані з поширенням наркотичних засобів, але й за їх споживання, придбання, володіння тощо.

З іншого боку, «війну проти наркотиків» як цілеспрямовану системну державну політику звинувачують у тому, що вона не тільки не спроможна запобігти поширенню наркотичних засобів, але й сама породжує організовану наркозлочинність та сприяє поширенню важкої наркоманії через створення «чорного ринку», і, як наслідок, зумовлює, з одного боку, виняткову рентабельність наркоторгівлі, а з іншого – розростання корупції [2]. Зараз під сумнів ставлять не тільки статус канабісу як особливо небезпечного наркотичного засобу, але й те, чи може він належати до наркотиків, що, зі свого боку, знову виносить на порядок денний питання про суспільно небезпечний характер обігу цієї речовини.

Актуальність пропонованої теми засвідчують, зокрема, і зміни, яких останніми роками зазнала міжнародна політика стосовно наркотичних засобів.

Так, 2 грудня 2020 року Комісія ООН з наркотичних засобів (не в останню чергу завдяки «мовчанню» України) виключила з пункту 4 Єдиної конвенції про наркотичні засоби згадку про канабіс, скасувавши тим самим повну заборону на нього і відкриваючи державам світу вікно можливостей для легалізації терапевтичного канабісу. Цю подію схарактеризували як другу за важливістю в історії заборони обігу канабісу.

Політика нульової толерантності до канабісу піддається переосмисленню і на національному рівні. Так, під час проведення місцевих виборів восени 2020 року з ініціативи Президента України Володимира Зеленського та парламентської фракції «Слуга Народу» в Україні було проведено соціологічне опитування стосовно легалізації медичної марихуани. На думку Офісу Президента, «застосування медичної марихуани у державах, які це вже дозволили, демонструє її ефективність при депресіях, посттравматичному стресовому розладі, що є важливим для військовослужбовців, які повертаються додому з війни. Активно використовується група препаратів і при низці інших тяжких станів і захворювань. За попередніми підрахунками, не менше двох мільйонів українців потребують саме таких препаратів» [4]. Ці ідеї отримали схвальний відгук серед населення, зокрема більшість респондентів опитування «5 питань від Президента України» погодилися з доцільністю легалізації канабісу для медичного вжитку.

І все ж навряд чи можна стверджувати, що в Україні зараз відбувається перехід від «війни проти наркотиків» (war on drugs) (та канабісу зокрема) до певної помірної ліберальної моделі, яку можна було б схарактеризувати як «політика стосовно наркотиків» (drugs policy), згідно з положеннями якої дозволялися б використання й обіг канабісу щонайменше з медичною метою. Радше навпаки, «війна проти наркотиків» продовжує бути офіційною урядовою стратегією діяльності держави у сфері контролю за обігом наркотиків.

На наше міркування, правова політика України в галузі контролю за обігом канабісу не відповідає вимогам послідовності, обґрунтованості й ефективності, позаяк зумовлюється системою хибних і науково необґрунтованих уявлень як про властивості самої речовини, так і про суспільну небезпеку дій, пов'язаних з її обігом, використанням і споживанням. Ці сюжети будуть предметом дослідження в наведеному нижче матеріалі.

Ми проаналізуємо сучасне правове регулювання питань, пов'язаних із заборonoю обігу канабісу в Україні, продемонструємо деякі питання історії його заборони на теренах України, так і в загальносвітовому контексті, після чого перейдемо до аналізу сучасних тенденцій у регулюванні його обігу, а також висловимо деякі думки стосовно можливостей вдосконалення правової політики в цій галузі.

Витоки заборони канабісу: Г. Дж. Енслінджер. Ще на початку XX ст. у Сполучених Штатах на канабіс почали поширювати правовий режим отрути, а починаючи з 20-х років деякі штати почали повністю забороняти його обіг. Вже на початку 30-х канабіс отримав статус наркотику в кожному штаті, а 35 штатів прийняли Уніфікований акт про наркотичні ліки [5]. Першим актом правового регулювання на національному рівні був Акт про оподаткування марихуани 1937 року. [6]. Повна заборона на обіг марихуани (включно з її використанням у медичних цілях) відбулась після ухвалення Акта про контрольовані речовини 1970 року. І хоча спроби змінити правовий режим канабісу мали місце, однак були невдалими.

Так, Верховний Суд Сполучених Штатів у справі Сполучені Штати проти Оуклендського кооперативу споживачів канабісу (United States v. Oakland Cannabis Buyers' Cooperative) постановив, що федеральний уряд уповноважений встановлювати кримінальну відповідальність за обіг канабісу, навіть якщо той використовується з медичною метою [7]. Новелою цього рішення було те, що згідно з Конституцією Сполучених Штатів федеральний уряд не мав права регулювати фармацевтичну діяльність, позаяк та належить до компетенції штатів.

На це рішення Верховного Суду принциповий вплив мало поширення гадки про те, що канабіс є небезпечним наркотиком. Це уявлення набуло значного поширення після того, як на чолі Федерального бюро по боротьбі з наркотиками на початку 30-х став Г. Дж. Енслінджер, відомий своїм безкомпромісним і безапеляційним ставленням до загальної заборони канабісу. Він звинувачував марихуану в насильстві та злочинах сексуального характеру, що стало вирішальним аргументом на користь прийняття Акта про оподаткування марихуани, яким федеральний уряд зумів через запровадження надмірного податкового навантаження зробити нерентабельним будь-який бізнес, побудований на обігу канабісу. Парадоксальним чином під час Другої світової війни американським солдатам марихуана надавалася з рекреаційною метою, що прямо суперечить причинам її виключення з цивільного обігу.

Вважається, що саме Енслінджер доклав вирішальних зусиль для того, щоб канабіс було визнано особливо небезпечною речовиною на рівні ООН при прийнятті під її егідою Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 року.

Заборона канабісу в СРСР. 1926 року до Кримінального кодексу СРСР було введено відповідальність за вирощування індійських конопель без ліцензії. Постановами ЦВК та РНК СРСР від 27 жовтня 1934 р. зрештою питання культивування індійських конопель набуло регламентації на законодавчому рівні. Постанова мала назву «Про заборону посівів опійного маку та індійської коноплі», а в ній заборонялась культивування зазначених рослин, за винятком посівів, призначених для медичних і наукових цілей. Легальні посіви слід було погоджувати з трьома наркоматами (Землеробства, торгівлі та охорони здоров'я). Повна заборона на вирощування індійських конопель та обіг канабісу чекала у зв'язку з підписанням згаданої вище Єдиної конвенції 1961 року. Утім у деяких республіках (як-от Узбекика РСР) кримінальна відповідальність за її вирощування наставала лише при наявності умислу на збут. Таким чином, Радянський Союз підхопив загальносвітовий тренд у питанні обігу канабісу, який Україна, можна сказати, успадкувала із набуттям незалежності.

Правове регулювання обігу канабісу в Україні. Питання кримінальної відповідальності за незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їхніх аналогів, кримінологічної характеристики та запобігання цим злочинам знайшли своє відображення в наукових працях таких учених, як: Ю. Баулін, О. Горох, І. О. Доброрез, О. Козаченко, Н. Мирошніченко В. Смітєнко, Є. В. Фесенко, П. Фріс. М. Хавронюк та ін. У роботах зазначених дослідників накопичено досвід осмислення кримінально-правової заборони обігу наркотичних речовин в Україні, проаналізовано склади злочинів, безпосереднім об'єктом яких є обіг наркотичних засобів, їхнє місце в системі кримінального права України, особливості притягнення до кримінальної відповідальності за їх вчинення тощо.

Кримінальна відповідальність за незаконний обіг наркотичних засобів передбачена статтями 307 та 309 Кримінального кодексу України (далі – КК України), котрі визначають склади відповідних злочинів і передбачають відповідальність за їх вчинення, а саме за виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання відповідних засобів як з метою, так і без такої.

Згідно з частиною 1 статті 309 КК України незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту караються штрафом від однієї до трьох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, або виправними роботами на строк до двох років, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до п'яти років.

Кваліфікуючими й особливо кваліфікуючими ознаками цього складу злочину є вчинення відповідних дій стосовно великої чи особливо великої кількості наркотичних засобів.

Канабіс, смола канабісу, екстракти і настойки канабісу належать до особливо небезпечних речовин згідно з Таблицею №1 Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів як особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України №770 від 6 травня 2000 р. Незначними розмірами канабісу згідно зі статтями 307 і 309 КК вважається кількість, що не перевищує 5 гр., великими розмірами є кількість від 500 гр. до 2,5 кг, а особливо великими – понад 2,5 кілограма.

Разом з тим сьогодні дає все більше і більше поживи для роздумів про доцільність та обґрунтованість таких кримінально-правових засобів впливу на обіг канабісу.

Так, судова статистика свідчить на користь того, що стаття 309 КК є другою за кількістю обвинувальних вироків в Україні і поступається лише статті 185 (крадіжка) [8].

Згідно з даними Звіту наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2021 рік (за даними 2020 року) абсолютна більшість таких вироків винесена у справах, де предметом злочину виступав саме канабіс [9]. Причому за кількістю вироків стаття 309 КК України значно випереджає статтю 307, що дає підстави для висновку, що правоохоронна система України більшою мірою намагається боротися з жертвами наркоманії, ніж з тими, хто робить з обігу наркотичних засобів бізнес.

Деякі сучасні тенденції. У світі спостерігається поступова відмова від стратегії «боротьби з наркотиками» на користь більш толерантної політики, що враховує реальну суспільну небезпеку канабісу. Так, до 1 липня 2023 вже 24 штати Сполучених Штатів легалізують рекреаційне використання канабісу.

Та чи не найбільш показовим у цьому стосунку є рішення Конституційного Суду Грузії.

Так, 30 липня 2018 року Конституційний Суд Грузії виніс рішення за результатами розгляду конституційної скарги №1282 двох громадян Грузії, Зураба Жапарідзе та Вахтанга Мегрелішвілі, яким визнав неконституційною статтю 45 Кодексу про адміністративні правопорушення Грузії, яка передбачала адміністративну відповідальність за вживання канабісу (марихуани) без медичної мети за рецептом лікаря.

Скаржники доводили, що вживання марихуани не несе загрози для громадського порядку та може спричинити шкоду лише особистому здоров'ю того, хто її вживає. Вони наполягали на тому, що кожна людина має право вживати марихуану вільно і сама нести відповідальність за можливі ризики від вживання для свого здоров'я. Відтак передбачені санкції не підкріплені жодним громадським інтересом.

Відповідач, Парламент Грузії, заперечував доводи скаржників на тій підставі, що це положення Кодексу переслідує легітимну мету, котра полягає у захисті добробуту кожної окремої особи та суспільства загалом, а також є гарантією громадського порядку. На додачу до цього Парламент доводив, що вживання марихуани є шкідливим для здоров'я людини, а отже, покарання за її вживання зумовлене необхідністю забезпечити захист громадськості, передусім неповнолітніх.

Конституційний Суд Грузії наголосив на тому, що свобода вживання марихуани безпосередньо впливає з права людини на вільний розвиток її особистості, що закріплене в статті 16 Конституції Грузії. Аналізуючи правомірність обмеження цієї свободи в статті 45 Кодексу, Суд погодився, що та ґрунтується на законі й переслідує легітимну мету, оскільки спрямована проти розповсюдження марихуани, і може бути виправдана міркуваннями про добробут тих, хто її вживає, а також міркуваннями громадського порядку. Щодо добробуту тих, хто її вживає, Суд, посилаючись на висновки медичних експертів, постановив, що канабіс не викликає звикання чи залежності, що властиво і визначально для більшості наркотичних засобів, а шкода для організму, що спричинена вживанням, є незначною. Стосовно міркувань громадського порядку, то ризики, пов'язані з можливістю розповсюдження марихуани окремими особами, які її вживають, є нікчемними.

На цих підставах Конституційний Суд Грузії визнав такою, що суперечить статті 16 Конституції Грузії (неконституційною), статтю 45 Кодексу про адміністративні правопорушення Грузії.

Таким чином, у пропонованому рішенні ми бачимо заперечення того, що зберігання канабісу у невеликій кількості без мети збуту носить суспільно небезпечний характер. Звичайно, що зберігання значної кількості канабісу, навпаки, може становити суспільну небезпеку з огляду на те, що може бути відчужена дітям та іншим суб'єктам, для яких вживання канабісу може мати непередбачувані та шкідливі наслідки (сюди ж можуть належати хворі на шизофренію та інші розлади психіки з царини психіатрії).

Пропоноване дослідження свідчить на користь того, що в національній наркополітиці України, хоч і намітилися певні зрушення у бік відмови від «війни проти канабісу» як стратегії, що спрямована, як проти споживачів, так і проти торговців цією речовиною, однак очікуваних змін досі не відбулося через брак політичної волі та, вочевидь, небажання представників політичних еліт нести електоральні ризики з огляду на те, що значна частина населення України розглядає канабіс як особливо небезпечний наркотик, що може спричинити полінаркоманію та викликати потяг до руйнівних речовин.

Разом з тим зарубіжний досвід свідчить на користь того положення, що легалізація не тільки медичної, але рекреаційної марихуани не спричиняє поширення важкої наркоманії, а навпаки – за умови імплементації науково обґрунтованої програми з обігу наркотичних речовин – може зумовити падіння рівня важкої наркоманії, що було продемонстровано на досвіді Португалії та деяких інших країн Європи.

Використані джерела

1. Fisher Gary L. Rethinking Our War on Drugs: Candid Talk about Controversial Issues. Praeger, 2006.
2. Assassin of youth: a kaleidoscopic history of Harry J. Anslinger's war on drugs. University of Chicago Press, Year: 2016.
3. Vote On the Scheduling Recommendations of the World Health Organization Regarding 'Cannabis and Cannabis-Related Substances' for 'Medical and Scientific Purposes. URL: <https://kenzi.zemou.li/cndmonitor/>
4. Regarding the legalization of cannabis for medical purposes.
URL: <https://www.president.gov.ua/news/shodo-pitannya-pro-legalizaciyu-kanabisu-z-medichnoyu-metoyu-64637>
5. Richard J. Bonnie & Charles H. Whitebread, II: Passage of the Uniform Narcotic Drug Act. Druglibrary, 2011.
6. Gray James/ Why Our Drug Laws Have Failed and What We Can Do About It: A Judicial Indictment of the War on Drugs. Temple University Press, 2011.
7. United States v. Oakland Cannabis Buyers' Cooperative. URL: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/532/483/>
8. Kravchenko S., R. Babanly. Criminal justice: what court statistics say.
URL: <https://supreme.court.gov.ua/supreme/pres-centr/zmi/919688/>
9. Report on the drug and alcohol situation in Ukraine for 2021 (according to 2020 data).
URL: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/14398/dani-zvitu-2021-2020-rik-national-report-ukraine-original.pdf>

СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА НА ПРИКЛАДІ ІТАЛІЇ

Булеца Сібілла Богданівна,

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

В Україні страхування професійної відповідальності згідно із Закону України «Про страхування» [1] передбачено проводити в обов'язковій формі, але тільки за переліком професій, визначених Кабінетом Міністрів України, до переліку яких не входить медичний працівник, тобто страхування може проводитися у добровільній формі. Особливість страхування професійної відповідальності полягає у тому, що страховик зобов'язується згідно з договором страхування виплатити страхувальнику компенсацію за позовом третьої сторони за шкоду, заподіяну їй страхувальником через недбалість або помилку при виконанні ним своїх професійних обов'язків.

Страхування професійної відповідальності медичного працівника – це один з найбільш надійних методів захисту майнових інтересів страхувальника і надійний спосіб мінімізації витрат на відшкодування збитків третім особам. Цей вид страхування забезпечує виплату відшкодування за шкоду, нанесену третім особам, яку страхувальник зобов'язаний відшкодувати згідно із законом внаслідок його необережних дій чи допущених помилок. В Україні потрібно ввести обов'язкове страхування відповідальності медичного працівника.

Для більш чіткого розуміння необхідності введення обов'язкового страхування відповідальності медичного працівника звернемося до законодавства Італії. Наприклад, Закон Італії №24 від 8 березня 2017 року про безпеку лікування та безпеки пацієнтів [2], («Law Gelli-Bianco»), а також про професійну відповідальність медичних працівників, який набув чинності з 1 квітня 2017 року, запровадив кілька суттєвих змін щодо страхового покриття за медичну недбалість, відповідальності застрахованих осіб, судового розгляду, суброгації та створення гарантійного фонду від медичної недбалості. Ці зміни стосуються окремих медичних працівників та організацій охорони здоров'я чи соціального забезпечення в державному та приватному секторах.

Конкретні цілі прийнятого закону такі:

- 1) моніторинг випадків лікарської помилки та розроблення профілактичних заходів;
- 2) зменшення тягаря індивідуального лікаря-практика, який перекладає фінансові ризики позовів на заклади охорони здоров'я;
- 3) зменшення так званої «захисної медицини», ставлення лікарів до відходу від звичайної медичної практики як гарантії від судових процесів, тобто шляхом виконання/невиконання лікування або проведення непотрібних тестів для пацієнтів, більше піклуючись про те, щоб уникнути судових процесів через недбалість, замість того, щоб забезпечити краще лікування. Практика, яка передбачає як потенційні ризики для здоров'я пацієнтів, так і значне збільшення витрат на охорону здоров'я;
- 4) зменшення кількості судових процесів, термінів та витрат на них.

Слід зазначити, що індивідуальні медичні працівники та організації охорони здоров'я чи соціального забезпечення зобов'язані придбати страхування відповідальності перед третіми особами за правопорушення та договірну відповідальність.

Зазначу, що організації охорони здоров'я або соціального забезпечення Італії повинні відповісти на інформаційні запити протягом семи днів, вони повинні публікувати на своєму вебсайті дані про компенсацію, виплачену протягом попередніх п'яти років, деталі про свого страховика та поліс страхування від медичної помилки, включно з деталями покриття. Також повинні повідомити окремого медичного працівника, якого стосується судовий позов, у письмовій формі протягом десяти днів з моменту отримання позову про початок переговорів про позасудове врегулювання та запросити його взяти участь. Якщо повідомлення не буде надано вчасно, страховик втрачає право суброгації проти окремого медичного працівника. Створений гарантійний фонд Lloyd's для виплати компенсацій за претензії через медичну недбалість, фінансується за рахунок внесків страховиків, які мають право на страхування від медичної помилки.

Мабуть, найкращим інструментом для врегулювання суперечок між лікарем та пацієнтом є медіація, яка обов'язково використовується в Італії. Наприклад, після початку судового процесу обидві сторони повинні брати участь у досудовій медіації. За неучасть передбачені штрафи. У медіації беруть участь медичні експерти, яких використовують суди та під час досудової медіації, вони відбираються з національних реєстрів таких експертів. Вважаю, що цю процедуру у сфері медичної діяльності обов'язково потрібно також ввести і в Україні.

Життєздатність закладів охорони здоров'я як державних, так і приватних, є договірною згідно зі статтею 1218 Цивільного кодексу Італії [3], так само як і відповідальність медиків, що діють у приватній практиці з прямими договірними відносинами з пацієнтом. Відповідальність за договорами означає, що тягар доведення покладено на медичний заклад. Зокрема, позивач повинен надати докази пошкодження/погіршення стану його здоров'я під час лікування та стверджувати про порушення договірних зобов'язань. Потім відповідач має надати докази того, що професійна дія була виконана належним чином і що ці погіршення результатів були спричинені непередбачуваною подією, якої неможливо уникнути за умови звичайної професійної обережності. Строк позовної давності в цих випадках 10 років. Відповідно до статті 2043 Цивільного кодексу Італії [4] відповідальність лікарів, працівників і всіх осіб, які надають медичні послуги в закладах охорони здоров'я, є виключно деліктною. Тягар доведення несе пацієнт. Позивач повинен надати докази щодо всіх вимог для встановлення відповідальності за делікти, включаючи вину лікаря та причинно-наслідковий зв'язок між збитками й неправомірною поведінкою, без застосування будь-якої презумпції. Термін позовної давності щодо деліктів становить 5 років.

Слід зазначити, що стаття 10 Закону Італії №. 24/2017 передбачає, що мінімальні вимоги до обов'язкового страхування мають бути визначені наказом Міністерства економічного розвитку, виданим після консультацій з іншими зацікавленими сторонами. Через п'ять років після прийняття Закону №24/2017, тобто у 2022 році, нарешті досягнуто згоди щодо змісту указу. Проєкт наразі доступний до набуття чинності [5]. Згідно у указом страховики повинні будуть оформити страхові поліси, що відповідають новим вимогам, протягом 24 місяців з моменту набрання ним чинності. Указ має на меті врегулювати: (а) мінімальні вимоги до покриття страхових полісів, що охоплюють державні та приватні медичні та соціальні заклади охорони здоров'я і відповідальність медичних працівників, передбачені в статті 10, параграфах 1, 2 і 3 Закону Gelli;

(b) мінімальні вимоги та загальні робочі умови заходів щодо прямого, повного або часткового прийняття на себе ризику закладом охорони здоров'я; (c) правила щодо передання ризику у випадку контрактного поглинання страхової компанії; (d) положення, які вимагають від закладів охорони здоров'я створення у фінансовій звітності спеціального фонду ризику та резервного фонду для виплат сум позовів.

Обов'язкове страхування в Італії охоплює, зокрема:

- 1) договірну відповідальність постачальників медичних послуг за шкоду, заподіяну третім особам їхнім персоналом;
- 2) позадоговірну відповідальність постачальників медичних послуг за шкоду, заподіяну фахівцями, навіть якщо вони не є працівниками;
- 3) договірну відповідальність медичних працівників.

Залежно від класу ризику ліміти полісу становитимуть принаймні від 1 до 5 мільйонів євро на претензію. Потерпіла сторона матиме право подати прямий позов проти страховика, який відповідно до конкретних положень полісу, затверджених у письмовій формі страхувальником, може заявляти захист щодо покриття лише на основі таких питань:

- 1) претензії, пов'язані з діяльністю, що не входить до сфери покриття;
- 2) події, що відбулися поза періодом полісу;
- 3) самострахування утримання та франшиза;
- 4) несплата страхових внесків страхувальником.

В Італії страхове покриття надається у формі пред'явлених претензій зі зворотним періодом у десять років і розширеним періодом звітності в десять років у разі припинення професійної діяльності застрахованим протягом періоду дії полісу.

Страхові поліси гарантують покриття державних і приватних закладів охорони здоров'я та соціальних закладів охорони здоров'я у випадках договірної відповідальності згідно зі статтями 1218 і 1228 Цивільного кодексу Італії, що походить від матеріальної та нематеріальної шкоди, заподіяної навмисно або з грубої недбалості відносно третіх осіб і співробітників з боку персоналу. Крім того, передбачається, що ці поліси забезпечують покриття позадоговірної відповідальності (згідно зі статтею 2043 Цивільного кодексу Італії) медичних працівників, навіть якщо такі спеціалісти вибираються пацієнтом самостійно і не працюють у закладі. Також дано визначення поняття «медичний працівник», а саме «професіонал, який на підставі кваліфікаційного звання здійснює діяльність з профілактики, діагностики, догляду, допомоги та реабілітації».

У разі солідарної відповідальності застрахованого страхування має покривати весь збиток, без шкоди праву страховика суброгувати право на відшкодування від сторін.

Закон також передбачає, що у разі «остаточного припинення трудової діяльності медичного працівника», у тому числі самозайнятих спеціалістів, передбачено період надзвичайної активності полісу щодо позовів, заявлених вперше протягом 10 років після припинення трудової діяльності та пов'язаних з подіями, що призводять до відповідальності, що відбулися протягом періоду дії полісу, включаючи період зворотної дії.

Також слід зазначити, що у випадку претензії страхувальник повинен повідомити страховиків протягом 30 днів з дати отримання претензії страхувальником або з дати, коли страхувальнику стало відомо про це. Страховики можуть відмовитися від договору лише у випадку неодноразової грубої недбалості з боку медичного працівника, яка підтверджується остаточним рішенням, що призводить до виплати компенсації за збитки. Однак, враховуючи час розгляду справ у цивільному суді, залишається сумнівним, чи можна ефективно застосовувати це положення до короткострокових страхових полісів.

Стаття 7 Закону Італії вводить особливе правило щодо заперечень, які можуть бути висунуті страховиком проти потерпілої сторони, і які можуть бути висунуті лише за умови прямого письмового схвалення страхувальника. Зокрема, заперечення стосуються: (а) шкідливих подій, що призводять до діяльності, на яку не поширюється поліс; (b) подій, що призвели до виникнення відповідальності, і претензій, про які було повідомлено після спливу 30 днів; (c) лімітів полісу з точки зору суми, таких як відповідні франшизи або утримання самострахування (SIR); (d) несплати премії.

Передбачаються також інші способи покриття цивільної відповідальності третіх осіб і роботодавців, які заклади охорони здоров'я можуть прийняти як альтернативну форму – повністю або частково – страхового покриття, наприклад, створення спеціального фонду ризиків і резервний фонд позовів (тобто пряме прийняття ризику) [6].

Наразі в Італії введено в дію лише таблиці для «незначних ушкоджень», ті, що становлять до 9 % постійного порушення працездатності, встановлюючи значення значно нижчі від тих, що надаються в таблицях, які зазвичай застосовуються судами. Обмежені/зменшені суми присуджених збитків спрямовані на обмеження зобов'язань Страховика та на передбачуваність їх розміру [7].

Питання медичних інцидентів викликає занепокоєння та показує тривожні дані для Італії. «Інциденти» визначаються як будь-який запит на компенсацію за збитки та/або будь-який судовий процес щодо цивільної відповідальності, про який повідомляє страхова компанія або яким керують фірми. Незодавній звіт Marsh 4 ідентифікував 20 947 повідомлень про випадки надання неякісної медичної допомоги в 42 державних закладах охорони здоров'я у період з 2004 по 2016 рік. Середня вартість одного інциденту становила понад 88 000 євро, що становить понад 900 мільйонів євро для системи охорони здоров'я Італії протягом аналізованого періоду [8, с. 36], тобто відбувається зловживання з боку пацієнтів зверненнями до страхувальників за відшкодуванням шкоди.

В Італії також є 2 види відповідальності: договірної та позадоговірної. Різниця між ними полягає в такому:

- 1) строк позовної давності для позову потерпілою стороною (10 років у разі порушення контракту, п'ять років – у разі позадоговірної відповідальності);
- 2) розбивка «тягаря доведення»;
- 3) у судових позовах проти закладу охорони здоров'я пацієнт демонструватиме лише взяття на себе лікарнею зобов'язання та її неспроможність;
- 4) дії проти лікаря (або закладу охорони здоров'я), однак він повинен довести не тільки об'єктивний елемент (здійснення діяння, шкоду та причинний зв'язок між першими двома), але й недбале, винне ставлення лікаря. Згодом, за результатами ліквідації збитків на користь пацієнта шляхом відшкодування, медичні заклади матимуть право вимагати від лікаря компенсацію, якщо в суді буде доведено, що він діяв з умислом або грубою необережністю [9].

Мета реформи в Італії полягає в тому, щоб перенести вимоги на лікарню та зменшити участь лікарів у судових процесах. Обмеження для кожного позову коливаються від мінімум 1 до максимум 4 мільйонів євро.

Таким чином, в Італії процедура притягнення до відповідальності медичного працівника досить чітко врегульована завдяки існуванню обов'язкового страхування відповідальності лікаря.

Враховуючи, що в Україні при заподіянні шкоди медичним працівником звертаємося до частини 1 статті 1172 ЦК України [10], де зазначено, що юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Проблеми виникають з доказування вини медичного працівника.

Звичайно, необхідно довести склад правопорушення, однак вже давно відомо, що суди вирішують це питання на свій розсуд, а суми відшкодування матеріальної та особливо моральної шкоди як і раніше смішні, проте складно доводяться у царині причинно-наслідкового зв'язку.

Вважаємо, що досить суттєвою проблемою є те, що ні комерційні організації, ні державні чи комунальні підприємства не вважають за потрібне взагалі без суду пропонувати потерпілим компромісне рішення, бо впевнені в тому, що справа буде тривати довго і відшкодування в гіршому випадку буде незначне або взагалі не буде призначене. Проблемою також є те, що в більшості медичних справах свідками виступають медичні працівники, які були пов'язані трудовими відносинами із відповідачем, або навіть є товаришами з медичним працівником. Зокрема, відповідно до статті 1172 ЦК України медичний заклад здебільшого відповідає за матеріальну та моральну шкоду, яку заподіяв медичний працівник внаслідок невиконання своїх службових пацієнту. Таким чином, без впровадження страхування відповідальності медичного працівника ситуація в Україні не зміниться.

Використані джерела

1. Про страхування: Закон України від 18.11.2021 №1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text>
2. LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041).
URL: <https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2017/09/LEGGE-8-marzo-2017-n.-24.pdf>
3. Delle obbligazioni in generale. Codice civile, Libro IV, Titolo I.
URL: <https://www.altalex.com/documents/news/2015/01/08/delle-obbligazioni-in-generale>.
4. Dei fatti illeciti. Codice civile, Libro IV, Titolo IX. URL: <https://www.altalex.com/documents/news/2014/02/19/dei-fatti-illeciti>
5. Valentina Grande. Compulsory insurance for healthcare professionals and healthcare providers. Latest draft of Ministerial Decree on policy limits and minimum requirements. 2022.
URL: <https://www.dlapiper.com/it/italy/insights/publications/2022/02/compulsory-insurance-for-healthcare-professionals-and-healthcare-providers/>
6. Guido Foglia and Michele Zucca. Italy: Medical Malpractice Insurance: Draft Decree Setting Up The New Minimum Requirements For Insurance Policies Covering The Risks Connected To Health Care Activities 03 December 2019.
URL: <https://www.mondaq.com/italy/insurance-laws-and-products/858382/medical-malpractice-insurance-draft-decree-setting-up-the-new-minimum-requirements-for-insurance-policies-covering-the-risks-connected-to-health-care-activities>
7. Paola Voghera. Medical malpractice in Italy: an overall reform in civil and criminal liability. 2017.
URL: <https://www.scflex.it/en/medical-malpractice-in-italy-overall-reform-civil-criminal-liability-2199/>
8. Fidelia Cascini, Mariangela Contenti, Giada Scarpetti, Federico Gelli and Walter Ricciardi. Patient Safety And Medical Liability In Italy. Eurohealth. Vol.26. No.1. 2020. P. 34-37.
URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332484/Eurohealth-26-1-34-38-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Medical liability after the reform implemented by the Law «Gelli-Bianco».
URL: <https://www.studiolegalecoscia.it/en/compensation-for-damages-deriving-from-medical-or-professional-liability/la-responsabilita-medica-dopo-la-riforma-attuata-dalla-legge-gelli-bianco/>
10. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 №435-IV.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15/ru/ed20131011#Text>

ВІДСТОРОНЕННЯ НЕВАКЦИНОВИХ ПРАЦІВНИКІВ: ВИКЛЮЧНА ПРАВОВА ПРОБЛЕМА

Ванчак Мар'яна Львівна,

асистент кафедри медичного права ФПДО

Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

У листопаді 2019 року в м. Ухань (Китай) було зафіксовано перші випадки коронавірусу. У січні 2020 року випадки зараження коронавірусом було зафіксовано у Франції, Непалі, Таїланді, Південній Кореї, США, Японії, Індії, Фінляндії, Німеччині, Австралії, Шрі-Ланці. А вже у березні 2020 року виявлено перший випадок інфікування в Україні: захворів чоловік, який повернувся з Італії в Чернівецьку область. Так розпочав свій «похід» COVID-19 в Україні.

Початок пандемії респіраторної хвороби COVID-19, яка охопила Україну у 2020 році, не тільки змінила життя українців, але й принесла нові виклики не тільки для лікарів, вчених, державних службовців, але й для юристів. Таким викликом, пов'язаним з трудовими правами в умовах пандемії, стало відсторонення працівників від роботи за відмову вакцинуватися від коронавірусу.

Стаття 46 Кодексу законів про працю України визначає такі випадки відсторонення працівників від роботи власником або уповноваженим ним органом: поява на роботі в нетверезому стані, у стані наркотичного або токсичного сп'яніння; відмова або ухилення від обов'язкових медичних оглядів, навчання, інструктажу і перевірки знань з охорони праці та протипожежної охорони; інші випадки, передбачені законодавством [1].

Відсторонення працівника від роботи слід розуміти як один із передбачених законодавством випадків призупинення трудових правовідносин, яке полягає в тимчасовому увільненні працівника від обов'язку виконувати роботу за укладеним трудовим договором і тимчасовому увільненні роботодавця від обов'язку забезпечувати працівника роботою або створювати умови для її виконання.

Тимчасове увільнення працівника від виконання його трудових обов'язків у порядку відсторонення від роботи на умовах та з підстав, встановлених законодавством, по суті є не дисциплінарним стягненням, а особливим запобіжним заходом, який застосовується у виняткових випадках і має на меті запобігання негативним наслідкам [2].

До інших передбачених законодавством випадків відсторонення працівників від роботи власником або уповноваженим ним органом належить, зокрема, відмова або ухилення від профілактичних щеплень працівників професій, виробництв та організацій, для яких таке щеплення є обов'язковим.

Відповідно до статті 10 Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» громадяни України зобов'язані: а) піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян; б) у передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення [3].

Згідно зі статтею 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до календаря щеплень.

Працівники окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких може призвести до зараження цих працівників та (або) поширення ними інфекційних хвороб, підлягають обов'язковим профілактичним щепленням також проти інших відповідних інфекційних хвороб. У разі відмови або ухилення від обов'язкових профілактичних щеплень у порядку, встановленому законом, ці працівники відсторонюються від виконання зазначених видів робіт. Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням проти інших відповідних інфекційних хвороб, встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

У разі загрози виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях та об'єктах можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення проти цієї інфекційної хвороби за епідемічними показаннями.

Рішення про проведення обов'язкових профілактичних щеплень за епідемічними показаннями на відповідних територіях та об'єктах приймають головний державний санітарний лікар України, головний державний санітарний лікар Автономної Республіки Крим, головні державні санітарні лікарі областей, міст Києва і Севастополя, головні державні санітарні лікарі центральних органів виконавчої влади, що реалізують державну політику у сферах оборони і військового будівництва, охорони громадського порядку, виконання кримінальних покарань, захисту державного кордону, Служби безпеки України [4].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.10.2021 №2153 затверджено Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням (дію наказу зупинено до завершення воєнного стану в Україні згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я №380 від 25.02.2022).

Відповідно до вищевказаного наказу обов'язковим профілактичним щепленням проти гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, на період дії карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, підлягають працівники:

- 1) центральних органів виконавчої влади та їх територіальних органів;
- 2) місцевих державних адміністрацій та їх структурних підрозділів;
- 3) закладів вищої, післядипломної, фахової передвищої, професійної (професійно-технічної), загальної середньої, у тому числі спеціальних, дошкільної, позашкільної освіти, закладів спеціалізованої освіти та наукових установ незалежно від типу та форми власності;
- 4) підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління центральних органів виконавчої влади;
- 5) установ і закладів, що надають соціальні послуги, закладів соціального захисту для дітей, реабілітаційних закладів;
- 6) підприємств, установ та організацій, включених до Переліку об'єктів державної власності, що мають стратегічне значення для економіки і безпеки держави, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 04 березня 2015 року №83;
- 7) органів місцевого самоврядування;
- 8) закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності;
- 9) комунальних підприємств, установ та організацій [5].

Пунктом 41⁶ постанови Кабінету Міністрів України від 09 грудня 2020 року №1236 "Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2", керівникам державних органів (державної служби), керівникам підприємств, установ та організацій визначено забезпечити:

- 1) контроль за проведенням обов'язкових профілактичних щеплень проти COVID-19 працівниками та державними службовцями, обов'язковість профілактичних щеплень яких передбачена Переліком №2153;
- 2) відсторонення від роботи (виконання робіт) працівників і державних службовців, обов'язковість профілактичних щеплень проти COVID-19 яких визначена Переліком №2153 та які відмовляються або ухиляються від проведення таких обов'язкових профілактичних щеплень проти COVID-19, відповідно до статті 46 КЗпП України, частини другої статті 12 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб" та частини третьої статті 5 Закону України "Про державну службу", крім тих, які мають абсолютні протипоказання до проведення таких профілактичних щеплень проти COVID-19 та надали медичний висновок про наявність протипоказань до вакцинації проти COVID-19, виданий закладом охорони здоров'я; а також
- 3) взяти до відома, що на час такого відсторонення оплата праці працівників та державних службовців здійснюється з урахуванням частини першої статті 94 КЗпП України, частини першої статті 1 Закону України "Про оплату праці" та частини третьої статті 5 Закону України "Про державну службу"; відсторонення працівників і державних службовців здійснюється шляхом видання наказу або розпорядження керівника державного органу (державної служби) або підприємства, установи, організації з обов'язковим доведенням його до відома осіб, які відсторонюються; строк відсторонення встановлюється до усунення причин, що його зумовили [6].

Прийняття Кабінетом Міністрів України постанови "Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2" №1236 від 09.12.2020, спричинило хвилю відсторонень від роботи працівників, які відмовились або ухилились від проведення таких обов'язкових профілактичних щеплень проти COVID-19. Частина працівників, які вважали таке відсторонення від роботи незаконним, звернулися до суду за захистом своїх порушених прав.

Наприклад, рішенням Жмеринського міськрайонного суду Вінницької області від 24 січня 2022 року у справі №130/3548/21 позов ОСОБА_1 до акціонерного товариства «Укрзалізниця» в особі виробничого підрозділу Жмеринська дистанція колії регіональної філії «Південно-Західна залізниця» АТ «Українська залізниця» про визнання незаконним наказу про відсторонення від роботи та поновлення на посаді задоволено – скасовано наказ виробничого підрозділу «Жмеринська дистанція колії» №432/ОД від 10.12.2021 «Про відсторонення від роботи»; стягнуто з акціонерного товариства «Укрзалізниця» в особі виробничого підрозділу Жмеринської дистанції колії регіональної філії "Південно-Західна залізниця" АТ "Українська залізниця" на користь ОСОБА_1 середню заробітну плату за час вимушеного прогулу в розмірі 10612 (десять шістьсот дванадцять) гривень та на користь держави судовий збір у розмірі 908 (дев'ятсот вісім) гривень; допущено рішення суду в частині поновлення на роботі та стягнення середнього заробітку за час вимушеного прогулу за один місяць до негайного виконання [7].

Додатковим рішенням від 02 березня 2022 року у цій же справі поновлено ОСОБА_1 на роботі черговим по переїзду 4 розряду 3-го околадку виробничого підрозділу «Жмеринська дистанція колії» регіональної філії «Південно-Західна залізниця» акціонерного товариства «Українська залізниця» [8].

Ухвалюючи рішення від 24 січня 2022 року у справі №130/3548/21, суд керувався тим, що відповідно до вимог Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, які полягають в обов'язку держави утримуватися від втручання з метою поваги до прав людини, у разі ж якщо таке втручання відбувається, воно має бути на підставі закону, переслідувати легітимну мету та бути необхідним у демократичному суспільстві, і вважає, що запобігання зараженню вірусом не може розглядатись як легітимна мета за обставинами цієї справи, оскільки обмеження позивача в праві заробити собі на життя та на повагу до його приватного життя полягає у праві вибору не робити те, що не визнано обов'язковим для всіх жителів України за законом [7].

Не погоджуючись із рішенням суду першої інстанції, АТ «Укрзалізниця» подало апеляційну скаргу, в якій, посилаючись на невідповідність висновків суду, викладених у рішенні, обставинам справи, неправильне застосування норм матеріального права та порушення норм процесуального права, просить скасувати рішення суду першої інстанції та ухвалити нове про відмову в задоволенні позову.

Постановою Вінницького апеляційного суду від 04 травня 2022 року у справі №130/3548/21 апеляційну скаргу акціонерного товариства «Укрзалізниця» задоволено – рішення Жмеринського міськрайонного суду Вінницької області від 24 січня 2022 року скасовано та ухвалено нове; у задоволенні позовних вимог ОСОБА_1 до акціонерного товариства «Укрзалізниця» в особі виробничого підрозділу Жмеринська дистанція колії регіональної філії «Південно-Західна залізниця» акціонерного товариства «Українська залізниця» про визнання незаконним наказу про відсторонення від роботи та поновлення на посаді, стягнення середнього заробітку за час вимушеного прогулу відмовлено.

Скасовуючи рішення Жмеринського міськрайонного суду Вінницької області від 24 січня 2022 року у справі №130/3548/21, Вінницький апеляційний суд вказав, що індивідуальне право (інтерес) позивача відмовитися від щеплення при збереженні обсягу права на працю, у тому числі на заробітну плату, відпочинок та соціальний захист, протиставляється загальному праву (інтересу) суспільства, у тому числі співробітників та осіб, які користуються послугами залізниці, мають право на безпечне користування транспортом і відповідно до чинного законодавства не підлягають вакцинації.

Отже, відсторонення позивача від роботи було здійснено відповідно до норм чинного законодавства, тому вимоги позивача задоволенню не підлягають. Також суд у постанові від 04 травня 2022 року у справі №130/3548/21 зазначив, що частиною першою статті 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» закріплено, що суди застосовують при розгляді справ Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод та практику Суду як джерело права. Відповідно до рішення ЄСПЛ від 15 березня 2012 року у справі «Соломахін проти України» (заява №24429/03), у якому ЄСПЛ сформулював правовий висновок, що обов'язкове щеплення як примусовий медичний захід є втручанням у гарантоване пунктом 1 статті 8 Конвенції право на повагу до приватного життя особи, що включає фізичну та психологічну недоторканність особи. Порушення фізичної недоторканності заявника можна вважати виправданим для дотримання цілей охорони здоров'я населення та необхідності контролювати поширення інфекційного захворювання. У рішенні ЄСПЛ від 08 квітня 2021 року у справі «Вавржичка та інші проти Чеської Республіки» [GC] (заява №47621/13) ЄСПЛ зазначив, що обов'язковість щеплень є втручанням у право на повагу до приватного життя, яке гарантоване статтею 8 Конвенції. Разом з тим, щоб визначити, чи призвело таке втручання до порушення статті 8 Конвенції, суд повинен обґрунтувати доцільність і виправданість таких дій відповідно до абзацу другого цієї статті, тобто встановити: 1) чи є втручання виправданим відповідно до закону; 2) чи має воно на меті законні цілі; 3) чи були вони виправданими в демократичному суспільстві. У постанові від 17 квітня 2019 року у справі №682/1692/17 Верховний Суд дійшов висновку, що вимога про обов'язкову вакцинацію населення проти особливо небезпечних хвороб з огляду на потребу охорони громадського здоров'я, а також здоров'я заінтересованих осіб є виправданою. Тобто в цьому питанні принцип важливості суспільних інтересів превалює над особистими правами, однак лише тоді, коли таке втручання має об'єктивні підстави, тобто є виправданим [9].

У квітні 2022 року позивач у справі №130/3548/21 подала до Верховного Суду касаційну скаргу, в якій з урахуванням доповнень до касаційної скарги просила скасувати постанову Вінницького апеляційного суду від 04 травня 2022 року, залишити в силі рішення Жмеринського міськрайонного суду Вінницької області від 24 січня 2022 року та додаткове рішення Жмеринського міськрайонного суду Вінницької області від 02 березня 2022 року.

Верховний Суд у складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду ухвалою від 03 серпня 2022 року у справі №130/3548/21 передав справу на розгляд Великої Палати Верховного Суду.

На обґрунтування необхідності передання справи на розгляд Великої Палати Верховного Суду суд вказує на виключність правової проблеми, про яку можуть свідчити такі обставини: з касаційної скарги вбачається, що існування низки рішень судів першої та апеляційної інстанцій в аналогічних справах, які містять прямо протилежні висновки при застосуванні одних і тих же норм права; неоднаковий підхід до застосування норм статті 46 КЗпП України, пункту 5 частини першої статті 7 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та статті 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», при перегляді справ про відсторонення працівників від роботи з підстав їх відмови або ухилення від обов'язкових профілактичних щеплень проти гострої респіраторної хвороби COVID-19; відсутність висновків Верховного Суду щодо питання застосування норм права у подібних правовідносинах. Національне законодавство з питань відсторонення від роботи у зв'язку з ухиленням від профілактичних щеплень і запроваджене підзаконними актами регулювання відсторонення від роботи працівників, які відмовляються або ухиляються від проведення обов'язкових профілактичних щеплень проти COVID-19, нечітко та взаємосуперечливе [10].

Ухвалою від 07 вересня 2022 року у справі №130/3548/21 Велика Палата Верховного Суду прийняла до розгляду справу за позовом ОСОБА_1 до акціонерного товариства «Укрзалізниця» про скасування наказу про відсторонення від роботи, поновлення на посаді та стягнення заробітної плати, за касаційною скаргою ОСОБА_1 на постанову Вінницького апеляційного суду від 04 травня 2022 року та призначала справу до розгляду в порядку спрощеного позовного провадження без повідомлення учасників справи [11].

Враховуючи вищевикладене, можна дійти висновку, що прийняття постанови Великою Палатою Верховного Суду у справі №130/3548/21 вирішить виключну правову проблему, яка виникла у зв'язку з неоднаковим підходом до застосування норм статті 46 КЗпП України, пункту 5 частини першої статті 7 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та статті 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», при розгляді судами справ про відсторонення працівників від роботи з підстав їх відмови або ухилення від обов'язкових профілактичних щеплень проти гострої респіраторної хвороби COVID-19.

Використані джерела

1. Кодекс законів про працю України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>
2. Лист Верховного Суду від 24.12.2021 №3223/0/208-21 [Щодо відсторонення від роботи працівника у зв'язку з відсутністю щеплення від COVID-19].
URL: https://ips.ligazakon.net/document/VSS00800?utm_source=buh.ligazakon.net&utm_medium=news&utm_content=cons12&gl=1*kfg0nf*_ga*MTgyNTA2MDUyMy4xNjI5NTM1Mzkz*_ga_DTFQWX6QG5*MTY2ODYyNTM2Mi4zLjAuMTY2ODYyNTM2Mi4wLjAuMA.&_ga=2.176071202.1064396773.1668625378-1825060523.1629535393
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
4. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб».
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням» від 04.10.2021 №2153
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1306-21#Text>
6. Постанова Кабінету Міністрів України «Про встановлення карантину та запровадження обмежувальних протиепідемічних заходів з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 09.12.2020 №1236.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1236-2020-%D0%BF#Text>
7. Рішення Жмеринського міськрайонного суду Вінницької області від 24.01.2022 у справі №130/3548/21.
URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/102976346>
8. Додаткове рішення Жмеринського міськрайонного суду Вінницької області від 02.03.2022.
URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/103597593>
9. Постанова Вінницького апеляційного суду від 04.05.2022 у справі №130/3548/21.
URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/104200925>
10. Ухвала Верховного Суду від 03.08.2022 у справі №130/3548/21.
URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/106017654>
11. Ухвала Великої Палати Верховного Суду від 07.09.2022 у справі №130/3548/21.
URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/106426768>

ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ В УМОВАХ УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

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

Охорона здоров'я визнається пріоритетним напрямом державної діяльності. Згідно зі статтею 3 Конституції України найвищою соціальною цінністю в Україні визнаються "людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека". Одним з основних питань наукового дослідження в рамках медичного права є нормативно-правове забезпечення прав людини у сфері медичної діяльності [1, с. 52].

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

Метою статті є розгляд питань забезпечення прав людини в умовах удосконалення законодавства про охорону здоров'я.

Питання забезпечення прав і інтересів людини у сфері охорони здоров'я є важливим об'єктом дослідження юриспруденції та медицини. Вирішенню окремих аспектів регулювання суспільних відносин сприяють наукові досягнення філософії, психології, логіки, етики, соціології, історії та інших. Серед досліджень питань нормативного врегулювання прав людини в медичній сфері необхідно зазначити праці вітчизняних науковців (Сенюта І. Я., Стеценко С. Г., Терешко Х. Я., Третьяков В. М., Шумракова-Карагодіна Л. П. та інші).

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з цілої низки нормативно-правових актів. Регулювання питань реалізації прав людини у сфері охорони здоров'я забезпечується нормами різних галузей права (конституційного, цивільного, сімейного, трудового, адміністративного, кримінального, екологічного тощо). Належне функціонування сфери охорони здоров'я залежить від низки умов (юридичних, економічних, соціальних, психологічних, наукових, технічних, екологічних тощо).

Конституція України захищає право людини на охорону здоров'я і медичну допомогу (стаття 49), реалізація якого пов'язана з дотриманням прав на: життя (стаття 27); повагу до гідності (стаття 28); особисту недоторканість (стаття 29); працю (стаття 43); відпочинок (стаття 45); соціальний захист (стаття 46); житло (стаття 47); достатній життєвий рівень (стаття 48); безпечне довкілля (стаття 50) тощо. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають засади охорони здоров'я і регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення розвитку фізичних і духовних сил, працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення шкідливих факторів, попередження і зниження захворюваності, поліпшення спадковості. Окремі питання щодо охорони здоров'я регулюються Цивільним кодексом України, Сімейним кодексом України, Кодексом законів про працю України, Кримінальним кодексом України, законами України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", "Про екстрену медичну допомогу", "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", "Про психіатричну допомогу", "Про лікарські засоби" тощо.

Основи законодавства України про охорону здоров'я зберігають чинність (з відповідними змінами) протягом тридцяти років і довели своє значення як важливий регулятор відносин у цій сфері. Разом з тим зміни в різних сферах суспільного життя актуалізують питання вдосконалення законодавства з охорони здоров'я.

У 1996 році було прийнято Конституцію України, яка зафіксувала нові принципи реалізації прав людини. Згодом набули чинності законодавчі акти, що містять норми із забезпечення прав громадян у сфері охорони здоров'я (Цивільний кодекс України, Сімейний кодекс України, Кримінальний кодекс України тощо).

Досягнення науково-технічного прогресу створюють нові можливості для впровадження сучасних технологій у медичній сфері. Інформаційний розвиток сприяє вдосконаленню засобів обробки медичної інформації, впровадженню дистанційних засобів у медичній діяльності, нових методів діагностики і лікування тощо.

На стан забезпечення медичних прав людини впливають також негативні явища і події (пандемія коронавірусної інфекції, обставини воєнного становища, економічні кризи тощо).

Питання про необхідність якісного вдосконалення законодавства про охорону здоров'я для його адаптації до реалій сьогодення обговорюється протягом тривалого часу.

На необхідності систематизації законодавства з охорони здоров'я і прийняття Медичного кодексу України фахівці наголошують протягом багатьох років [2, с. 5].

Відповідно до "Основних засад розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007 – 2015 роки" (затверджені Законом України від 9 січня 2007 року) було визначено, що впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій у сферу охорони здоров'я потребує "розширення можливостей надання сучасних медичних послуг, яке має відбуватися за умови нормативно-правового та методологічного визначення послуг телемедицини".

У процесі вдосконалення норм медичного законодавства потребує детальної розробки механізм забезпечення реалізації норм про захист прав людини у сфері охорони здоров'я.

Основи законодавства України про охорону здоров'я зазначають питання з регулювання прав людини на охорону здоров'я і медичну допомогу: права громадян у сфері охорони здоров'я; забезпечення здорових і безпечних умов життя; медична допомога; забезпечення лікарськими і протезними засобами; охорона здоров'я матері і дитини; медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку; медична експертиза; відповідальність за порушення законодавства про охорону здоров'я тощо.

При дослідженні законодавства з охорони здоров'я доцільно визначити проблемні аспекти врегулювання практичного здійснення прав людини у цій сфері.

Привертає увагу питання щодо реалізації норми про надання безоплатної медичної допомоги. За частиною 3 статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно". Законом "медична допомога" визначена як "діяльність..., спрямована на профілактику, діагностику та лікування..." (частина 1 статті 2 Основ законодавства України про охорону здоров'я). "Лікування" як частина процесу надання "медичної допомоги" може потребувати застосування лікарських засобів. При цьому частиною 3 статті 54 Основ законодавства України про охорону здоров'я зазначено про "перелік лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закуповуються за кошти державного бюджету для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я". Тобто безкоштовне отримання пацієнтом лікарських засобів можливе лише відповідно до "переліку" з обмеженням складом. Виникає питання щодо забезпечення права на безоплатну медичну допомогу пацієнтів, для лікування яких необхідні ліки, що не зазначені в цьому переліку.

Відповідно до рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 №10-рп/2002 встановлено, що положення частини третьої статті 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно" треба розуміти так, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Цікавим є регулювання питання щодо забезпечення життєвого рівня населення для підтримання його здоров'я. Згідно з частиною 1 статті 25 Основ законодавства України про охорону здоров'я "держава забезпечує життєвий рівень населення, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання його здоров'я". Частина 2 цієї статті визначає, що "з цією метою... встановлюються єдині мінімальні норми заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, організується натуральне, в тому числі безплатне, забезпечення найбільш вразливих верств населення продуктами харчування, одягом, ліками та іншими предметами першої необхідності, здійснюється комплекс заходів щодо задоволення життєвих потреб біженців, безпритульних та інших осіб, які не мають певного місця проживання, безплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їх життя і здоров'я". Порівняння змісту двох частин статті 25 Основ законодавства України про охорону здоров'я показує, що перераховані у частині 2 статті 25 засоби не можна вважати достатніми для досягнення мети, визначеної частиною першою цієї ж статті. Так, у частині 1 вживаються поняття "населення" і "життєвий рівень" в цілому. У частині 2 зазначено лише про окремі категорії громадян і життєві обставини, щодо яких застосовується така норма. Не визначено, у чому саме полягає "забезпечення життєвого рівня" для решти громадян.

Нові питання щодо забезпечення медичних прав громадян формує впровадження досягнень науково-технічного прогресу в сфері охорони здоров'я. Стаття 24-2 Основ законодавства України про охорону здоров'я передбачає функціонування "електронної системи здоров'я". Реалізація права на таємницю про стан здоров'я (статті 39-1, 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я) за умов розміщення медичної інформації в інформаційно-комунікаційних системах вимагає попередньої розробки і впровадження ефективних засобів з інформаційної безпеки.

Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини (стаття 35-6 Основ законодавства України про охорону здоров'я) потребує наявності певних умов (технічні засоби, доступ до мережі Інтернет та інформаційних ресурсів, комп'ютерна і інформаційна грамотність тощо).

В Основах законодавства про охорону здоров'я недостатньо визначені норми із забезпечення захисту прав громадян в сфері охорони здоров'я. Таке важливе питання потребує більш детального регулювання саме в цьому нормативному акті.

Розділ III Основ законодавства України про охорону здоров'я було доповнено статтею 24-1 "захист прав пацієнтів" (згідно із Законом №3611-VI від 07.07.2011), де зазначено лише, що "правові, економічні, організаційні основи захисту прав та законних інтересів пацієнтів визначаються законом".

Законодавством недостатньо визначені поняття належної поведінки медичного працівника (етика, деонтологія, присяга медичного працівника, юридичні наслідки у випадку порушення етичних правил). Стаття 76 Основ законодавства України про охорону здоров'я згадує про "присягу лікаря", яку мають приносити "випускники медичних спеціальностей вищих медичних навчальних закладів". Виникає питання про правила етичної поведінки щодо осіб, які мають відношення до сфери охорони здоров'я і одночасно залишаються поза межами визначення понять "лікар" і "випускник медичних спеціальностей вищих медичних закладів". Крім того, від дотримання правил належної етичної поведінки особи, що здійснює медичне втручання, може залежати здоров'я пацієнта.

Розділ XII Основ законодавства України про охорону здоров'я ("відповідальність за порушення законодавства про охорону здоров'я") містить одну статтю 80 зі змістом: "Особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством". При цьому не зазначено про можливість відповідальності за нормами трудового законодавства (дисциплінарної і матеріальної). Відповідальність є важливим фактором забезпечення прав людини з охорони здоров'я. Тому доцільним є вдосконалення цього питання.

Звертає увагу впорядкованість побудови структури і змісту Основ законодавства про охорону здоров'я в їх сучасному вигляді. Протягом тридцяти років чисельні зміни вносилися до нормативного акта з визначеною структурою, що була актуальною на час його прийняття.

Окремі розділи значно відрізняються за обсягом і змістом. Великі за обсягом і змістом розділи (п'ятий: "медична допомога", сьомий: "охорона здоров'я матері і дитини", десятий: "медична і фармацевтична діяльність, реабілітаційна допомога") доцільно було б систематизувати відповідно до змісту відносин, що регулюються. Деякі розділи містять лише посилання на інші норми без належного визначення суті їх змісту (зокрема, розділи перший, одинадцятий, дванадцятий).

Через відсутність єдиного систематизованого нормативно-правового акта з охорони здоров'я виникає необхідність зіставлення змісту норм різних законодавчих актів, що регулюють подібні відносини в медичній сфері. Такі питання, що є зрозумілими для сприйняття досвідченими фахівцями в галузі правознавства, можуть викликати певні труднощі тлумачення з боку медичних працівників і пацієнтів, що не мають освіти і досвіду в юридичній сфері. Крім того, швидке і правильне сприйняття норм і правил поведінки є надзвичайно важливим у сфері медичної діяльності, де будь-яка неточність є неприпустимою через ризик негативних наслідків для людини.

Особливого значення нормативне регулювання питань практичної реалізації медичних прав громадян набуває за складних умов сьогодення. Пандемія коронавірусної інфекції посилила питання всебічного захисту прав громадян (пацієнтів, медичних працівників та інших) при здійсненні профілактичних і лікувальних заходів. Воєнні обставини обмежують можливості реалізації прав людини і тягнуть погіршення стану умов існування окремих категорій громадян (життєвий рівень, праця, житло, соціальний захист тощо). У певних районах через вплив воєнного становища реалізації прав громадян у сфері охорони здоров'я може перешкоджати відсутність функціонуючих спеціалізованих медично-діагностичних закладів, лікарів відповідної спеціалізації, можливості здійснення діагностики, стаціонарного лікування, надання спеціалізованої медичної допомоги, умов для проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності тощо.

Протягом багатьох років впроваджуються певні зміни законодавства про охорону здоров'я. Прийнято низку законів з регулювання окремих відносин у цій сфері ("Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", "Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості" тощо). Реформа системи охорони здоров'я в Україні визначала необхідність забезпечення всім громадянам України рівного доступу до якісних медичних послуг (зокрема, право пацієнта на вибір лікаря).

Разом з тим залишається низка проблемних питань.

Вдосконалення законодавства має реально сприяти забезпеченню медичних прав громадян. Відповідно до недавніх змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я визначено поняття "спеціалізована медична допомога" (стаття 35-2) замість попередніх "спеціалізована (вторинна)" і "високоспеціалізована (третинна)" (колишні статті 35-2, 35-3) з одночасною зміною їх змісту. Звичайно, впорядкування понятійного апарату є доцільним. Проте лише перейменування складових медичної допомоги з частковим перенесенням їх змісту не вирішує питання якості її надання.

Законодавство з охорони здоров'я потребує реальних змін.

Для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я доцільно на нормативному рівні визначити: питання дотримання медичних прав громадян, що потребують дослідження і врегулювання; методи ефективної реалізації прав громадян з охорони здоров'я; конкретні обов'язки відповідальних осіб щодо реалізації прав громадян; дієві юридичні наслідки незабезпечення прав громадян з охорони здоров'я.

Особливої уваги вимагає належне врегулювання питань, які впливають на стан реалізації прав громадян у медичній сфері: обов'язки медичних працівників; норми медичної етики; питання навчання і підвищення кваліфікації медичних працівників; забезпечення і захист професійних прав медичних працівників; відповідальність медичних працівників і службовців за недотримання прав пацієнтів тощо.

У науковій думці обговорюється питання щодо напрямів розвитку законодавства про охорону здоров'я надалі. На сьогодні виникає необхідність формування нової моделі законодавчого регулювання відносин з охорони здоров'я з метою забезпечення реалізації прав людини в цій сфері. Актуалізується потреба в розробці науково обґрунтованої державної концепції з питань реалізації медичних прав громадян.

Пропонується здійснення систематизації законодавчих актів шляхом прийняття Медичного кодексу України з використанням належної структури (загальна й особлива частини, що мають містити норми з відповідних питань) [2, с. 8 – 10].

Аналіз питань забезпечення прав людини в умовах вдосконалення законодавства України про охорону здоров'я дозволяє зробити низку висновків. Через суспільні зміни посилюється необхідність вдосконалення медичного законодавства. Проблемні умови сучасного світу вимагають наукового дослідження питання захисту медичних прав громадян. У процесі реформування законодавства про охорону здоров'я пріоритетним завданням має бути забезпечення можливості практичної реалізації прав людини. Адаптація законодавства до реалій сьогодення потребує формування якісно нової моделі законодавства з охорони здоров'я.

Використані джерела

1. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України: підручник / За загальною редакцією д. ю. н., професора С. Г. Стеценка. - К.: Всеукраїнська асоціація видавців "Правова єдність", 2008. – 507 с.
2. Сенюта І. Я. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України // Науково-практичний загальномедичний журнал. Український медичний часопис. – 2006. – №5 – 6 (3/53). – С. 5 – 10.
3. Берн І., Езер Т., Коен Дж., Оверал Дж., Сенюта І. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник / За наук. ред. І. Сенюти. – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. – 552 с.
4. Дюжев Д. В. Проблема правового регулювання інформаційної безпеки у медичній сфері // Актуальні проблеми безпеки життєдіяльності людини в сучасному суспільстві: матеріали Всеукраїнської науково-теоретичної інтернет-конференції, м. Миколаїв, 24 листопада 2021 р. – Миколаїв: МНАУ, 2021. – С. 115 – 119.
5. Ковальова О. М., Сафаргаліна-Корнілова Н. А., Герасимчук Н. М. Деонтологія в медицині: підручник. – Харків, 2014. – 258 с.
6. Медичне право України: підручник / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. С. Б. Булеци; д-ра юрид. наук, доц. М. В. Менджул. – Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2021. – 720 с.
7. Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник / наук.ред. укр. версії І. Сенюта. – 5-те вид., доповнене. – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2015. – 989 с.
8. Сенюта І. Я. Медичне право і Медичний кодекс України: реалії та перспективи // Держава і право: збірник наукових праць. Вип. 23. – Київ, 2004. – С. 163 – 165.
9. Сенюта І. Я. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти // Медичне право України: правовий статус пацієнтів та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції, Львів, 17 – 18 квітня 2008 р. – Л.: 2008. – С. 277 – 283.

АДМІНІСТРАТИВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: РЕАЛІЇ ТА НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ

Ілюшик Олена Миколаївна,

*кандидат юридичних наук, доцент, доцент кафедри медичного права ФПДО
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького*

Право на медичну допомогу є однією з основних гарантій, що надаються державою кожній людині, що знаходиться на території України. У зв'язку з цим особливого значення набувають дослідження проблем забезпечення належного контролю та нагляду з боку держави в тих сферах адміністративно-правового регулювання, які безпосередньо пов'язані з благополуччям людини.

До такої сфери належить сфера охорони здоров'я. Належно врегульований адміністративно-правовими нормами державний контроль та нагляд у сфері охорони здоров'я дозволяє не лише підвищити якість медичної допомоги, а й оптимізувати межі втручання держави у діяльність фізичних осіб та організацій, які здійснюють медичну діяльність.

Слід наголосити, що державний контроль та нагляд у сфері охорони здоров'я об'єктивно передбачає втручання у лікувальну, адміністративно-господарську та організаційно-розпорядчу діяльність фізичних осіб та організацій, які здійснюють медичну діяльність, і тут важливо юридично точно окреслити його межі.

Прийнятий у 2007 році закон України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності», поза всяким сумнівом, заклав основу системи адміністративних правовідносин, що складаються у зв'язку із здійсненням органами виконавчої влади державного контролю та нагляду за діяльністю юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців, але подальший економічний розвиток, технологічні нововведення, зростання ролі інститутів громадянського суспільства все більше вимагають виведення адміністративно-правового регулювання контрольно-наглядової діяльності даних органів на якісно новий рівень; в тому числі у сфері державного контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я [1]. Як наслідок, масштабна реформа контрольної та наглядової діяльності, що розпочалася у 2017 році, нагально потребує глибокого теоретичного осмислення змін системи державного контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я, їх співвіднесення з доктринальними підходами до проблем адміністративно-правового регулювання відносин контролю та нагляду.

Державний контроль обов'язкових вимог, які пред'являються до якості медичної діяльності, виділений до здійснюваного уповноваженими органами виконавчої влади та організаціями, наділеними окремими державними контрольно-наглядовими повноваженнями, відокремлений від державного контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я громадян, спрямований на попередження, виявлення та виявлення припинення порушень обов'язкових вимог, які пред'являються якості медичної діяльності, відновлення порушених прав і законних інтересів громадян, у сфері охорони здоров'я. Як суб'єктів державного контролю обов'язкових вимог, які пред'являються якості медичної діяльності, розглядаються Державна служба України захисту прав споживачів як адміністративно-публічна організація, наділена окремими державними контрольно-наглядовими повноваженнями.

Обов'язкові вимоги, які пред'являються якості медичної діяльності, встановлюються законами і наказами центрального органу виконавчої влади. Законом делеговано повноваження встановлювати вимоги до якості медичної діяльності, що мають юридичну силу обов'язкових, у рамках внутрішнього контролю самим медичним організаціям.

Під обов'язковими вимогами до якості медичної діяльності пропонується розуміти адресовані юридичним особам та фізичними особами-підприємцями, які мають статус медичної організації, імперативні вимоги (заборони, обмеження, умови, обов'язки), закріплені з метою профілактики захворювань, збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я людини, надання йому медичної допомоги, але під загрозою адміністративно-правового примусу, в нормах законів та інших нормативних правових актах, що видаються органом виконавчої влади, що здійснює функції з вироблення та реалізації державної політики та нормативно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я (МОЗ) України).

У системі державного контролю обов'язкових вимог, що пред'являються до якості медичної діяльності, запропоновано висілити:

- обов'язкові вимоги (загальнообов'язкові умови, заборони, обмеження, обов'язки), встановлені нормативно-правовими актами з метою профілактики захворювань, збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я людини, надання йому медичної допомоги;

- вимоги, які офіційно не визнаються обов'язковими, але мають юридичну силу обов'язкових вимог, що пред'являються до якості медичної діяльності, якщо обов'язок дотримуватися таких вимог покладено на медичні організації, їх керівників, інших посадових осіб законом з метою профілактики захворювань, збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я людини, надання йому медичної допомоги.

З метою систематизації обов'язкових вимог, що висувуються до якості медичної діяльності, та зниження надмірного адміністративного примусу медичних організацій запропоновано: як основні джерела таких обов'язкових вимог розглядати закони та накази Міністерства охорони здоров'я України; підрозділити дані обов'язкові вимоги залежно від ступеня очікуваних наслідків їх порушення на дві категорії:

- обов'язкові вимоги до якості медичної допомоги, порушення яких тягне за собою безумовне притягнення медичної організації, її посадових осіб до адміністративної відповідальності;

- інші обов'язкові вимоги до якості медичної діяльності, порушення яких тягне за собою застосування до медичної організації адміністративно-примусових заходів щодо відновлення порушених прав та законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я без притягнення до адміністративної відповідальності.

Як джерело формально визначених обов'язкових вимог, які пред'являються якості медичної допомоги, пропонується визнати накази МОЗ України про затвердження порядків надання медичної допомоги, виділивши їх рекомендаційні норми – штатні нормативи медичних організацій.

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я, яке гарантується ст. 49 Конституції України. Зокрема зазначається, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [2]. Розділом II статтею 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» розкрито власне зміст прав громадян у сфері охорони здоров'я, що передбачає:

- а) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;
- б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де проживає;
- г) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- д) кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров'я;
- е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- є) участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;
- ж) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- з) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- ї) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- й) можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу у разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я порушуються права громадянина України на охорону здоров'я;
- к) право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду;
- л) інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги із застосуванням телемедицини і телереабілітації.

Законами України можуть бути визначені й інші права громадян у сфері охорони здоров'я [3].

Відповідно до статті 80 «Основа законодавства України про охорону здоров'я» особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством [3].

Адміністративна відповідальність - це різновид юридичної відповідальності, що полягає в застосуванні до осіб, які вчинили адміністративні проступки, особливих санкцій – адміністративних стягнень. Тобто, адміністративна відповідальність настає за правопорушення, передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення (далі – КУпАП)

Так, відповідно до статті 9 КУпАП адміністративним правопорушенням (проступком) визнається протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи бездіяльність, яка посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність.

Адміністративна відповідальність за правопорушення, передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення, настає, якщо ці порушення за своїм характером не тягнуть за собою відповідно до закону кримінальної відповідальності.

Законодавець в Главі 5 КпАП дає нам перелік правопорушень у галузі охорони здоров'я населення, до якого належать, зокрема:

- порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42);
- заготівля, переробка або збут радіоактивно забруднених продуктів харчування чи іншої продукції (ст. 42-2);
- виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини,
- забруднених мікроорганізмами та іншими біологічними агентами понад гранично допустимі рівні (ст. 42-3);
- порушення встановленого порядку реалізації (відпуску) лікарських засобів (ст. 42-4)
- незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44.)
- ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44-1)
- порушення обмежень, встановлених для медичних і фармацевтичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності (ст. 44-2)
- порушення правил щодо карантину людей (ст. 44-3.)
- ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45)
- порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1);
- умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46);
- порушення вимог режиму радіаційної безпеки в місцевостях, що зазнали радіоактивного забруднення (ст. 46-1);
- порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілительством) (ст. 46-2) [4].

Також, до адміністративних правопорушень у сфері охорони здоров'я відносяться й правопорушення, пов'язані з корупцією, визначені в Главі 13-А КУпАП.

Також, у сфері охорони здоров'я можуть вчинятися й інші адміністративні правопорушення, наприклад щодо якості виробництва медичних препаратів, які передбачені главою 13 КУпАП «Адміністративні правопорушення в галузі стандартизації, якості продукції, метрології та сертифікації»: випуск і реалізація продукції, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 167); випуск у продаж нестандартної продукції (ст. 168); виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил (ст. 168-1); передача замовнику або у виробництво документації, яка не відповідає вимогам стандартів (ст. 169); недодержання стандартів при транспортуванні, зберіганні і використанні продукції (ст. 170) та ін. Крім того, КУпАП містить такі адміністративні проступки, як: невиконання законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів (ст. 188-10 КУпАП); невиконання постанов, розпоряджень, приписів, висновків, а так само інших законних вимог посадових осіб органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби (ст. 188-11 КУпАП) [5].

Варто зауважити, перш за все, що в КУпАП мова йде про правопорушення в «галузі охорони здоров'я», а не в «сфері охорони здоров'я», як це зазначено в «Основах законодавства України про охорону здоров'я». Також, аналізуючи весь перелік прав громадян в сфері охорони здоров'я, наведений в «Основах законодавства України про охорону здоров'я», постає питання про відповідальність за порушення усіх цих прав, яка, на жаль, не передбачена Кодексом України про адміністративні правопорушення за декотрі з них.

Як слушно було зауважено в науковій праці Олександра Доценко [5], КУпАП має низку недоліків. Для їх усунення потрібно передусім виокремити главу в КУпАП під назвою «Адміністративні правопорушення в галузі охорони здоров'я населення», у якій передбачити норми, що встановлюють відповідальність за правопорушення, об'єктом посягання яких є суспільні відносини у сфері охорони здоров'я населення. Однак, доцільніше таку главу назвати «Адміністративні правопорушення в сфері охорони здоров'я», що відповідає сьгоднішнім вимогам законодавчих актів.

Також він пропонує доповнити главу новими нормами. Особливо важливими є норми, що встановлюють відповідальність за заняття медичною практикою, приватною фармацевтичною діяльністю поряд із народною медициною, що вже визначена в КУпАП, та за недостовірну рекламу медичних послуг. Доцільно, виділити норми, що встановлюватимуть відповідальність за ухилення від медичного обстеження і лікування осіб, що перебувають у контакті з ВІЛ-інфікованими, хворими на СНІД, туберкульоз, а також осіб, які вживають наркотичні речовини або психотропні речовини без призначення лікаря [5]. Хоча перелік таких доповнень не є вичерпним.

Варто також передбачити й адміністративне відповідальність за порушення обов'язкових вимог, що пред'являються якості медичної діяльності, доповнивши КУпАП статтею такого змісту: «Порушення обов'язкових вимог, які пред'являються якості медичної допомоги».

Порушення юридичною особою, її керівником, іншими посадовими особами, фізичними особами-підприємцями, які здійснюють медичну діяльність, обов'язкових вимог, які пред'являються до якості медичної допомоги та встановлюються центральним органом виконавчої влади, що здійснює функції з вироблення та реалізації державної політики та нормативно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я,

- тягне за собою попередження або накладення адміністративного штрафу на юридичних осіб, його керівника, інших посадових осіб, фізичних осіб-підприємців, які здійснюють медичну діяльність»

Сучасна ситуація розвитку охорони здоров'я в Україні, коли створена нормативно-правова база медичної діяльності, формується медичне право, свідчить про значущість адміністративного права та адміністративно-правової відповідальності як дієвого засобу регламентації всієї сфери медичної діяльності.

Особливістю функціонування вітчизняної охорони здоров'я протягом досить тривалого часу було управління, яке переважно здійснювалось через командно адміністративну систему. І звісно ж правові відносини між лікарями та пацієнтами нерідко обмежувались адміністративною відповідальністю медиків. Тому можна говорити про наявність певних історичних передумов адміністративно правового регулювання сфери охорони здоров'я.

Заходи адміністративного примусу, що застосовуються з метою забезпечення виконання обов'язкових вимог, які пред'являються до якості медичної діяльності, як уповноваженими органами виконавчої влади, так і уповноваженими адміністративно-громадськими організаціями.

Ці заходи досі не систематизовані і застосовуються як у порядку, регламентованому нормами КУпАП (застосовуються в рамках провадження у справах про адміністративні правопорушення), так і в рамках контрольно-наглядових заходів, передбачених спеціальним законодавством про державний контроль та нагляд за виконанням обов'язкових вимог, що висуваються до якості медичної діяльності. Державний контроль обов'язкових вимог, які пред'являються до якості медичної діяльності, виділений до здійснюваного уповноваженими органами виконавчої влади та організаціями, наділеними окремими державними контрольно-наглядовими повноваженнями, відокремлений вид державного контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я громадян, спрямований на попередження, виявлення та припинення порушень обов'язкових вимог, які пред'являються якості медичної діяльності, відновлення порушених правових і законних інтересів громадян, у сфері охорони здоров'я.

Слід зазначити, що суспільні відносини, котрі регулюються адміністративним правом, переважно є владними відносинами. Але разом з тим, останнім часом починає втілюватись у життя ідеологія «публічно-сервісної» основи українського адміністративного права, яка полягає у служінні держави та її інститутів людині. Такі зміни спостерігаються й в сфері охорони здоров'я. А це, в свою чергу, вимагає змін й в адміністративному законодавстві, зокрема з питань, що стосуються адміністративної відповідальності у сфері охорони здоров'я.

Використані джерела

1. Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності: Закон України від 05.04.2007 №877-V. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-16#Text>
2. Конституція України: Закон України, Конституція від 28.06.1996 №254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#top>
4. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Кодекс України; Закон, Кодекс від 07.12.1984 №8073-X. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text>
5. Доценко Олександр. Адміністративна відповідальність за правопорушення в галузі охорони здоров'я населення. Підприємництво, господарство і право. Адміністративне право і процес. №1. 2017. URL: <http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2017/1/25.pdf>

POST-MORTEM REPRODUCTION IN UKRAINIAN LEGISLATION AND THE WAR CHALLENGES WE GO THROUGH

Kashyntseva Oksana Y.

Ph.D. (Law), visiting scholar of Zurich University, in the framework of URPP Human Reproduction Reloaded H2R¹, sub-project 1 Normativity of Human Reproduction

The Draft Law of Ukraine "On Amendments to Certain Laws of Ukraine to Ensure the Rights of War Participants to Biological Post-Traumatic Paternity/Maternity" (further - Draft Law No 8011) was registered in the Parliament of Ukraine on September 8, 2022 [1]. The main goal of the Draft Law is to respond to the war challenges and employ the possibilities of modern medicine for the Ukrainian military.

Draft Law No 8011 establishes the state guarantees of the biological parenthood for male and female defenders (military and police) of Ukraine in case of injuries that affect their reproductive functions.

Undoubtedly, thousands of war victims are in their reproductive age and thousands of civilian deaths necessitate a review of society's attitude to post-mortem reproduction. Keeping in mind the definition of "reproductive health" given by the WHO as a state of complete physical, mental and social wellbeing, not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes [2], we should guarantee the access of our military to the assisted reproductive technologies.

Reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized on the level of national and international laws and international human rights documents. Reproductive rights rest on the recognition of the basic rights of all couples and individuals to decide freely and responsibly on the number and spacing of their children and to have access to the information, education and means to enable them to exercise these rights, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes the right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in the human rights documents [ibid.].

In Ukraine, the field of reproductive medicine is a well-developed area with high success rates. Therefore, Members of Parliaments initiated appropriate legislative changes for preservation of reproductive cells of the Ukrainian military under the state financial guarantees.

However, we should be ready to face ethical and legal challenges arising from the concept of cryopreservation of reproductive cells and post-mortem reproduction as its consequence.

The conclusions of the relevant committees can be found on the Ukrainian Parliament website [1] and the Committee on Medical and Pharmaceutical Law and Bioethics of the National Bar Association of Ukraine submitted an Analytical Report on the mentioned Draft [3]. The experts provided reasonable remarks to the Draft Law No 8011, most of them relating to legal and medical terminology and to general compliance with EU legislation. However, we are of the opinion that the consequences of Draft Law No 8011 should be considered much broader than it is proposed in the submitted text. A purely normative approach does not cover the whole palette of new social relations that this Law generates.

Projections or assessment of the consequences of the the Draft Law adoption require attention to the following key areas:

- compliance with the principle of the "best interest of the child" determined by the European Court of Human Rights (ECTHR);
- compliance with the principle of equal access to all kinds of assisted reproductive technologies of female and male military personal;
- rights of parents to post-mortem reproduction in compliance with different principle of parenthood: genetic links and social links [4].

Thence, it is necessary to define the place of post-mortem reproduction in the system of reproductive rights in Ukraine.

In accordance with the current Ukrainian legislation the right to reproduction is determined in the Civil Code of Ukraine [5], Family Code of Ukraine [6], the Law of Ukraine "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare" [7].

In particular, Article 48 of this Law stipulates that artificial conceiving and implantation of the embryo are conducted according to the conditions and in the order, established by the Ministry of Health of Ukraine for women that reached the age of majority having medical indications and with the written approval of the married couple under donor anonymity and medical secrecy.

¹ This work was supported by the University Research Priority Program "Human Reproduction Reloaded" of the University of Zurich

Draft Law No 8011 makes the following changes and amendments to the current Ukrainian legislation:

(I) Article 11 "The rights of servicemen" of the Law of Ukraine "On Social and Legal Protection of Servicemen and Members of Their Families" and Article 95 "Medical Insurance of Police officers" of the Law of Ukraine "On the National Police" were supplemented with the following paragraph:

"During a period of martial law or a state of emergency, during a special period provided for by the Law of Ukraine "On the Defence of Ukraine", as well as in the case of deployment to another country to participate in an international operation to maintain peace and security, servicemen have the right for a range of measures free of charge implemented by the state, in order to ensure their right to biological paternity (maternity) by taking, preserving and storing reproductive cells obtained from military personnel, in case of loss of reproductive functions due to injury, trauma or contusion. The list of the specified measures, the order of their implementation, financing, conditions and the order of registration of the participants shall be established by the Cabinet of Ministers of Ukraine".

(ii) Add the Law of Ukraine "On state financial guarantees of medical care population" by the paragraph which guarantees financing of cryopreservation of germ cells of servicemen and police officers at the expense of the State Budget.

Unfortunately, Draft Law No 8011 includes only the mentioned provisions and does not provide any regulations for the following sensitive issues:

- legal regulation of the usage of germ cells in post-mortem reproduction;
- legally enshrined possibility to have access to such treatment as in-vitro fertilization and carrying a child by a surrogate mother (gestational motherhood) for single women or men who lost their reproductive function under the circumstances defined by law;
- possibility to use the reproductive cells of one of the spouses in case of death of the other one;
- possibility to use the cryopreserved cells stored under the government funded programs for other couples in case of refuse of donors from such cells;
- determining the rules for access to cells banks in case of death of a person who provided them and whether they can be used for identification in case of death of such person;
- possibility to use the reproductive cells of the person who provided them within the framework of the state program by other close relatives of the deceased person.

When developing the legislation in the field of reproductive medicine to ensure the right to reproduction of military personnel who are the most vulnerable group in terms of mortality we should consider the ethical issues and legal regulations for post-mortem reproduction. Certain approach is determined by ECtHR.

We find it necessary to provide a brief comment on the last provision made above which reflects trends in reproductive rights development.

Petithory Lanzmann v. France [8] (12 November 2019, Committee decision on the admissibility). This case concerned the applicant's request to have her deceased son's sperm transferred to an establishment capable of arranging medically assisted reproduction. The petitioner is a French citizen and resident whose only son passed away on January 13, 2017, from cancer diagnosed in 2014. Shortly after being informed of his illness in 2014, the petitioner's son informed her of his wish to have children of his own, even in the event of his death. He had deposited sperm at a French sperm bank, and was considering options to deposit sperm abroad but was unable follow through on those options due to the progression of his illness. After her son passed away, Ms. Petithory Lanzmann requested that his sperm be transferred to an Israeli clinic so that she could fulfill his last wish. Her request was denied, a decision which she challenged in court. The administrative court of Paris rejected her petition, and she appealed to the Conseil d'Etat, France's supreme jurisdiction for issues of administrative law.

Further the ECHR observed that the applicant's complaint actually comprised two distinct parts. In the first part she claimed to be an indirect victim, on behalf of her late son, while in the second she claimed to be a direct victim since she had been deprived of the possibility of becoming a grandparent. The Court declared both parts of the application inadmissible, noting in particular that the right for an individual to decide how and when to become a parent was a non-transferable right and that Article 8 (right to respect for private and family life) of the Convention did not guarantee a right to become a grandparent [9].

Baret v. France (no. 22296/20) [10] Application communicated to the French Government on 11 January 2021. This application concerns the refusal of the administrative authorities to proceed with the transfer of the gametes of the applicant's deceased husband to Spain, a country which authorizes post-mortem insemination. The Court gave notice of the application to the French Government and put questions to the parties under Article 8 (right to respect for private and family life) of the Convention. This judgment will become final in the circumstances set out in Article 44 § 2 (final judgments) of the European Convention on Human Rights.

Caballero v. France (no. 37138/20) [11] Application communicated to the French Government on 11 January 2021. This application concerns the refusal of the administrative authorities to transfer the embryos of the couple formed by the applicant and her deceased husband to Spain, a country which authorizes post-mortem insemination.

The Court gave notice of the application to the French Government and put questions to the parties under Article 8 (right to respect for private and family life) of the Convention.

The guarantee of human cells cryopreservation without further regulation of post-mortem reproduction creates legal uncertainty and raises more questions without giving any legal or ethical answers.

The Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells determines the procedure for obtaining and storing cells of the human body.

As a matter of principle, tissue and cell application programmes should be founded on the philosophy of voluntary and unpaid donation, anonymity of both a donor and a recipient, altruism of a donor and solidarity between a donor and a recipient. Member States are urged to take steps to encourage a strong public and non-profit sector involvement in the provision of tissue and cell application services and the related research and development. Voluntary and unpaid tissue and cell donations are a factor which may contribute to high safety standards for tissues and cells and therefore to the protection of human health.

Moreover, in EU the legal regulation of human cells cryopreservation and usage is based on the respect of the fundamental rights and observes the principles reflected in the Charter of Fundamental Rights of the European Union [12] and considers as appropriate the Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine [13].

Neither the mentioned above Charter nor the Convention makes express provision for harmonization or prevents Member States from introducing more stringent or more liberal requirements in their legislation.

Thus, the ratification of the Convention on human rights and biomedicine has to be the first step towards the assurance of high standards in the reproduction medicine.

It is necessary to mention that under the Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and the free movement of such data applies to personal data processed in application of this Directive.

Article 8 of Directive 95/46/EC prohibits in principle the processing of data concerning health. Limited exemptions to this prohibition principle are given below. Directive 95/46/EC also provides for the controller to implement the appropriate technical and organizational measures to protect personal data against accidental or unlawful destruction or accidental loss, alteration, unauthorized disclosure or access and against all other unlawful forms of processing.

The Draft Law # 8011 does not define the procedure for restricting (inadmissibility) obtaining information from such cells without the permission of their owner.

Instead of the mentioned above, the Directive 95/46/EC in Article 14 "Data protection and confidentiality" determines the strict rules for the protection and confidentiality of human cells.

The Directive 95/46/EC stresses that member states shall take all necessary measures to ensure that all data, including genetic information, collated within the scope of this Directive and to which third parties have access, have been rendered anonymous so that both donors and recipients remain unidentifiable. For that purpose, they shall ensure that:

- (i) data security measures are in place, as well as safeguards against any unauthorized data additions, deletions or modifications to donor files or deferral records, and transfer of information;
- (ii) procedures are in place to resolve data discrepancies; and
- (iii) no unauthorized disclosure of information occurs, whilst guaranteeing the traceability of donations.

EU Member States should take all necessary measures to ensure that the identity of the recipient(s) is not disclosed to the donor or his family and vice versa, without prejudice to legislation in force in Member States on the conditions for disclosure, notably in the case of gametes donation.

Summarising the above and taking into consideration the prospective membership of Ukraine in EU and the war challenges we should refrain from short-sighted legislative initiatives and be consistent in implementing the highest standards of human rights. Obviously, the Draft Law No 8011 is timely, the broadest provision of rights in the field of reproductive medicine should be regulated, but the approaches should be comprehensive and should consider the rights and interests of all participants in the process of delayed conception and birth of a child.

References

1. Draft Law of Ukraine "On Amendments to Certain Laws of Ukraine to Ensure the Rights of War Participants to Biological Post-Traumatic Paternity/Maternity". URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=74878
2. International Conference on Population and Development (ICPD), Program of Action, UN Doc. A/CONF.171/13 1994, chap. 7.A.
3. Scientific-practical conclusion on the Draft Law of Ukraine "On Amendments to Certain Laws of Ukraine to Ensure the Rights of War Participants to Biological Post-Traumatic Paternity/Maternity". Committee on Medical and Pharmaceutical Law and Bioethics of the National Bar Association of Ukraine.
URL: <https://unba.org.ua/news/7605-naau-napravila-do-vru-naukovo-praktichnij-visnovok-do-proektu-zakonu-ukraini.html>
4. Practice of the ECHR in Reproductive Rights.
URL: https://www.echr.coe.int/documents/fs_reproductive_eng.pdf
5. Civil Code of Ukraine No. 435-IV, January 16, 2003
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (assessed June 5, 2022)
6. Family Code of Ukraine No. 2947-III, January 10, 2002
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text> (assessed June 5, 2022)
7. The Law of Ukraine "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare" No. 2801-XII, November 19, 1992
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (assessed June 5, 2022)
8. Petithory Lanzmann v. France. URL: <https://perma.cc/9LQP-BYQA>
9. France: European Court of Human Rights Upholds French Refusal to Transfer Deceased Man's Sperm Abroad for Medically Assisted Reproduction.
URL: <https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2020-01-31/france-european-court-of-human-rights-upholds-french-refusal-to-transfer-deceased-mans-sperm-abroad-for-medically-assisted-reproduction/>
10. Baret v. France. URL: https://www.echr.coe.int/documents/fs_reproductive_eng.pdf
11. Caballero v. France. URL:
<https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/pdf/CASE%20OF%20CABALLERO%20v.%20THE%20UNITED%20KINGDOM.pdf>
12. Charter of Fundamental Rights of the European Union URL:
https://www.citizensinformation.ie/en/government_in_ireland/european_government/eu_law/charter_of_fundamental_rights.html
13. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine. URL: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/oviedo-convention>

ІНФОРМАЦІЙНІ ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ: РЕВІЗІЯ ІСНУЮЧОЇ КОНЦЕПЦІЇ ОСНОВ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Квіт Наталія Михайлівна,

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

Тридцятирічна правозастосовна практика у сфері охорони здоров'я дає можливість провести ретроспективну оцінку норм базового Закону, яким є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) [1] на предмет його актуальності та ефективності в сучасних умовах, коли ми спостерігаємо активний розвиток і фундаментальне реформування системи охорони здоров'я та її законодавчого забезпечення. Євроінтеграційні та глобалізаційні процеси також потребують ревізії та вдосконалення правового регулювання медичної сфери, не кажучи вже про реалії, пов'язані з пандемічними та воєнними викликами, які суттєво впливають на всі сфери життя, у тому числі значним чином і на медицину та медичне право.

Для регулювання відносин пацієнта та медичного працівника на першому місці стоять їх взаємні права та обов'язки, закріплення яких у законодавстві є необхідною умовою забезпечення добробуту пацієнта з одного боку та безпеки, як і належних умов праці для медичного працівника з іншого. У переважній більшості випадків їхні відносини починаються з виконання інформаційних прав та обов'язків, про які йтиметься у цій статті.

Надання повної, доступної і достовірної інформації є інструментом для забезпечення прав людини у сфері медицини, адже перш ніж надавати будь-які послуги, лікар повинен отримати від пацієнта поінформовану згоду на це. А для того, щоб лікар міг надати якісну послугу, він має також отримати від пацієнта повну і правдиву інформацію про його скарги, недуги тощо. Але це далеко не весь спектр інформаційних прав та обов'язків, які виникають у медичній діяльності. Тож ми зупинимось лише на тих, правове регулювання яких потребує вдосконалення.

Серед невичерпного переліку прав, включених до складу права на охорону здоров'я, які містяться у статті 6 Основ, можна виділити такі інформаційні права:

- е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- є) участь в обговоренні проєктів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;
- л) інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги із застосуванням телемедицини і телереабілітації.

Щодо першого пункту, то тут жодних зауважень немає, можна лише наголосити, що позитивним є включення сюди не лише індивідуальної інформації, але й інформації про стан здоров'я населення, адже на прикладі пандемії Covid-19 ми всі переконалися, що отримання інформації про актуальну епідемічну ситуацію мало суттєвий вплив на відповідальну реакцію суспільства, зокрема щодо вакцинації та необхідності дотримання протиепідемічних заходів, і позитивну динаміку захворюваності.

Другий пункт, на перший погляд, не має жодного стосунку до інформаційних прав та обов'язків, але насправді це не так. Адже забезпечення державою участі громадян в обговоренні нових законодавчих ініціатив відбувається шляхом інформування громадськості про такі ініціативи і має велике значення для позитивного і відповідального законотворення у сфері медицини. Хоча тут ідеться радше про інформаційні обов'язки держави та інформаційні права суспільства, а не конкретного пацієнта та медичного працівника.

Проте питання викликає останній із зазначених пунктів. Чому законодавець тут зробив акцент саме на інформуванні про доступні медичні та реабілітаційні послуги лише із застосуванням телемедицини і телереабілітації? Очевидно, що цей пункт є порівняно новим і пов'язаний із внесенням до Основ нового виду медичної допомоги. Зокрема, цей пункт включено на підставі Закону №2206-8 від 14.11.2017; у редакції Закону №1053-9 від 03.12.2020, і був введений у дію з 30.06.2021. Видається, що інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги мало б бути сформульовано більш загально із уточненням щодо нової форми їх надання. Тому доцільно було б викласти пункт «л» статті 6 Основ у такій редакції:

«л) інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги, в тому числі із застосуванням телемедицини і телереабілітації.».

У статті 35⁶ Основ, яка регулює надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, у частині 5 міститься положення, яке при проведенні телемедичного консультування, телемедичних консилиумів, телеметрії, домашнього телеконсультування, виконання медичних маніпуляцій та операцій за допомогою електронних і програмних засобів, дозволяє проведення їх запису, у тому числі аудіо-, відео-, а також запису параметрів медичного обладнання в порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

При цьому відповідний Порядок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях, затверджений наказом МОЗ України від 17.09.2022 №1695 [2], не містить жодних вимог, зокрема, до можливості здійснення такого відеозапису. Єдиним положенням, яке стосується цього питання, є пункт 6, де наголошується на тому, що при наданні медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації заклади охорони здоров'я повинні забезпечити збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта, а також виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» та дотримання норм етики та деонтології надання медичної допомоги. Але про обов'язок лікаря, який надає таку консультацію чи іншу медичну послугу, повідомити пацієнта про те, що може здійснюватися відео- чи аудіозапис немає жодного слова. Тому видається, що було б доцільно частину 5 статті 35⁶ Основ доповнити і викласти її у такій редакції: «При проведенні телемедичного консультування може проводитися їх запис, у тому числі аудіо-, відео-, а також запис параметрів медичного обладнання, за умови отримання на це згоди пацієнта чи його законних представників та дотримання вимог про конфіденційність, у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.».

При цьому також варто звернути увагу на використане в Порядку формулювання «цілісність медичної інформації про стан здоров'я». Жоден нормативний акт не містить тлумачення такого поняття і не використовується у цьому контексті. Характерним терміном, який застосовується в законодавстві у цьому контексті, є повнота інформації. Тому доцільно було замінити у пункті 6 Порядку слово «цілісності» на «повноти».

Проте найважливішою для аналізу інформаційних прав та обов'язків пацієнта та медичного працівника є стаття 39 Основ «Обов'язок надання медичної інформації», при цьому кореспондуюча норма – стаття 285 Цивільного кодексу України називається «Право на інформацію про стан свого здоров'я» [3]. Це свідчить про те, що в цьому випадку йдеться про кореспондуючі права та обов'язки пацієнта та лікаря, хоча, очевидно, права пацієнта, а отже, обов'язки медичного працівника тут є домінуючими. Крім того, бачимо, що використано два різні терміни, а саме «медична інформація» та «інформація про стан свого здоров'я». Тут ми погоджуємося з думкою Терешко Х., яка, визначаючи їх співвідношення, каже, що медична інформація є ширшим поняттям, яке включає, серед іншого, право на інформацію про стан свого здоров'я [4, с. 129]. Тому цілком логічно є також необхідність у статті 39 розкрити зміст медичної інформації, вказавши, яку ще інформацію, крім стану здоров'я, необхідно до неї віднести. Які ж права та обов'язки випливають із цих норм і чи потребує існуюча концепція закріплення цього інформаційного блоку прав та обов'язків переосмислення?

Право на інформацію про стан здоров'я пацієнта може бути поділено на два блоки інформаційних прав, а саме: це право на інформацію, яка надається до або під час надання медичних послуг з метою прийняття ним рішення щодо надання згоди чи відмови від її надання; а другий блок – це право на інформацію, яка має надаватися на вимогу пацієнта чи його законних представників чи інших заінтересованих осіб під час або після надання медичних послуг з метою прийняття рішення щодо зміни лікаря, зміни методики лікування чи у разі виникнення підстав вважати, що мало місце порушення прав пацієнта. Тож чи правильним був загалом підхід законодавця щодо зведення всіх інформаційних прав пацієнта, а отже, інформаційних обов'язків медичного працівника в одну статтю? Видається, що ми цілком можемо залишити їх в межах однієї статті, але більш розгорнуто окреслити зміст і формальні вимоги.

Якщо проаналізувати досвід, наприклад, Німеччини, то тут у Цивільному кодексі маємо наявну диференціацію. Зокрема, § 630e присвячено окремо обов'язкам медичного працівника щодо проведення роз'яснення пацієнту інформації, необхідної для отримання згоди на медичне втручання, а § 630g регулює право пацієнта на доступ до медичної документації [5]. При цьому порівняно зі статтею 39 Основ ці питання врегульовано більш детально.

Структурно § 630e можна розділити на 3 секції: перша містить змістовні вимоги до роз'яснення, друга – формальні, а третя винятки з правила. Отже, як саме врегульовано ці питання?

До інформації, яка необхідна для надання пацієнтом згоди, включено:

- вид, обсяг, спосіб виконання втручання;
- очікувані наслідки та ризики виконання втручання;
- необхідність, терміновість та ефективність з огляду на діагноз чи обраний вид втручання;
- вказівка на наявність альтернативних методик, у випадку існування декількох варіантів, які мають однакові медичні показання, але відрізняються ризиками, обтяжливістю чи шансами на одужання чи тривалістю одужання.

Формальні вимоги передбачають, що таке роз'яснення має:

- бути проведене в усній формі медичним працівником, який виконуватиме втручання, а також як доповнення пацієнту може надаватися інформація у письмовій формі;
- відбуватися завчасно, щоб пацієнт мав достатньо часу для прийняття зваженого рішення;
- бути зрозумілим для пацієнта.

Як винятки з правила наводяться два випадки, а саме: якщо це ургентне втручання, яке не дозволяє виконати вимоги цієї статті щодо роз'яснення, а також у випадку, коли пацієнт свідомо відмовився від надання йому інформації.

Також ця стаття передбачає надання роз'яснення законним представникам, які уповноважені надавати згоду на медичне втручання, при цьому важлива інформація, яка встановлена в частині 1 цієї статті, також доводиться до відома пацієнта, якщо він з огляду на свій рівень розвитку і здатності до розуміння може сприймати таку інформацію, крім випадків, коли це може нашкодити йому.

Отож, як бачимо, тут наголошено на багатьох моментах, які є безумовно важливі для належної реалізації пацієнтом його інформаційних прав, але також і для захисту медичного працівника, оскільки неоднозначні та розмиті норми мають простір для інтерпретації, що може бути використано не на користь кожної зі сторін цих відносин. Тож цей досвід можна використати для вдосконалення змісту норми статті 39 Основ.

Каменем спотикання і предметом дискусій у контексті аналізованої статті 39 Основ, серед іншого, є існуючі колізії в чинному цивільному законодавстві, що стосуються правового регулювання відносин за участю неповнолітніх. Зокрема, наявним є конфлікт норми, яка встановлює необхідність отримання згоди на медичне втручання від неповнолітньої особи від 14 років, яка згідно з іншою нормою водночас не наділена правом на отримання повної та достовірної медичної інформації: про стан свого здоров'я та методи діагностики та або лікування, які пропонуються лікарем.

Це ламає базовий принцип поінформованості згоди. Як можна надати згоду, якщо тобі не надали інформацію для прийняття рішення про її надання чи відмову? Тому існує необхідність уніфікації прив'язати вік неповнолітнього пацієнта до визначеного обсягу його дієздатності в контексті надання медичної допомоги та узгодити відповідні статті Основ та Цивільного кодексу України (частина 1 статті 285 ЦК; частини 1, 2 Основ). Далі буде наведено відповідну пропозицію.

Важливою прогалиною, яка впливає з практики застосування Основ та на яку вже також зверталася увага в літературі, є питання, хто має виконувати роль законних представників у правовідносинах із закладами охорони здоров'я та наділятися правом вчиняти в інтересах такої особи правочини, пов'язані з наданням їй медичних послуг? Послідовну й обґрунтовану пропозицію з цього приводу зробила Миронова Г. А., яка вважає за необхідне за умови відсутності батьків, опікунів, прийомних батьків, батьків-вихователів поширити повноваження представника інтересів малолітньої особи у вищезазначених правовідносинах на членів сім'ї та родичів у такій пріоритетній послідовності: мачуха, вітчим, повнорідні або неповнорідні повнолітні брат або сестра, дід, баба, прадід, прабаба [6].

Іншим важливим моментом, який потребує уточнення і зваженого підходу, є питання, яке врегульовано у частині 4 статті 39 Основ, а також у частині 3 статті 125 ЦК України. Зокрема, йдеться про право медичного працівника надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами, якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я законних представників, зашкодити процесові лікування. Незважаючи на те, що це положення є загальноприйнятою практикою в більшості країн, все ж воно носить дещо контраверсивний характер і може в певних випадках суттєво звужувати обсяг прав пацієнта. Адже відсутність будь-яких важелів перевірки доцільності застосування такої норми, окрім правил лікарської деонтології, може призводити до необґрунтованого позбавлення пацієнта його прав не лише в медичній сфері, але, до прикладу, у спадкових відносинах тощо. Це, безумовно, порушує баланс прав та обов'язків пацієнта та медичного працівника. Тому необхідно внести до цієї норми доповнення, які допоможуть зрівноважити шальки терезів.

Зокрема, доцільно на противагу цьому праву медичного працівника надати пацієнту з повною цивільною дієздатністю право у письмовій формі відмовитися в повному обсязі або лише в частині від надання йому медичної інформації про нього.

А також наділити його правом призначення довіреної особи для отримання такої інформації у визначеному ним обсязі. Крім цього, враховуючи, що медичні працівники не дуже часто користаються таким правом, оскільки бояться відповідних наслідків, доцільно було б запровадити практику залучення професійних психологів до прийняття рішення щодо доцільності обмеження інформаційних прав пацієнта в певних випадках. Така практика була б актуальною, зокрема, у відділеннях чи закладах охорони здоров'я, де надають допомогу онкохворим пацієнтам чи пацієнтам із невиліковними захворюваннями.

З огляду на всі наведені вище проблемні питання та зауваження до змісту статті 39, а також з урахуванням позитивного іноземного досвіду пропонуємо таку її редакцію:

«Стаття 39. Обов'язок надання медичної інформації»

Пацієнт, який досяг **чотирнадцятирічного віку**, має право на отримання достовірної, повної і доступної медичної інформації себе, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Законні представники **малолітньої дитини** або підопічного мають право на отримання медичної інформації про нього, а також на отримання доступу до медичних документів, що стосуються його здоров'я.

У разі відсутності батьків (усновлювачів), опікунів, прийомних батьків, батьків право на отримання медичної інформації про стан здоров'я малолітньої дитини мають члени сім'ї та родичі у такій пріоритетній послідовності: мачуха, вітчим, повнорідні або неповнорідні повнолітні брат або сестра, дід, баба, прадід, прабаба (редакція Г. А. Миронової).

Медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові чи його законним представникам у доступній формі інформацію про стан його здоров'я, діагноз, роз'яснити вид запропонованих профілактичних, діагностичних, лікувальних заходів, їх обсяг, спосіб виконання, а також мету проведення, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, необхідність, терміновість та ефективність пропонованого заходу, а також повідомити про наявність альтернативних методик, у випадку існування декількох варіантів, які мають однакові медичні показання, але відрізняються ризиками, обтяжливістю, ефективністю чи тривалістю одужання.

Роз'яснення пацієнту чи законним представникам інформації необхідної для надання ним поінформованої згоди, передбаченої частиною 2 цієї статті, має проводитись усно, завчасно, у доступній формі лікуючим лікарем або медичним працівником, який виконує втручання, і має бути підтверджене письмовим документом із підписом пацієнта, копія якого обов'язково надається пацієнту. Надане усно роз'яснення може бути доповнене інформацією у письмовій формі, яка не заміняє його.

Роз'яснення не проводиться, якщо втручання носить невідкладний характер або якщо пацієнт свідомо відмовився від надання йому роз'яснення. У випадку надання роз'яснення законним представникам важливі обставини, передбачені частиною 2 цієї статті, доводяться до відома пацієнта, якщо він з огляду на свій рівень розвитку і здатності до розуміння може сприймати таку інформацію, крім випадків, коли це може нашкодити йому.

Якщо інформація про хворобу фізичної особи може погіршити стан її здоров'я, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати їй неповну інформацію, обмежити можливість її ознайомлення з окремими медичними документами. Фізична особа з повною цивільною дієздатністю може письмово відмовитися від отримання медичної інформації про себе, або призначити довірену особу для отримання медичної інформації у визначеному обсязі.»

Запропонована редакція статті допоможе усунути існуючий дисонанс щодо вікових вимог до питання виникнення цих прав; заповнити прогалину на випадок відсутності визначених законом представників для малолітньої особи; більш розгорнуто визначити зміст і формальні вимоги до медичної інформації, яка має бути роз'яснена пацієнту чи його законним представникам для отримання згоди, як і надасть право дієздатному пацієнту відмовитись від такого права, збалансує право лікаря на обмеження інформаційних прав пацієнта у встановлених законом випадках із правом пацієнта свідомо в письмовій формі відмовитись від такого права чи делегувати його довіреній ним особі.

Використані джерела

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 №2801-12.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> Дата звернення: 17.11.2022.
2. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях» від 17.09.2022 №1695 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1155-22#Text> Дата звернення: 17.11.2022.
3. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 №435-IV.
URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/la-ws/show/435-15>. Дата звернення: 17.11.2022.
4. Терешко Х.Р. Право на медичну інформацію: деякі аспекти. Медичне право. 2017. №3. С. 125 – 130.
5. Німецьке цивільне уложення (Bürgerliches Gesetzbuch – BGB).
URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BGB.pdf> Дата звернення: 17.11.2022.
6. Миронова Г.А. Врахування думки дитини у сфері надання медичної допомоги: міжнародні стандарти та досвід України. Медичне право. 2020. №2 (26). С. 67 – 75. URL: <https://doi.org/10.25040/medicallaw2020.02.067>

ПРАВОВА ОСВІТА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ЗАПОРУКА ДОТРИМАННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ

Кузьменко Савва Євгенович,
директор Вищої школи адвокатури Національної асоціації адвокатів України, адвокат,

Сенюта Ірина Ярославівна,
керівник Центру медичного права Вищої школи адвокатури НААУ, доктор юридичних наук, професор

Основи законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи) закладають правий фундамент для регламентації підвищення кваліфікації медиків. Відповідно до пункту «в» частини 1 статті 77 Основ медичні працівники мають право на підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах. У статті 75 Основ зазначено, що підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних, фармацевтичних працівників і фахівців з реабілітації здійснюються відповідними закладами фахової передвищої та вищої освіти, а також через інтернатуру, лікарську резидентуру, клінічну ординатуру, аспірантуру і докторантуру згідно із законодавством про освіту.

У цьому навчальному аспекті важливо з'ясувати роль і значення правової складової, яка озброює медиків необхідними знаннями, що слугують дотриманню прав пацієнтів і самозахисту фахівців. У Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженому наказом МОЗ України №117 від 29.03.2002 (далі – Довідник), з-поміж обов'язків медичних працівників вказано, що вони повинні знати чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, які регламентують організацію медичної допомоги певної спеціальності, а також права, обов'язки і відповідальність.

Відзначимо, що окремі зі спеціальностей, як-от: лікар з авіаційної медицини (пункт 2 розділу «Професіонали» Довідника), лікар-акушер-гінеколог (пункт 3 розділу «Професіонали» Довідника), лікар-алерголог дитячий (пункт 5 розділу «Професіонали» Довідника) повинні знати основи права в медицині. Незрозумілим видається, приміром, чому вже лікар-анестезіолог (пункт 6 розділу «Професіонали» Довідника) не повинен знати основи права в медицині: є це недоліком нормотворення чи все ж це такий свідомий задум нормотворця, що лише лікарі окремих спеціальностей повинні знати основи права.

Доходимо думки, що це все ж недолік нормопроєктування, адже до обов'язків лікаря-анестезіолога дитячого зачислено знати основи права в медицині. Вважаємо, що відомчому нормотворцю слід збалансувати обов'язки, аби лікарі всіх спеціальностей мали рівні загальні обов'язки.

Також привернемо увагу, що МОЗ України при формуванні нових спеціальностей, зокрема хірургічна дерматологія, закладає в обов'язки новельні пропозиції, а отже, розширює спектр необхідних знань. Лікар-хірург-дерматолог (пункт 92 розділу «Професіонали» Довідника), зокрема, повинен знати законодавство України про охорону здоров'я, нормативно-правові документи, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, у тому числі дерматологічних (постанови, накази, інструкції); основи права в медицині; основи законодавства про працю; професійні права, обов'язки і відповідальність лікаря-хірурга-дерматолога. Видається, що МОЗ України вводить додатковий обов'язок – знання основ законодавства про працю. А також лікар повинен знати національні керівництва, керівництва Європейського дерматологічного форуму, Міжнародну класифікацію хвороб, сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення. Якщо знання сучасної літератури за фахом є традиційним обов'язком, то володіння керівництвами європейських форумів і національними керівництвами є одиничним варіантом.

Вважаємо, що МОЗ України доречно:

- 1) уніфікувати обсяг загальних обов'язків для медичних працівників усіх спеціальностей, аби були рівні умови, адже невиконання обов'язків може спричинити юридичну відповідальність;
- 2) позначати конструкцію «основи права в медицині» галуззю права, яка активно розвивається в Україні, отож, пропонуємо викласти обов'язок у Довіднику через таке формулювання: повинен знати основи медичного права;
- 3) розширити обов'язки лікарів усіх спеціальностей до необхідності знань європейських і національних керівництв;
- 4) системно оновити Довідник та уніфікувати підходи до регламентації обсягу обов'язків, адже сьогодні спостерігається дисонанс, фрагментарне оновлення. Не співмірність простежується, приміром, при порівнянні обсягу обов'язків, які покладено на лікаря-хірурга дитячого (пункт 93 розділу «Професіонали» Довідника) та на лікаря-хірурга-дерматолога (пункт 92 розділу «Професіонали» Довідника), проте є незрозумілим, чому так мало обов'язків у дитячого хірурга.

Знання чинного законодавства має і прикладний характер у медицині, і вихід на юридичну практику. У Постанові Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 27.02.2019 (справа №755/2545/15-ц) [1] вказано: «У сфері надання медичної допомоги протиправними необхідно вважати дії медичного працівника, які не відповідають законодавству у сфері охорони здоров'я, зокрема стандартам у сфері охорони здоров'я та нормативним локальним актам.

Відповідно до частини другої статті 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта. Таким чином, надання несвоєчасної або некваліфікованої медичної допомоги є протиправною поведінкою медичного працівника».

У Постанові Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного кримінального суду ВС від 12.02.2019 (справа №447/781/16-к) [2] зазначено: «З об'єктивної сторони злочин, за який ОСОБА_1 було засуджено, характеризується такими ознаками: діянням у вигляді неналежного виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків, тяжкими наслідками для хворого та причинним зв'язком між діянням та наслідками. За нормативним визначенням під неналежним виконанням медичним працівником професійних обов'язків слід розуміти вчинення ним не в повному обсязі необхідних дій, які він повинен був вчинити при наданні хворому лікарської допомоги, чи вчинення не тих дій, яких вимагають клінічні протоколи. Надання медичної допомоги включає в себе діагностику (отримання необхідних даних про стан здоров'я, їх правильна оцінка, вибір і прийняття рішення про лікування) та лікування (застосування різного роду процедур, проведення медикаментозної та іншої терапії, виконання хірургічних операцій тощо). Тому ознакою кримінального правопорушення, передбаченого частиною 1 статті 140 КК, є також неправильний діагноз захворювання, несвоєчасне проведення обов'язкових процедур, що є наслідком недбалості чи несумлінного ставлення лікаря до своїх обов'язків. Із суб'єктивної сторони злочин характеризується необережною формою вини до тяжких наслідків для хворого».

З наведеної судової практики випливає, що медичні працівники повинні діяти на підставі нормативно-правових актів, зокрема стандартів у сфері охорони здоров'я. Аби не вчиняти протиправних дій, однозначно, медичний працівник повинен володіти необхідним обсягом правових знань, мати можливість детально опановувати чинне законодавство України.

У пункті 6 розділу VI Порядку проведення атестації лікарів, затвердженого наказом МОЗ України від 22.02.2019 №446 (ред. наказу МОЗ України від 18.08.2021 №1753), передбачено, що мінімальна кількість балів, яка має бути підтверджена за річний період, складає 50 балів (максимальна кількість балів — необмежена).

За освітні заходи, які не стосуються відповідної лікарської спеціальності (або спеціальностей) лікаря, але є частиною кваліфікаційних вимог, враховуються щороку:

- а) з питань медичної етики, деонтології, комунікаційних навичок та з інших питань — не більше ніж 8 балів;
- б) з питань цифрових компетентностей — не більше ніж 20 балів.

Отже, з наведеного випливає, що медичний працівник не має можливості отримувати більше ніж 8 балів незалежно від того, який захід відвідує і яка його «бальна ціна». Якщо медичний працівник вирішить, що йому важливо підвищити рівень правових знань і пройде цикл тематичного удосконалення з медичного права (неформальна освіта), який оцінюється у 50 балів, то все одно до портфоліо буде включено виключно не більше 8 балів. А якщо медичний працівник хоче разом з правовими отримати й інші знання, приміром з комунікації, то слід буде ділити «правові бали». Риторичне питання, але з огляду на судову практику та вимоги чинного національного законодавства воно таке: як ми можемо оцінювати діяння медичних працівників протиправними при недотриманні законодавства, притягати їх до юридичної відповідальності та вимагати знань чинної нормативно-правової бази, якщо держава не створює умов для здобуття правових знань, необхідних для провадження медичної практики?

Отже, вважаємо за доцільне визначити обов'язкову кількість балів для медичних працівників саме з медичного права мовою Довідника основ права в медицині, аби сприяти медикам у виконанні їхнього обов'язку щодо юридичної обізнаності.

У пункті «е» частини 1 статті 78 Основ до обов'язку медиків включено здійснювати діяльність відповідно до принципів доказової медицини/доказової реабілітації. Відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини (далі — Методика), затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 №751, доказова медицина — добросовісне, точне і свідоме використання кращих результатів клінічних досліджень для вибору лікування конкретного пацієнта.

Згідно з пунктом 17 Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників, затвердженого постановою КМУ від 14.07.2021 №725, у разі проведення заходів, за які нараховуються бали безперервного професійного розвитку, провайдери, у тому числі забезпечують здійснення контролю за дотриманням засад доказової медицини під час освітнього процесу.

Зрозуміло, що недотримання вимог чинного законодавства в аспекті виконання обов'язку діяти відповідно до принципів доказової медицини може за певних нормативних обставин тягнути юридичну відповідальність медичного працівника. Нормативно не визначено, в якому саме акті мають встановлюватися принципи доказової медицини, як їх використовувати зі стандартами у сфері охорони здоров'я, а можливо, взагалі не має потреби регламентації таких принципів. При такому законодавчому підході розуміємо, що контроль здійснення обов'язку є примарним на практиці.

В аспекті окресленої проблематики привертають увагу настанови на засадах доказової медицини DUODECIM [3]. Відтак це є один з варіантів акумулювання принципів доказової медицини. Медичні працівники, які здійснюють свій професійний обов'язок – діяльність відповідно до принципів доказової медицини/доказової реабілітації, можуть використовувати настанови DUODECIM, проте вони не є стандартом у сфері охорони здоров'я, на підставі них не можна здійснювати контроль якості медичної допомоги.

Досліджувана тематика є ілюстративною у висвітленні нормативних недоліків, які слід виправляти виваженими системними змінами до законодавства України про охорони здоров'я. Це зі свого боку впливатиме на оптимізацію правореалізації та правозастосування і на формування правової медицини в Україні.

Використані джерела

1. Постанова Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 27.02.2019 (справа №755/2545/15-ц). URL: <https://zakononline.com.ua/court-decisions/show/81020404>
2. Постанова Верховного Суду у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного кримінального суду від 12.02.2019 (справа №447/781/16-к). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/79846854>
3. DUODECIM. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents>

ПРАВОВЕ ПІДГРУНТЯ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД І СТАН НАЦІОНАЛЬНОГО РЕГУЛЮВАННЯ

Лемеха Ростислав Ігорович,
доктор юридичних наук, доцент, старший партнер АО «Лемеха і партнери»,

Онишкевич Ігор Андрійович,
*аспірант кафедри кримінально-правових дисциплін Інституту права
Львівського національного університету внутрішніх справ*

Вираз «медична технологія» широко використовується для позначення низки інструментів, які дозволяють медичним працівникам забезпечити пацієнтів і суспільство кращою якістю життя в плані медичного обслуговування шляхом проведення ранньої діагностики, зменшення ускладнень, оптимізації лікування та/або застосування менш інвазивних варіантів лікування, і скорочення тривалості госпіталізації [1]. Штучний інтелект здійснив революцію в медичних технологіях.

Медицина, як і багато інших галузей, переживає злиття двох останніх подій: зростання обсягу даних, які підлягають обробленню, і розвиток складних методів машинного навчання та штучного інтелекту, які можна використовувати для пошуку закономірностей у межах цих даних.

Дані у модерному суспільстві, у тому числі у сфері медицини, як явище, характеризуються обсягом (велика кількість даних), різноманітністю (неоднорідність даних) і швидкістю доступу до даних. Такі дані надходять із багатьох джерел: електронних медичних записів, медичної літератури, клінічних випробувань, аптечних записів і навіть даних, які пацієнти вводять у свої смартфони або записують у фітнес-трекери. Методи машинного навчання, як складова штучного інтелекту, використовують прості правила навчання та методи для пошуку та використання закономірностей у цих величезних обсягах даних [2, с. 10].

Згідно з експертною думкою IBM, розробника суперкомп'ютера Watson, технології штучного інтелекту можуть бути ефективно використані в охороні здоров'я для цілей структурування медичних даних, які можливо відібрати з перелічених вище джерел (наприклад, оброблення звичної мови шляхом перетворення її на клінічний текст), аналізі даних пацієнтів (абстрагування від журналів лікування у короткий виклад історії хвороби пацієнта), визначенні клінічних діагностичних подібностей (щоб визначити відповідний курс лікування пацієнта на основі подібних випадків), а також у просуванні медичної думки (шляхом перевірки медичних гіпотез) [3].

Алгоритмічне мислення медичного штучного інтелекту має численні переваги перед людським пізнанням, включаючи його здатність працювати 24/7 без перерв, а також відсутність емоційних упереджень чи вразливості перед втомою. Ці переваги стають особливо критичними у разі спалаху захворювань (епідемії і пандемії), лікування важких форм захворювань, а також появи нових захворювань, які раніше були невідомі медицині. Якщо штучний інтелект займатиметься трудомісткими процесами, які вимагають простої повторюваної роботи, це суттєво зменшить втому медичних працівників, а лікарі зможуть витратити більше часу на спілкування з пацієнтами та зосередитися на більш складних медичних завданнях [1].

Крім того, медичні технології на базі штучного інтелекту уможливлюють 4-рівневу модель медицини (прогностичну, превентивну, персоналізовану та партисипативну) і, отже, автономію пацієнтів у спосіб, який до цього вважався неможливим [4, с. 191 – 192].

Якщо говорити про напрями використання, то найперспективнішим застосуванням технології штучного інтелекту в охороні здоров'я є розроблення й застосування ліків; медична візуалізація та діагностика; прогнозування та аналіз ризиків; управління способом життя та моніторинг; оброблення і аналіз інформації з пристроїв, які одягаються на тіло людини; моніторинг хронічних станів; віртуальні помічники; невідкладна допомога та хірургія.

Для прикладу, у процесі створення нових препаратів штучний інтелект перш за все дозволив прискорити роботу з великими обсягами даних. Основна мета штучного інтелекту в цьому випадку полягає в тому, щоб передбачити взаємодію між молекулами ліків і білками людських клітин і, отже, ефективність майбутнього препарату. Крім того, штучний інтелект можна використовувати для вивчення та розуміння механізмів захворювання та пошуку біомаркерів.

У той же час стрімкий розвиток технологій штучного інтелекту призвів до виникнення проблеми використання штучного інтелекту у сфері охорони здоров'я, яка, можливо, є найбільш фундаментальною: як ми гарантуємо, що алгоритми штучного інтелекту є високоякісними, тобто, що вони роблять те, для чого були першочергово призначені, і що вони роблять це якісно та безпечно? Якщо медичну технологію штучного інтелекту правильно спроєктувати та використовувати, така може усунути або принаймні послабити значну кількість недоліків у поточній медичній практиці [5].

Вирішенням такої дилеми має стати поява та розвиток правового регулювання поняття, умов та особливостей розробки, функціонування та сфер застосування, інтеграції в інші системи та контролю за використанням наскрізних цифрових технологій штучного інтелекту. У кожній країні ця проблема вирішується індивідуально з урахуванням особливостей національної правової системи. До 2022 року різні країни накопичили власний досвід законодавчого регулювання відносин, що виникають у зв'язку з розвитком штучного інтелекту, від національних стратегій до принципів застосування штучного інтелекту в окремих сферах.

Перш ніж перейти до безпосереднього встановлення міжнародно-правового регулювання застосування штучного інтелекту у сфері медицини, слід зазначити, що у науковій літературі виділяють два підходи до правового регулювання розробки та застосування технологій штучного інтелекту:

- формальний (юридичний) підхід, який полягає у встановленні можливості застосування вже існуючих юридичних конструкцій певної правової системи до технологій штучного інтелекту та робототехніки;
- технологічний підхід, суть якого полягає в попередньому визначенні наявності нових правових проблем, що виникають у процесі використання штучного інтелекту, і встановлення необхідності створення спеціального правового регулювання таких проблем надалі. Прихильники технологічного підходу наполягають на вторинності права [6].

Наразі немає багатосторонніх міжнародних договорів-конвенцій, які б закріплювали загальні положення щодо використання технології штучного інтелекту, особливо щодо використання такої технології в охороні здоров'я. *Прийнято лише кілька документів, які сприяють формуванню засад міжнародно-правового регулювання у сфері штучного інтелекту та мають рекомендаційний характер. До таких документів належать:*

- Окінавська Хартія Глобального Інформаційного Суспільства [7], яка проголосила потребу в нормативно-правовій базі, що сприяла б співпраці для оптимізації глобальних мереж;
- Рекомендації Організації економічного співробітництва і розвитку з питань штучного інтелекту (прийнято 22 травня 2019 р.) [8] як перший міжурядовий стандарт, що стосується штучного інтелекту. Цей документ містить загальні принципи використання штучного інтелекту, а також рекомендації для національних урядів щодо розвитку штучного інтелекту;
- Заява міністрів держав Великої Двадцятки щодо торгівлі та цифрової економіки (2019, Японія) [9], в якій були затверджені принципи розвитку штучного інтелекту від імені держав-учасниць так званої Великої Двадцятки.

У рамках міжнародно-правового регулювання варто також зазначити міжнародні технічні стандарти.

У 2017 році в структурі Міжнародної організації з стандартизації (анг. ISO) був створений технічний комітет зі штучного інтелекту (ISO/IEC JTC 1/SC 42 Artificial intelligence), який розробив і затвердив такі стандарти:

- ISO/IEC 20546: 2019 Information technology–Big data–Overview and vocabulary [10] (документ містить набір термінів і визначень, необхідних для покращення спілкування та розуміння цієї сфери);
- ISO/IEC TR 20547-2: 2018 Information technology–Big data reference architecture–Part 2: Use cases and derived requirements (2018) [11];
- ISO/IEC 20547-3: 2020 Information technology–Big data reference architecture–Part 3: Reference architecture (2020) [12];
- ISO/IEC TR 20547-5: 2018 Information technology–Big data reference architecture–Part 5: Standards roadmap (документ містить визначення необхідні для стандартів) (2018) [13].

На рівні Європейського Союзу (ЄС) можна виділити інші джерела правового регулювання використання технології штучного інтелекту.

У лютому 2017 року Європейський парламент прийняв резолюцію 2015/2103(INL) Цивільні норми щодо робототехніки (анг. Civil Law Rules on Robotics) [14].

Згодом у квітні 2018 року представники 25 європейських країн, у тому числі тих, що не входять до Європейського Союзу, підписали Декларацію про співробітництво у сфері штучного інтелекту [15], відповідно до положень якої держави-учасниці зобов'язалися працювати над інтегрованим європейським підходом до розвитку штучного інтелекту, проводити узгоджену національну політику для підвищення конкурентоспроможності Європейського Союзу та створювати центри цифрових інновацій на загальноєвропейському рівні.

Також у 2018 році Європейська комісія розробила Координаційний план щодо штучного інтелекту від 7 грудня 2018 року (анг. Coordinated Plan on Artificial Intelligence) [16], який містить європейську стратегію розвитку робототехніки та штучного інтелекту. Загальна мета спільної роботи держав-учасниць полягає в тому, щоб Європа стала провідним регіоном світу з розроблення та застосування «передового, етичного та безпечного штучного інтелекту». Таким чином, у рамках реалізації цього плану Європейська комісія збільшила інвестиції в технології штучного інтелекту в межах рамкової програми досліджень та інновацій «Horizon 2020» до 1,5 мільярда євро в період між 2018 і 2020 роками, що на 70 % більше, ніж у період 2014 – 2017 років.

Не залишилося поза увагою й регулювання етичних питань у використанні штучного інтелекту. Так, у 2019 році Європейська комісія затвердила Рекомендації з етики для надійного штучного інтелекту (анг. «Ethics Guidelines for Trustworthy AI») [17], головною метою яких є просування надійного штучного інтелекту.

45

Надалі Всесвітня організація охорони здоров'я визначила ключові етичні принципи щодо використання штучного інтелекту для сфери охорони здоров'я, які є також базою для нормативно-правового регулювання: захист людської автономії; сприяння забезпеченню благополуччя і безпеки людини, а також публічних інтересів; забезпечення прозорості, зрозумілості; виховання відповідальності та підзвітності; забезпечення інклюзивності та рівності; просування стійкого та чуйного штучного інтелекту [18].

Наведене свідчить, що в цей час правове регулювання використання технології штучного інтелекту знаходиться на стадії зародження та формування, оскільки держави в першу чергу прагнуть розробити та прийняти загальні (стратегічні) правові норми, що стосуються, в принципі, використання технології штучного інтелекту.

Україна зі свого боку також починає робити перші кроки у напрямі створення належного правового регулювання/правового режиму штучного інтелекту. Про це, зокрема, свідчить Концепція розвитку штучного інтелекту в Україні, яку було схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 02.12.2020 №1556-р (далі – Концепція) [19].

Як зазначено у самій Концепції, впровадження інформаційних технологій, частиною яких є технології штучного інтелекту, є невід'ємною складовою розвитку соціально-економічної, науково-технічної, оборонної, правової та іншої діяльності у сферах загальнодержавного значення. Відсутність концептуальних засад державної політики в галузі штучного інтелекту не дозволяє створювати та розвивати конкурентоспроможне середовище в зазначених сферах діяльності [19].

Як наслідок, виникає необхідність розроблення єдиної скоординованої державної політики, спрямованої на розв'язання першочергових проблем, серед яких Концепція виділяє відсутність або недосконалість правового регулювання штучного інтелекту (у тому числі у сферах освіти, економіки, публічного управління, кібербезпеки, оборони), а також недосконалість законодавства про захист персональних даних.

Для подолання зазначеної та інших проблем Концепція пропонує комплекс завдань, виконання яких у сукупності дозволить забезпечити захист прав і свобод учасників відносин у галузі штучного інтелекту, розроблення та використання технологій штучного інтелекту з дотриманням етичних стандартів, серед яких слід згадати такі:

- імплементація норм, закріплених у “Рекомендаціях щодо штучного інтелекту”, що прийняті у червні 2019 року Організацією економічного співробітництва та розвитку (OECD/LEGAL/0449), за умови дотримання етичних стандартів, передбачених у Рекомендаціях CM/Rec (2020)1, схвалених 8 квітня 2020 р. Комітетом міністрів Ради Європи для держав-членів щодо впливу алгоритмічних систем на права людини, у законодавство України;
- опрацювання питання відповідності законодавства України керівним принципам, установленим Радою Європи, щодо розроблення та використання технологій штучного інтелекту та гармонізація його з європейським;
- забезпечення взаємодії між відповідними Технічними комітетами України та міжнародними підкомітетами стандартизації ISO/IEC JTC 1/SC 42 Artificial Intelligence щодо спільного розроблення стандартів у галузі штучного інтелекту;
- підтримка ініціатив створення організаційних форм співробітництва заінтересованих юридичних та фізичних осіб у галузі штучного інтелекту;
- опрацювання питання щодо необхідності врегулювання суспільних відносин у сфері розвитку штучного інтелекту на законодавчому рівні [19].

Досить цікавою є думка Т. Г. Каткової, яка наголошує на необхідності створення Карти правових реформ використання штучного інтелекту. Правові реформи у сфері штучного інтелекту повинні охоплювати багато різних сфер, зокрема цивільне законодавство (визначення правосуб'єктності, у яких ситуаціях він може діяти як посередник фізичної чи юридичної особи; укладати договори; нести цивільно-правову відповідальність); кримінальний закон (визначення кримінальної відповідальності за дії штучного інтелекту); страхове законодавство; захист персональних даних (можливості надання диференційованої згоди на обробку персональних даних, а також удосконалення механізму інформованої згоди на обробку персональних даних); законодавство у сфері інтелектуальної власності; медичне право (використання штучного інтелекту в медичній сфері, аспекти діяльності лікаря, який використовує штучний інтелект) [20, с. 46].

Для забезпечення виконання Концепції існує План заходів з реалізації Концепції розвитку штучного інтелекту в Україні на 2021 – 2024 роки, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 12.05.2021 №438-р [21].

Втім на цей момент було лише розроблено та подано Кабінетові Міністрів України проєкт акта Кабінету Міністрів України щодо схвалення Концепції законопроєкту про розвиток штучного інтелекту.

Отже, з упевненістю можна стверджувати, що передові цифрові технології активно впроваджуються в охорону здоров'я. Останні успішні спроби використання штучного інтелекту в діагностиці, прогнозуванні та вивченні захворювань, а також у наданні хірургічної допомоги демонструють його високу ефективність. Здатність штучного інтелекту оперативно приймати рішення та самостійно навчатися спонукала великі корпорації зосередитися на його розвитку та поступовому впровадженні в повсякденне життя. Юридичні аспекти медичної діяльності мають особливе значення, але правове регулювання діяльності штучного інтелекту в охороні здоров'я все ще перебуває в зародковому стані. Значною мірою держава несе відповідальність за формування правового режиму, який би відповідав потребам сучасного суспільства (цифрового суспільства).

В Україні нормативне регулювання використання та діяльності штучного інтелекту, у тому числі й у сфері охорони здоров'я, перебуває на ранньому етапі (етап визначення стратегії та напрямів розвитку), що не відповідає реаліям сьогодення та потребує розвитку надалі.

Проте, враховуючи вже сформовані у світовому співтоваристві принципи застосування штучного інтелекту в медицині, можна поступово рухатися в сторону їх врегулювання в межах українського законодавства, що дасть додатковий поштовх до розвитку інформаційних технологій і залучення додаткових інвестицій у цю галузь.

Використані джерела

1. Steinhubl S, Muse E, Topol E. The emerging field of mobile health. Science Translational Medicine [Інтернет]. 2015 [цитовано 27 Вересня 2022];7(283). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748838/>
2. Nicholson Price II W. Artificial intelligence is health care: applications and legal implications. THE SCITECH LAWYER. 2017;14(1):10-13.
3. Artificial Intelligence in Medicine | IBM [Інтернет]. Ibm.com. 2022 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://www.ibm.com/topics/artificial-intelligence-medicine>
4. Orth M, Averina M, Chatzipanagiotou S. URL: [redefining.ua/laws/show/438-2021-%D1%80#Text.the role of the physician in laboratory medicine in the context of emerging technologies, personalised medicine and patient autonomy \('4P medicine'\)](https://www.redefining.ua/laws/show/438-2021-%D1%80#Text.the%20role%20of%20the%20physician%20in%20laboratory%20medicine%20in%20the%20context%20of%20emerging%20technologies.personalised%20medicine%20and%20patient%20autonomy%20('4P%20medicine')). Journal of Clinical Pathology. 2017;72(3):191-197
5. Topol E. A decade of digital medicine innovation. Science Translational Medicine [Інтернет]. 2019 [цитовано 27 Вересня 2022];11(498). URL: <https://www.science.org/doi/10.1126/scitranslmed.aaw7610>
6. Chung J, Zink A. Hey Watson, Can I Sue You for Malpractice? Examining the Liability of Artificial Intelligence in Medicine [Інтернет]. New York: Asia-Pacific Journal of Health Law, Policy and Ethics; 2022 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3076576
7. Okinawa Charter on Global Information Society [Інтернет]. Mofa.go.jp. 2000 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2000/documents/charter.html>
8. OECD Council Recommendation on Artificial Intelligence. 2019. Adopted by the Council at Ministerial Level on 22 May 2019 [Інтернет]. One.oecd.org. 2019 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: [https://one.oecd.org/document/C/MIN\(2019\)3/FINAL/en/pdf](https://one.oecd.org/document/C/MIN(2019)3/FINAL/en/pdf)
9. G20 Ministerial Statement on Trade and Digital Economy [Інтернет]. Trade.ec.europa.eu. 2019 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: https://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2019/june/tradoc_157920.pdf
10. ISO/IEC 20546: 2019 Information technology–Big data–Overview and vocabulary [Інтернет]. ISO. 2018 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://www.iso.org/standard/68305.html>

11. ISO/IEC TR 20547-2:2018 Information technology – Big data reference architecture – Part 2: Use cases and derived requirements [Інтернет]. ISO. 2018 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://www.iso.org/standard/71276.html>
12. ISO/IEC 20547-3:2020 Information technology – Big data reference architecture – Part 3: Reference architecture [Інтернет]. ISO. 2020 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://www.iso.org/ru/standard/71277.html>
13. ISO/IEC TR 20547-5:2018 Information technology – Big data reference architecture – Part 5: Standards roadmap [Інтернет]. ISO. 2018 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://www.iso.org/ru/standard/72826.html>
14. European Parliament Resolution 2015/2103(INL) Civil Law Rules on Robotics European Parliament resolution of 16 February 2017 with recommendations to the Commission on Civil Law Rules on Robotics (2015/2103(INL)) [Інтернет]. europarl.europa.eu. 2017 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0051_EN.pdf
15. EU Declaration on Cooperation on Artificial Intelligence - JRC Science Hub Communities - European Commission [Інтернет]. JRC Science Hub Communities - European Commission. 2018 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://ec.europa.eu/jrc/communities/en/node/1286/document/eu-declaration-cooperation-artificial-intelligence>
16. Coordinated Plan on Artificial Intelligence 2021 Review [Інтернет]. European Commission. 2021 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/coordinated-plan-artificial-intelligence-2021-review>
17. Ethics guidelines for trustworthy AI [Інтернет]. European Commission. 2019 [цитовано 27 Вересня 2022]. Доступно: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai>
18. Ethics and governance of artificial intelligence for health [Інтернет]. World Health Organization. 2021 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>
19. Концепція розвитку штучного інтелекту в Україні [Інтернет]. zakon.rada.gov.ua. 2020 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-2020-%D1%80#Text>
20. Katkova A. Artificial intelligence in Ukraine: Legal aspects. Law and Society. 2020;(6):46-55.
21. заходів з реалізації Концепції розвитку штучного інтелекту в Україні на 2021-2024 роки [Інтернет]. zakon.rada.gov.ua. 2021 [цитовано 27 Вересня 2022]. URL: <https://zakon.rada.gov>

ЗАХИСТ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ВІЛ-СТАТУС ПАЦІЄНТА: КОМЕНТАР ДО ПОСТАНОВИ ВЕРХОВНОГО СУДУ УКРАЇНИ ВІД 29 ЧЕРВНЯ 2022 РОКУ

Литвиненко Анатолій Анатолійович,

*докторант Балтійської Міжнародної Академії, відділення юридичних наук, м. Рига, Латвія
магістр/аспірант Університету ім. Р. Гордона (м. Абергін, Шотландія),*

Петліна Тетяна Валеріївна,

фармацевт, магістрант Університету «КРОК» за програмою «Громадське здоров'я»

Порушення конфіденційності медичної інформації пацієнтів, отриманої медичними працівниками під час консультацій і виконання обстежень пацієнтів, може призводити до вкрай негативних наслідків у житті пацієнтів: розпаду сімей, дискримінації в трудових правах, а подекуди соціальної стигматизації особи через наявність певного захворювання. Пацієнти намагаються захистити свої права і звертаються до суду з позовами до медичних працівників та закладів охорони здоров'я, вимагаючи відшкодування збитків. Вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) ще з 1980-х років став соціально-небезпечною хворобою, ліків від якої на той час не існувало. У сучасній практиці реєстри пацієнтів, що мають ВІЛ-позитивний статус, є зашифрованими і, як правило, добре захищені від витоків медичної інформації. Однак, як показують обставини справи №205/9115/19, постанову у якій було винесено Верховним Судом України (Касаційним Цивільним Судом у складі Верховного Суду України) 29 червня 2022 року, розголошення такої інформації може відбуватися під час передання її від медичного працівника до інших осіб, а сама медична інформація може бути записана на паперових носіях, і бути зашифрована кодовою назвою [1]. Автори статті акцентують увагу на необхідності високопрофесійного навчання медичного персоналу закладів охорони здоров'я роботі з електронною документацією пацієнтів, у тому числі і з даними щодо ВІЛ-статусу пацієнтів, оскільки розголошення такої інформації порушує норми законодавства та призводить до серйозних негативних наслідків у житті постраждалої сторони (пацієнта чи пацієнтки), що зі свого боку призводить до позовів проти медичних працівників і закладів охорони здоров'я.

Практика Верховного Суду України в справах щодо недбалості медичних працівників та захисту прав пацієнта значно збільшилася в останні роки. Так, Верховним Судом України було вирішено низку цивільних справ щодо недбалості медичних працівників (див., наприклад: постанова від 15 листопада 2018 року в справі 761/24076/15-ц; постанова від 27 лютого 2019 року в справі №755/2545/15-ц; постанова від 25 листопада 2019 року в справі №264/7310/15; постанова від 27 листопада 2019 року в справі №661/2894/16-ц; постанова від 19 січня 2022 року в справі №308/4164/15-ц; постанова від 09 лютого 2022 року в справі №161/7881/20 [2] [3] [4] [5] [6] [7]), а також низку кримінальних справ стосовно вчинення серйозної недбалості медичними працівниками за статтею 140 Кримінального кодексу України (постанова від 20 квітня 2021 року в справі №712/12532/14-к; постанова від 30 червня 2022 року в справі №460/703/17 [8] [9]); щодо інформованої згоди пацієнта (постанова Верховного Суду України від 14 березня 2018 року в справі №537/4429/15-ц [10]); вакцинації малолітніх та неповнолітніх осіб без згоди батьків (постанова від 05 грудня 2018 року в справі №128/2994/15-ц; постанова від 21 липня 2021 року в справі №572/3616/19 [11] [12]); допоміжних репродуктивних технологій (постанова від 03 серпня 2022 року в справі №344/1962/19 [13]), а також питання порушення конфіденційності медичної інформації – постанова від 04 грудня 2019 року в справі №760/8719/17 (недопустимість розголошення відомостей про перебування позивачки на лікуванні у психіатричних лікарнях) та постанова від 11 листопада 2020 року в справі №442/4791/17 (щодо права пацієнта на доступ до медичної документації) [13] [14]. У Постанові Верховного Суду від 29 червня 2022 року в справі №205/9115/19 Верховний Суд України роз'яснив, у яких випадках розголошення медичним працівником інформації щодо ВІЛ-статусу пацієнта є допустимим за нормами законодавства України, а в яких – ні. Огляду цієї Постанови Верховного Суду України і присвячено дані тези доповіді. Практика Верховного Суду України формує правові висновки щодо застосування норм матеріального і процесуального права, що має значну цінність для суддів, юристів і науковців, які практикують у сфері юридичних наук та багатьох інших наук, дотичних до сфери юриспруденції.

Верховний Суд України вирішив частково задовольнити касаційну скаргу позивачки. Суд наголосив, що інформація щодо ВІЛ-статусу є конфіденційною та становить лікарську таємницю, вказавши про обов'язок зберігання такої інформації конфіденційною медичними працівниками згідно з частиною 3 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», а передання такої інформації є допустимим лише у випадках, передбачених цим Законом. Суди I та II інстанцій, як зазначається Верховним Судом, дійшли висновку, що відповідачі не допустили розголошення інформації про стан здоров'я позивачки своїми діями, адже 1) чоловік позивачки вже раніше знав про цей діагноз; 2) діагноз був перенесений з наданої первинної документації; 3) діагноз був переданий лікареві-психіатру з метою лікування позивачки надалі, проте з висновками судів I та II інстанцій Верховний Суд України не погодився, пояснивши, що на основі аналізу положень частини 4 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», передання інформації стосовно ВІЛ-статусу пацієнта іншим медичним працівникам, або іншим закладам охорони здоров'я можливе за таких умов: 1) за письмовою усвідомленою згодою особи, що живе з вірусом імунодефіциту; 2) виключно для цілей лікування хвороб, зумовлених ВІЛ; 3) факт обізнаності лікаря про діагноз має істотне значення для лікування. Тому, як пояснює Верховний Суд України, якщо суд встановить, що передання інформації відбулося саме за цих умов – тоді дії медичних працівників слід вважати правомірними, однак якщо вказані умови не дотримані, тоді відповідно ні. Суд наголосив, що суди нижчих інстанцій не врахували, що позивачка чітко заявляла, що письмової згоди на таке передання інформації не надавала, і не було доведено того, що передання інформації щодо ВІЛ-статусу позивачки було необхідним через істотне значення для лікування позивачки, чи ця інформація обов'язково потребувалася лікарю. Таким чином, Верховний Суд України дійшов висновку про те, що суди I та II інстанцій неправильно застосували положення частини 4 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Суд також відзначив, що частина 5 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» встановлює вичерпний перелік підстав, за яких медичному працівникові дозволено розголошувати інформацію щодо ВІЛ-статусу особи її партнеру (партнерам), а саме: 1) за зверненням особи, що живе з ВІЛ-інфекцією з відповідним проханням; 2) особа, що живе з ВІЛ-інфекцією померла, або втратила свідомість, або, ймовірно, не опритомніє, та не буде спроможна відновити здатність надати згоду.

Таких обставин у цій справі не існувало, і Суд зауважив, що обізнаність другого партнера (у цьому випадку – чоловіка позивачки) у факті наявності в особи ВІЛ-інфекції не передбачена як підстава для розголошення такої інформації медичним працівником у положеннях частини 5 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»; за висновком Суду, позиція судів I та II інстанцій стосовно того, що лікарка-невропатолог законно розголосила інформацію щодо ВІЛ-статусу позивачки, була помилковою. Говорячи про порушення права на приватність, Верховний Суд України наголосив, що розголошення такої інформації може вкрай негативно позначитися на житті особи, включно з тим, що пацієнти не будуть зацікавлені в тому, аби дізнатися діагноз, а потім – отримати необхідну медичну допомогу. Розглядаючи справу з погляду статті 8 Європейської конвенції з прав людини, Верховний Суд України дійшов висновку, що таке порушення мало місце, і розголошення медичної інформації не було належним чином обґрунтованим. У той же час Суд пояснив, що у задоволенні позовних вимог до лікарки-невропатолога слід відмовити, адже позивачка звернулася з позовом як до лікарні, так і до лікарки-невропатолога, однак вона не пред'явила до неї самостійних позовних вимог, а оскільки позовні вимоги пред'являлися до посадової особи лікарні, то лікарні й належало відповідати за цим позовом. Таким чином, лікарка-невропатолог не може вважатися належним відповідачем у цій справі, оскільки спір виник з лікарнею, від імені якої, як юридичної особи, діяла лікарка, і в такому разі її дії (або бездіяльність), через які і виник спір, створюють правові наслідки до самої юридичної особи (у цьому випадку – закладі охорони здоров'я, де була працевлаштована лікарка-невропатолог). Отже, Верховний Суд України постановив задовольнити касаційну скаргу позивачки частково, скасувавши рішення судів I та II інстанцій, ухваливши нове рішення про часткове задоволення позову [1].

Ця Постанова Верховного Суду України посприяла формуванню нових правових висновків в аспектах тлумачення норм матеріального права в контексті інформації про стан здоров'я пацієнта, а також щодо застосування винятків, за яких розголошення або передання інформації про стан здоров'я пацієнта є правомірною та відповідає вимогам закону. Так, у постанові від 04 грудня 2019 року у справі №760/8719/17 [13] наголосив на вичерпності переліку випадків, за яких допускається передання інформації щодо психічного стану пацієнта, як передбачено частинами 3, 4 та 5 статті 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» [16]. У постанові від 11 листопада 2020 року у справі №442/4791/17 [14] Верховний Суд України класифікував інформацію, що становить медичну таємницю, а також роз'яснив, коли допускається надання доступу до медичної документації пацієнта за адвокатським запитом, у разі того, що адвокат/адвокатка представляє інтереси клієнта/клієнтки, і є належним чином уповноважений/уповноважена за договором про надання правової допомоги клієнтом/клієнткою на обробку медичної інформації. У постанові від 29 червня 2022 року в справі №205/9115/19 Верховний Суд України надав роз'яснення щодо застосування статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» відносно випадків, коли передання інформації про ВІЛ-позитивний статус особи третім особам слід вважати правомірним.

Слід додати, що як у постанові від 04 грудня 2019 року в справі №760/8719/17, так і в постанові від 29 червня 2022 року в справі №205/9115/19, позиція Верховного Суду щодо правомірності розголошення медичної інформації в окремих випадках, передбачених законом, виражається у конкретності відповідності такого випадку передбаченому законом обмеженню. Таким чином, інститут лікарської (медичної) таємниці допускає виключно ті обмеження, які передбачаються законом.

Використані джерела

1. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 29 червня 2022 року у справі №205/9115/19, провадження №61-10283св21.
2. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду від 15 листопада 2018 року у справі №761/24076/15-ц, провадження №61-26051св18.
3. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 27 лютого 2019 року у справі №755/2545/15-ц, провадження №61-47866св18.
4. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду від 25 листопада 2019 року у справі №264/7310/15-ц, провадження №61-32917св18.
5. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 27 листопада 2019 року у справі №661/2894/16-ц, провадження №61-18365св18.
6. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 19 січня 2022 року у справі №308/4164/15-ц, провадження №61-850св21.
7. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 09 лютого 2022 року у справі №161/7881/20, провадження №61-11435св21.
8. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного кримінального суду від 20 квітня 2021 року у справі №712/12532/14-к, провадження №51-6099 км 20.
9. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного кримінального суду від 30 червня 2022 року у справі №460/703/17, провадження №51-834 км 22.
10. Постанова Верховного Суду України в складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду від 14 березня 2018 року у справі №537/4429/15-ц, провадження №61-4449св18.
11. Постанова Верховного Суду України у складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду від 21 липня 2021 року у справі №572/3616/19, провадження №61-13844св20.
12. Постанова Верховного Суду України у складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду від 03 серпня 2022 року у справі №344/1962/19, провадження №61-3085св22.
13. Постанова Верховного Суду України у складі колегії суддів Третьої судової палати Касаційного цивільного суду від 04 грудня 2019 року у справі №760/8719/17, провадження №61-9359св19.
14. Постанова Верховного Суду України у складі колегії суддів Першої судової палати Касаційного цивільного суду від 11 листопада 2020 року у справі №442/4791/17, провадження №61-37882св18.
15. Закон України від 12.12.1991 №1972-XII «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1992, №11, ст. 152).
16. Закон України від 22.02.2000 №1489-III «Про психіатричну допомогу» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, №19, ст. 143).

ПОТРЕБА РЕНОВАЦІЇ ОСНОВ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Литвинова Ольга Несторівна,

*кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
Тернопільського національного медичного університету імені Івана Горбачевського*

Основи законодавства України про охорону здоров'я є стратегічним програмним документом для системи охорони здоров'я держави, що підтверджується його тридцятирічним існуванням. За цей період до Основ внесено чимало суттєвих змін і правок, пов'язаних зі змінами в соціально-економічному просторі. Проте його стратегічна програмна суть не мінялася.

Так, у зв'язку з реформою, а точніше ліквідацією санепідемслужби, довелося міняти терміни "медико-санітарна допомога" і "лікувально-профілактична допомога" на "медична допомога", усунувши при цьому санітарну та профілактичну діяльність із функціональної структури закладу охорони здоров'я.

У тексті Основ законодавства України про охорону здоров'я усунуто термін "Міністерство охорони здоров'я України" і замінено його на "центральный орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я", підкресливши таким чином його структурне положення у владі та зацентрувавши на його головній функції забезпечення формування державної політики у сфері охорони здоров'я [1].

Останні зміни в Основах стосувалися реформи інфраструктури системи медичної допомоги [2], суть якої полягає у диференціації лікувальних закладів залежно від їх можливостей надання медичної допомоги, враховуючи складність випадку та важкість стану пацієнта. Тому загальне визначення закладу охорони здоров'я залишилося незмінним, а спеціалізована структура закладів – ні. Тепер у нас буде загальний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад і забезпечує базові напрями стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до кластерних і надкластерних закладів охорони здоров'я. Розраховуватиметься їх кількість з огляду на можливості обслуговувати 50 – 80 тис. населення переважно за географічним принципом.

Вищий рівень надання медичної допомоги надаватиме кластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні у найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України, та орієнтований на обслуговування 150 тисяч населення. І найвищий рівень, який фактично надаватиме уже вузькоспеціалізовану допомогу, це надкластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, у якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямками медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України, практично це більшість обласних лікарень.

Усі ці заклади будуть працювати на території госпітального округу, у межах якого забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

Виникає питання, чи доцільно в Основах законодавства України про охорону здоров'я конкретно вказувати чисельність обслуговування населення. Територія України дуже неоднаково заселена і має дуже різну логістику, а після війни ця неоднорідність ще більше посилиться, то ж дотримуватись такого визначеного завантаження буде дуже проблематично.

У світлі сучасного розвитку цифрових технологій внесено поняття електронної системи охорони здоров'я, що представляє собою інформаційно-комунікаційну систему, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною інформацією, шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

Розмежовуються поняття медичної допомоги, як діяльності професійно підготовлених медичних працівників, спрямованої на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами та поняття медичного обслуговування, як діяльності закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, але такої, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням. Таким визначенням законодавство ніби не передбачає поняття медичної послуги в царині лікування. Водночас у цьому законодавчому акті дається визначення послуги з медичного обслуговування населення (медична послуга), у тому числі реабілітаційної, як такої, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Із вище написаного абсолютно резонно випливає, що допомога від послуги відрізняється оплатою. Але з огляду на трактування, що замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт, то випливає, що все у сфері лікування є послугою, бо у будь-якому випадку хтось за це платить. Отож, доцільніше, мабуть, було б розглядати цю ситуацію виключно з ракурсу пацієнта. Саме він отримує допомогу, якщо особисто її не оплачує і послугу, якщо має причетність до безпосередньої оплати. Держава ж у цій ситуації, безумовно закуповує виключно медичні послуги, бо оплачує їх.

Визначення охорони здоров'я, як системи заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя, залишилося незмінним. Доповнено цю позицію суб'єктами, які мали би здійснювати ці заходи, а це – органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи – підп.риємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни.

І тут слід відмітити, що акцент знову ж таки зроблено не стільки на, власне, охороні здоров'я, як на процесі медичної практики, себто лікуванні. Але ж у системі охорони здоров'я пріоритет не на лікуванні, а на профілактиці, про що і говориться в статті 5 цього законодавчого акта. І в нас уже створена служба громадського здоров'я, яка б мала займатися саме комплексними превентивними заходами. Але ця позиція поки в Основах законодавства про охорону здоров'я слабо розвивається.

У цьому ж ключі звуженого поняття подано визначення стану здоров'я, як загального показника чомусь лише для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Додано також, що стан здоров'я ще може охоплювати інші обставини, такі як вагітність, старіння, стрес, вроджена аномалія або генетична схильність. За Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я кодуються не стани здоров'я, а відхилення від нього та чинники, що призводять до таких відхилень. Дивне визначення стану здоров'я, яке не характерно ні для окремої фізичної особи, ані для групи населення. Бо стан здоров'я фізичної особи буде включати її фізичний розвиток і стан, а не перелік її хвороб, бо це вже буде стан нездоров'я. Якщо ж ідеться про стан здоров'я населення, то в першу чергу – це демографічні показники і очікувана тривалість життя. А запропоноване визначення більш притаманне стану захворюваності. У цьому стратегічному документі, дійсно, більше би пасувало говорити про стан саме здоров'я, як окремої особи, так і суспільства.

Дуже стратегічно цінним, особливо в час пандемій і війни, є висвітлення поняття телемедицини як комплексу дій, технологій і заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі.

Відрядно, що уже 30 років зберігається основний принцип охорони здоров'я в Україні – це визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України. Далі стаття 5 декларує позицію, що охорона здоров'я – загальний обов'язок суспільства та держави і стверджує, що державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення й окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу особам, які її потребують за станом здоров'я, особам з інвалідністю та потерпілим від нещасних випадків, сприяти працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Але про високий ступінь декларативності цього принципу і похідної статті свідчать не найкращі показники смертності та захворюваності українського народу, як і середня тривалість його життя. Очевидно, що слід розробляти більш дієві програми збереження здоров'я і застосовувати більш впливові санкції за їх невиконання.

Особливої уваги заслуговує стаття 6 «Право на охорону здоров'я», у якій практично визначаються основні складові, які забезпечують здоров'я людини – це а) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини; б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище; в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає; г) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку; ґ) кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров'я. Найчутливіша перша позиція щодо життєвого рівня, на основі якого має будуватися мінімальний прожитковий рівень. Вихідним критерієм побудови такого рівня має бути мінімальне забезпечення збереження здоров'я, тобто його невтрати. Логічно, що ці рівні може визначити виключно лікар на основі розрахованих гігієнічних нормативів. І затверджено це положення було 30 років тому в Основах законодавства України про охорону здоров'я. Що ж ми маємо в реальному житті? Через сім років після прийняття Основ у 1999 році був прийнятий Закон України №38 «Про прожитковий мінімум» [3]. У цьому Законі прожитковий мінімум визначався, як вартісна величина достатнього для забезпечення нормального функціонування організму людини, збереження його здоров'я набору продуктів харчування, а також мінімального набору непродовольчих товарів і послуг, необхідних для задоволення основних соціальних і культурних потреб особистості. Як бачимо, позиція житла випала, як життєво необхідна річ.

Зрозуміло, що найнеобхіднішою складовою прожиткового мінімуму є харчування, або, як його сьогодні називають, – продуктовий кошик. Набір продуктів харчування формується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, з використанням нормативів фізіологічної потреби організму людини в продуктах харчування з огляду на їх хімічний склад та енергетичну цінність з урахуванням рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я [4]. На перший погляд – видається вичерпно професійно – займаються лікарі, на основі нормативів.

Навіть наказ МОЗ України «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії» №1073 від 03.09.2017 є з цього приводу. Чого ж хотіти? А от у цьому наказі є норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії у ккал, грамах і мікрограмах добової норми білків, жирів, вуглеводів, мікроелементів і вітамінів. Є навіть рекомендовані норми споживання мінеральних та біологічно активних речовин (БАДи) їжі із встановленою фізіологічною дією на організм. А хто і як їх перераховує у конкретні продукти та оцінює їх вартість – законодавство мовчить. Законодавчо затверджено, що цей набір продуктів харчування та набір непродовольчих товарів визначаються в натуральних показниках, набір послуг – у нормативах споживання не рідше одного разу на п'ять років.

Набір непродовольчих товарів формується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері економічного розвитку, з використанням нормативів забезпечення засобами гігієни, медикаментозними засобами, засобами захисту організму людини від впливу навколишнього середовища, а також засобами для влаштування побуту. Непродовольчі товари, а це в основному одяг, на законних основах визначають уже не лікарі, а економісти, пишуть, що на основі гігієнічних нормативів. Була постанова КМУ від 11 жовтня 2016 р. №780 «Про затвердження наборів продуктів харчування, наборів непродовольчих товарів та наборів послуг для основних соціальних і демографічних груп населення». Але Окружний адміністративний суд міста Києва 25 квітня 2018 року рішенням №826/363/17 визнав нечинною та скасував цю постанову [5].

Для уяви про реальність прожиткового рівня ми скористалися цими орієнтирами і визначили вартість лише продуктового кошика за цінами, які моніторилися Кам'янською міською радою з 25.02.2022 по 04.03.2022. Приблизна вартість такого кошика для дітей становила 2230 грн, коли весь прожитковий мінімум в Україні для цієї категорії дітей за цей період становив 2100 гривень [6].

Такі ж нереальні розрахунки уповноваженими центральними органами виконавчої влади у сферах надання відповідних послуг проводяться і стосовно набору послуг, до яких включаються житлово-комунальні, транспортні, побутові послуги, послуги зв'язку, закладів культури, освіти, охорони здоров'я тощо.

Прожитковий мінімум встановлюється Кабінетом Міністрів України після проведення науково-громадської експертизи сформованих набору продуктів харчування, набору непродовольчих товарів і набору послуг. Практика показує, що така науково-громадська експертиза більше міф ніж реальність.

Отож, враховуючи, що саме медичні працівники покликані стояти на сторожі охорони здоров'я і саме вони вперше підняли питання професійності встановлення прожиткового мінімуму, слід в Основах чіткіше пропрацювати цю позицію і виходити з інтересів здоров'я населення, а не можливостей бюджету.

Гарантії права на охорону здоров'я, що описується у статті 7, зазначені в достатньо повному обсязі, власне, для охорони здоров'я. Що ж до фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних і реабілітаційних послуг і лікарських засобів у порядку, встановленому законом, то слід було б зацентрувати, що не менше рівня їх собівартості.

В Основах стверджується, що охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу. Такий задекларований підхід не реалізовувався жодного разу за 30 років. Навіть зараз, коли система активно реформується, акцент робиться на економії витратних коштів, водночас вимагаючи від медичного персоналу підвищення якості. Напевно доцільно відійти від установлення відсотків ВВП, а тим більше національного доходу. І поставити чітку гарантію фінансування реальної вартості пакета медичних гарантій.

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я. Але слід зацентрувати, що ця політика має будуватися на пріоритеті саме охорони здоров'я, а не на організації медичної практики.

Керівники державних і комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України [7].

Цей порядок формально забезпечує відкритість та гласність обрання керівника, а фактично грає на руку усталеній структурі. Превалююча роль людського фактора не сприяє виключенню корупційної складової у цих виборах. Доцільно було б від повторних претендентів на посаду генерального директора закладу охорони здоров'я вимагати розширеного звіту про ефективність діяльності закладу, його економічну рентабельність, якісні показники лікувального процесу, оцінку матеріального забезпечення закладу, динаміку заробітної плати персоналу та власної заробітної плати. Тобто слід враховувати кількісну оцінку виконання функціональних обов'язків керівника. До претендентів, що вперше беруть участь у конкурсі, слід вимагати обґрунтування прогнозних розрахунків цих показників.

В Основах відмічається, що держава забезпечує нагляд і контроль за створенням сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяє громадському контролю з цих питань.

Контроль і нагляд за створенням сприятливих для здоров'я умов праці в приватному секторі сьогодні в Україні вкрай проблематичний. Пов'язано це із цілою низкою чинників і орієнтоване в основному на виявлення неоформлених працівників. Що ж до самих умов праці та створення сприятливих для здоров'я умов праці, то такі перевірки проводяться за попередньо (не менше як 10 днів) погодженим графіком і, звичайно, є малоефективними. Тож надалі в удосконаленні цього законодавчого акта слід більше акцентувати на ефективності нагляду та контролю за сприятливими для здоров'я умовами праці.

Стаття 30 «Запобігання інфекційним захворюванням, небезпечним для населення» збереглась у первинному вигляді і фактично є стратегічною базою для побудови законів «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [8], «Про захист населення від інфекційних хвороб» [9] і «Про систему громадського здоров'я» [10]. В Основах така редакція є цілком прийнятною, а от до згаданих законів є чимало зауважень, які потребують узгодженості та корекції.

Для збереження та охорони здоров'я особливо важливою є стаття 32 «Сприяння здоровому способу життя населення». У ній стверджується, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, здійснення заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом,

розвиток мережі лікарсько-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, на боротьбу зі шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя. Паралельно з цим в Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. Однак усі ці позиції будуються на впливі переконання та пробудження високої свідомості людей до мотивації бути здоровими. Сила переконання – це найпотужніший мотиваційний чинник, водночас він найважче і найдовше плекається, тому наразі і найрідкісніший у поширеності.

Найоперативніше діють мотиваційні чинники страху та вигоди. Чинник страху часто використовують медичні працівники як аргументацію для мотивації хворого до профілактики, вакцинації чи лікування тим чи іншим способом. Чинник вигоди у нашому матеріальному світі на сьогодні найдієвіший. Саме маніпулюючи ним, можна досягти ідеальної рівноваги, коли державі будуть вигідні здорові люди, бо витратитися на їх лікування треба буде значно менше і людині вигідніше буде бути здоровою, від цього вона теж матиме певну користь. Сьогодні ж система працює на матеріальну стимуляцію хворих через систему різноманітних пільг і допомог, субсидій тощо. Здорові люди не мають жодних заохочень до здоров'я. Ці ж питання стосуються і медичного персоналу, якого сьогодні всілякими способами матеріально стимулюють за лікування хворих і ніяк за профілактику. Лікар сьогодні не зацікавлений у здоров'ї населення, бо це йому не приносить ніяких дивідендів. Таким чином, в Основи законодавства України про охорону здоров'я слід внести позицію вагомих мотиваційних чинників щодо пріоритету здоров'я населення та антимотиваторів захворювання.

Слід також відмітити, що реклама тютюнових виробів, алкогольних напоїв та інших товарів, шкідливих для здоров'я людини, здійснюється відповідно до Закону України "Про рекламу" [11], як і лікарських засобів. Незважаючи на численні обмеження такої реклами у цьому Законі, її все-таки достатньо багато в засобах масової інформації та на зовнішніх носіях. Доцільніше було б зовсім заборонити таке рекламування, а кошти з акцизу на ці товари спрямовувати в русло охорони здоров'я, про що вже неодноразово йшлося на різних рівнях обговорення цих питань із уст фахівців охорони здоров'я.

У статті 33 говориться, що на період встановлення карантину, запровадження надзвичайної ситуації, надзвичайного або воєнного стану до надання медичної допомоги можуть залучатися в порядку,

визначеному Кабінетом Міністрів України, фармацевтичні працівники, здобувачі вищої освіти 4 – 6 років навчання за спеціальностями галузі знань 22 "Охорона здоров'я", молодші спеціалісти з медичною освітою, лікарі-інтерни, а також лікарі-спеціалісти без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії. Щодо залучення до надання медичної допомоги здобувачів вищої освіти 4 – 6 років навчання – навіть у таких надзвичайних ситуаціях слід наголосити, що це можливо лише в обсягах допоміжного персоналу, але аж ніяк не самостійної діяльності, позаяк ці особи, не маючи закінченої освіти, не нестимуть ніякої відповідальності за свої помилкові чи непрофесійні дії.

Прикінцеві та перехідні положення не є настільки стратегічними і стабільними питаннями, які потребують фіксації в Основах законодавства України про охорону здоров'я, однак, безперечно, повинні бути зафіксовані в похідних законодавчих актах в системі медичної допомоги.

Використані джерела

1. Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, №4, ст. 19) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
2. Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги №2347-IX від 1 липня 2022 року . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#n8>
3. Закон України Про прожитковий мінімум (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1999, №38, ст. 348) Електронний ресурс. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-14#Text>
4. Наказ МОЗ України Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії №1073 від 03.09.2017 Електронний ресурс. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1206-17#n14>
5. Постанова КМУ від 11 жовтня 2016 р. №780 Про затвердження наборів продуктів харчування, наборів непродовольчих товарів та наборів послуг для основних соціальних і демографічних груп населення (додатково рішення Окружного адміністративного суду міста Києва №826/3639/17 від 25.04.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/780-2016-%D0%BF#Text>

6. Аналіз моніторингу рівня роздрібних цін на окремі види нафтопродуктів (грн., коп./л), що проводиться департаментом муніципальних послуг та регуляторної політики Кам'янської міської ради з 25.02.2022 по 04.03.2022

URL: https://kam.gov.ua/ua/news/pg/40322457886165_p12/

7. Постанова КМ України «Про затвердження Порядку укладення контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я та типових форм контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 21 серпня 2019 р., №792. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/792-2019-%D0%BF#n14>

8. Закон України Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення №4004-XII, редакція від 14 січня 2021 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>

9. Закон України Про захист населення від інфекційних хвороб №1645-III, від 10 грудня 2021 року.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>

10. Закон України Про систему громадського здоров'я №2573-IX, від 6 вересня 2022 року.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

11. Закон України "Про рекламу" №270/96-ВР від 3 липня 1996 року.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270/96-%D0%B2%D1%80#Text>

ЗМІНА ПІДХОДІВ ДО ВСТАНОВЛЕННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КНП

Миколаєць Юлія Михайлівна,
адвокат АО «Юридична фірма «Статус»

Платні медичні послуги, їх розрахунок та, як наслідок, встановлення на економічно обґрунтованому рівні – актуальна і часто дуже проблемна тема для всіх закладів охорони здоров'я. Проте, якщо для приватних закладів це завжди було насамперед питанням економічним і охоплювало фактори собівартості, прибутку та конкуренції, то для комунальних – до останнього часу це було ще й питанням складного узгоджувального процесу, який мав відповідати низці законодавчо встановлених вимог.

Стаття 49 Конституції України встановлює, 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. 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. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [1].

Закріпивши в Конституції України повну безоплатність надання медичної допомоги в державних та комунальних закладах, законотворець, окрім фіксації нереальної в рамках обмеженості бюджетного фінансування ситуації, створив ще й певну колізію з нормами Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи). Відповідно до редакції статті 18 Основ, чинної на момент прийняття Конституції України, встановлювалося, що фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Всі заклади охорони здоров'я мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями і окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги в галузі охорони здоров'я [2].

Ґрунтуючись на законодавчо закріпленій Основами можливості встановлювати плату за послуги охорони здоров'я, Кабінет Міністрів України з метою конкретизації платної медичної допомоги приймає постанову від 17.09.1996 №1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах» (далі – Перелік №1138) [3], якою закріплює 26 платних послуг щодо надання лікувально-профілактичної допомоги, 9 послуг, що не пов'язані з обов'язками закладів охорони здоров'я щодо надання лікувально-профілактичної допомоги, та 14 послуг, що надаються у вищих медичних закладах освіти. Перелік №1138 надалі неодноразово оновлювався, зужувався та розширювався. Міністерство охорони здоров'я України зі свого боку видало наказ №358/273 від 18.12.1997 «Про затвердження Порядку надання платних послуг у державних (комунальних) закладах, установах охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та одержання добровільної компенсації від хворих» [4]. Вказаним наказом МОЗ України №358/273 встановлювалися такі вимоги до організації платних послуг та контролю за дотриманням вимог щодо їх якості в комунальному закладі охорони здоров'я:

- одержання згоди на надання платних послуг від відповідного органу охорони здоров'я, якому підпорядкований заклад (МОЗ України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласні, Київське, Севастопольське міські управління охорони здоров'я тощо);
- створення структурного підрозділу та затвердження відповідного положення про відділення (кабінети), в яких послуги надаються виключно за плату, визначення відповідальних за конкретні види робіт з надання платних послуг, встановлення їх прав та обов'язків;
- надання платних послуг здійснюється персоналом закладів у вільний від основної роботи час або окремим персоналом цих підрозділів у робочий час;
- ціни та тарифи на платні послуги встановлюються органами виконавчої влади;
- прибуток від надання платних послуг, що залишається у розпорядженні закладу, спрямовуються, в першу чергу, на покриття потреби в коштах на зарплату закладу в цілому, покриття інших першочергових витрат закладу.

Окрім того, згідно з Переліком №1138 лікувально- та санітарно-профілактичним закладам дозволялося, крім надання платних послуг згідно із затвердженим переліком, приймати від хворих добровільну компенсацію за надані їм інші медико-санітарні послуги. Добровільна компенсація визначалася як відшкодування хворими витрат за надання медико-санітарної допомоги, яка приймається виключно на підставі заяви хворого.

Наявність вказаних нормативних актів давала змогу комунальним закладам, з одного боку, отримати додаткове фінансування, а з іншого – частково зняти навантаження з державного бюджету на утримання системи медичних закладів.

Проте відсутність на рівні закону розмежування та конкретизації видів медичної допомоги, яка надається безкоштовно та за плату, призвела в результаті до кількох розглядів цього питання Конституційним Судом України.

25 листопада 1998 року Конституційним Судом України було винесено рішення у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" (справа про платні медичні послуги) [5]. Визнано такими, що не відповідають Конституції України (є неконституційними), положення Переліку №1138 в частині затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти, передбачених розділами I та II, і положення щодо дозволу лікувально- та санітарно-профілактичним закладам приймати від хворих плату за надані їм інші медичні послуги як внесення добровільної компенсації. Визнаючи неконституційним низку положень Переліку №1138, Конституційний Суд виходив з того, що закріплені в ньому послуги підпадають під поняття «медична допомога» і з огляду на приписи статті 49 Конституції України мають надаватися безоплатно. Необґрунтованим визнано посилання представників Кабінету Міністрів України на частину другої статті 49 Конституції України, оскільки вона не ставить реалізацію положення частини третьої цієї статті про надання безоплатної медичної допомоги в державних закладах охорони здоров'я у пряму залежність від їх державного фінансування. У ній йдеться про забезпечення державним фінансуванням соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, спрямованих на охорону здоров'я. Забезпечення права на одержання безоплатної медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я – це лише одна з найважливіших складових названих програм.

При цьому Конституційний Суд висловив важливе зауваження, яке стало визначальним надалі регулюванні платних послуг, а саме: «Конституційний Суд України вважає, що вихід з критичної ситуації, яка склалася з бюджетним фінансуванням охорони здоров'я, не в запровадженні практично необмеженого переліку платних медичних послуг, а в зміні відповідно до названих положень Конституції України концептуальних підходів до розв'язання проблем, пов'язаних із забезпеченням конституційного права на медичну допомогу, - розробці, затвердженні та впровадженні відповідних загальнодержавних програм, в яких був би чітко визначений гарантований державою (у тому числі державним фінансуванням) обсяг безоплатної медичної допомоги всім громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, запровадженні медичного страхування та ін.».

У зв'язку із вказаним рішенням Конституційного Суду України від 25 листопада 1998 року була прийнята постанова КМУ про визнання такими, що втратили чинність, окремих положень Переліку №1138 та скасовано наказ МОЗ №358/273 "Про затвердження Порядку надання платних послуг у державних (комунальних) закладах, установах охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та одержання добровільної компенсації від хворих".

Надалі Конституційний Суд України знову повернувся до питання безоплатної медичної допомоги. Своїм рішенням від 29 травня 2002 року №10-рп/2002 у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України 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) [6]. Конституційний Суд України у своєму рішенні визначив ключові поняття:

як щодо безоплатності:

- положення частини третьої статті 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. Словосполучення "безоплатність медичної допомоги" означає неможливість стягування з громадян плати за таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків (готівкою або безготівковими): чи у вигляді "добровільних внесків" до різноманітних медичних фондів, чи у формі обов'язкових страхових платежів (внесків) тощо;

так і щодо оплатності медичних послуг:

- не забороняється можливість надання громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги (за термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я – «медичних послуг другорядного значення», «парамедичних послуг»), у зазначених закладах за окрему плату. Перелік таких платних послуг не може вторгатися у межі безоплатної медичної допомоги і відповідно до вимог пункту 6 частини першої статті 92 Конституції України має встановлюватися законом.

Вказані висновки Конституційного Суду України хоч і не давали чіткого переліку критеріїв розмежування платних та безоплатних медичних послуг/медичної допомоги, проте підтверджували можливість надання медичних послуг за плату та умови їх запровадження в порядку, встановленому законом.

Надалі постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 №989 було оновлено Перелік №1138 [7]. А Законом України від 07.07.2011 №3611-VI статтю 8 Основ доповнено новою частиною другою, згідно з якою було нарешті чіткіше визначено об'єм безоплатної медичної допомоги, а саме закріплено, що «кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я; третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я; паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я».

Наступним етапом «легалізації» платних медичних послуг стали два закони, а саме:

1) Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 №2168-VIII, яким у редакції статті 10 на момент прийняття передбачалося, що «у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які є надавачами медичних послуг за програмою медичних гарантій, обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг» [8] (вказане положення наприкінці 20.12.2019 було виключене);

2) Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 2002-VIII, яким було внесено зміни до статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [9] та визначено, що «послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт». Кардинальних змін зазнала і основоположна для платних послуг стаття 18 Основ, якою тепер встановлювалося, що відповідно до бюджетного законодавства здійснюється фінансове забезпечення виключно державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ. Медична допомога надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення.

Перетворення закладів охорони здоров'я у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства (далі – КНП) додатково надало цим підприємствам підстави впроваджувати у себе платні медичні послуги, які не входять до програми медичних гарантій, оскільки обґрунтування безоплатності надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах завжди пов'язувалося з їх бюджетним утриманням, тоді як після автономізації такі заклади охорони здоров'я втратили статус бюджетних установ.

Щодо «процесуальної частини» – механізму реалізації КНП законодавчо встановленого права надавати платні медичні послуги поза договором про медичне обслуговування населення, укладеним з Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ), то такий механізм складався з таких етапів:

1. Внесення змін до статуту КНП (включення положення про можливість КНП надавати платні медичні послуги);
2. Складення та затвердження положення про платні послуги;
3. Розроблення тарифів (цін) на платні послуги;
4. Затвердження або погодження власником КНП положення про платні послуги, переліку тарифів (цін) на платні послуги.

Саме останні два етапи завжди були найважчими, оскільки залежали не лише від визначення ціни медичної послуги (визначеної на підставі економічно обґрунтованих планової собівартості, планових витрат на одиницю калькулювання, і витрат на розвиток закладу, граничного рівня рентабельності (від 15 до 30 %)), але й від її затвердження органами влади, які при оцінюванні тарифів часто керувалися не підставами економічної виваженості, а популістичними підходами щодо необхідності максимального зниження цін для населення на медичну допомогу. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)» від 25 грудня 1996 р. №1548 [10] саме Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації регулювали (встановлювали) тарифи на платні послуги, що надають лікувально-профілактичні державні і комунальні заклади охорони здоров'я.

Водночас згідно з абзацом 2 пункту 1 постанови №1548 повноваження, зазначені у додатку (п. 12), не поширюються на тарифи, що встановлюються для комунальних підприємств, які уклали договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ. У зв'язку з цим надалі механізм встановлення платних послуг КНП частково трансформувався в частині, пов'язаній з останнім етапом.

Відповідно до положень Закону України «Про ціни та ціноутворення» передбачено, що ціни на послуги, що виходять за межі державного гарантованого пакета медичної допомоги та не покриваються бюджетним фінансуванням, встановлюються постачальниками медичних послуг. Державне регулювання цін здійснюється КМУ, органами виконавчої влади, державними колегіальними органами та органами місцевого самоврядування відповідно до їх повноважень (частина 1 статті 13 Закону України «Про ціни та ціноутворення» від 21.06.2012 №5007-VI).

Відповідно до підпункту 2 пункту «а» статті 28 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» визначено право виконавчих органів міських рад встановлювати тарифи на платні послуги. Окрім того, згідно з підпунктом 2 пункту «б» статті 28 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [11] до відання виконавчих органів міських рад належить таке делеговане повноваження, як здійснення контролю за дотриманням цін і тарифів. Згідно з абзацом 2 частини 1 статті 632 Цивільного кодексу України у випадках, встановлених законом, застосовуються ціни (тарифи, ставки тощо), які встановлюються або регулюються уповноваженими органами державної влади або органами місцевого самоврядування.

У процесі реформування медичної системи 2019 – 2021 року органи місцевого самоврядування, користуючись наданими повноваженнями, здебільшого обрали шлях не затвердження тарифів на медичні послуги, а виключно встановлення граничних нормативів рентабельності, яких слід притримуватися при самостійній розробці та затвердженні КНП тарифів на свої платні медичні послуги.

Відповідно склалася така ситуація, при якій, якщо місцевою владою, де розташований заклад охорони здоров'я, запроваджене державне регулювання тарифів на платні послуги, що надають КНП, то КНП повинно погоджувати такі тарифи (ціни) з власником; якщо не запроваджене – то ні (ціни є неврегульованими (вільними) і згідно зі статтею 11 Закону України «Про ціни та ціноутворення» встановлюються суб'єктами господарювання самостійно, а також за згодою сторін шляхом укладення договору, за умови що таке право КНП передбачено статутом).

Таким чином, КНП була надана автономія у встановленні платних послуг і механізм їх встановлення став виглядати так:

- внесення змін до статуту КНП (з метою юридичного закріплення права КНП надавати платні послуги, а директора – затверджувати ціни (тарифи) на такі послуги);
- затвердження Положення про платні послуги;
- розроблення та затвердження директором КНП тарифів (ціни) на платні послуги;
- введення в дію тарифів (цін) на платні послуги наказом директора КНП.

Отже, зміна підходів до встановлення платних медичних послуг в КНП полягає в наданні автономії КНП самостійно встановлювати (затверджувати) тарифи на платні медичні послуги, що надаються поза договором про медичне обслуговування населення, укладеного з НСЗУ. Передумовою для самостійного встановлення (затвердження) КНП тарифів на платні медичні послуги стала відсутність державного регулювання тарифів на платні медичні послуги в регіоні та передбачення в статуті КНП права самостійно встановлювати вартість таких послуг.

На цей час остаточною крапкою у дискусіях щодо можливості, обсягів і порядку визначення цін на платні медичні послуги для КНП поставив Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 №2347-IX [12]. Статтю 18 Основ доповнено положеннями, які нарешті дають можливість чітко розмежувати гарантовані державою безоплатні для пацієнта медичні послуги та медичні послуги, які мають право надавати за плату.

Змінами визначено, що договори про медичне обслуговування укладаються у межах бюджетних коштів, передбачених на охорону здоров'я, на підставі вартості та обсягу послуг з медичного обслуговування, замовником яких є держава або органи місцевого самоврядування. Вартість послуги з медичного обслуговування розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для надання такої послуги відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, замовником якої є держава, затверджується Кабінетом Міністрів України. Заклади охорони здоров'я можуть використовувати для підвищення рівня якості медичного обслуговування населення кошти, отримані від юридичних і фізичних осіб, якщо інше не встановлено законом. Заклади охорони здоров'я державної та комунальної форм власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування, які не покриваються програмою медичних гарантій з медичного обслуговування населення, а також в інших випадках, перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України, за плату від юридичних і фізичних осіб. Плата за такі послуги з медичного обслуговування встановлюється закладами охорони здоров'я самостійно.

Таким чином, нарешті КНП наділені законодавчо закріпленим правом надавати широкий спектр платних медичних послуг, при цьому самостійно встановлюючи за них рівень оплати. Однак важливими аспектами в реалізації такого права КНП є: відсутність обмежень у статуті КНП (за наявності – необхідне внесення змін); обов'язкове дотримання прав пацієнтів на отримання всіх безоплатних медичних послуг, передбаченими пакетами, за яким КНП законтракований НСЗУ; недопущення зловживань, при визначенні переліку послуг, які надаються за плату (наприклад: задвоєння послуг платних і ті, що передбачені безоплатно; передбачення гарантованого права пацієнта як платної послуги; явно надмірне дроблення медичної послуги).

Аналізуючи складний шлях, який пройшло право КНП на запровадження платних медичних послуг (від повного їх несприйняття та скасування самої можливості їх встановлення до законодавчо закріпленого повноваження), варто відзначити, що як початок, так і вирішення проблематики платних послуг КНП було пов'язане з реформуванням «основного медичного закону» – Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Використані джерела

1. Конституція України: від 28.06.1996 №254к/96-ВР.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-vr> (дата звернення: 18.11.2022)

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-XII.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 18.11.2022)

3. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 №1138.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-n> (дата звернення: 18.11.2022)

4. Про затвердження Порядку надання платних послуг у державних (комунальних) закладах, установах охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та одержання добровільної компенсації від хворих: Наказ МОЗ України від 18.12.1997 №358/273. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0624-97> (дата звернення: 18.11.2022)

5. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" (справа про платні медичні послуги): Рішення Конституційного Суду України від 25.11.1998 №15-рп/98.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-98> (дата звернення: 18.11.2022)

6. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України 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): Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 №10-рп/2002.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02> (дата звернення: 18.11.2022)

7. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. №1138 : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 №989. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2002-п> (дата звернення: 18.11.2022)
8. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 18.11.2022)
9. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 №2002-VIII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 18.11.2022)
10. Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів): Постанова Кабінету Міністрів України від 25.12.1996 №1548.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1548-96-п> (дата звернення: 18.11.2022)
11. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 №280/97-ВР.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 18.11.2022)
12. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 №2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 18.11.2022)

ПРАВИЛО ЗГОДИ ПАЦІЄНТА: РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ОГЛЯД ФОРМУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ В «ОСНОВАХ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я»

Миронова Галина Анатоліївна,

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

Історичною Постановою ВР України [1] 19 листопада 1992 року було введено в дію Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи), який виконав важливу місію основного акта регулювання відносин у сфері охорони здоров'я незалежної української держави. Із самого початку цей видатний документ вітчизняної правотворчості було спрямовано на досягання визнаних загальнолюдських цінностей у національному контексті. Пріоритетними принципами вітчизняної охорони здоров'я було заявлено дотримання прав і свобод людини і громадянина; гуманістична спрямованість і пріоритет загальнолюдських цінностей; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги.

Вже у першій редакції Основ [2] було закладено концепцію прав пацієнта, які є похідними від фундаментальних прав людини, заявлених у провідних міжнародно-правових актах сучасності. У статті 38 закріплено право кожного пацієнта на вільний вибір лікаря та державного лікувально-профілактичного закладу. За статтею 39 пацієнти набували права на надання їм медичної інформації в доступній формі, на ознайомлення з історією своєї хвороби та іншими медичними документами. Декларативний характер цих норм від початку був очевидним, пацієнти України ще деякий час не могли на практиці скористатися своїми правами, проте важливий перший крок щодо їх артикуляції у вітчизняному правовому просторі було зроблено.

Правило згоди із самого початку стало стрижневим елементом концепції прав пацієнта, гарантованих українською державою. У першому варіанті статті 43 «Згода на медичне втручання» знайшли свого закріплення усі складові сучасної доктрини інформованої добровільної згоди пацієнта при наданні медичної допомоги. Відтоді основні елементи доктрини помітно змінювалися лише два рази як відповіді на запити часу.

Такий здоровий консерватизм основної правової конструкції свідчить про правильне обрання початкової системи координат, у межах якої відбувався надалі рух з удосконалення, розвитку та наповнення концепції все більш якісним та адекватним новим реаліям нормативним змістом.

Проаналізуємо три елементи правила згоди в їх ретроспективному розвитку та перспективному напрямі вдосконалення надалі: критерії дієздатності, за яких інформована добровільна згода пацієнта набуває правочинності; особливості здійснення пацієнтом права на відмову від медичного втручання; правовий режим надання згоди в умовах невідкладної (екстреної) медичної допомоги.

Першою редакцією закону 1992 року було закладено доктринальний каркас для всієї системи прав пацієнта у вітчизняній правовій традиції. Правило згоди пацієнта стало основою правомірності надання медичної допомоги. Межею правочинності згоди пацієнта встановлено вік до 15 років, або визнання судом фізичної особи недієздатною, або неможливість повідомити про своє рішення. Отже, правової сили згода про надання медичної допомоги набуває за умови досягнення пацієнтом 15 років та наявності цивільної дієздатності. У невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна.

Надалі процеси вдосконалення та юридичної шліфовки норм відбувалися в руслі змін окремих норм загального та спеціального цивільного законодавства. Наступна важлива редакція із суттєвими змінами у регулюванні прав пацієнта відбулася у зв'язку із введенням у дію Цивільного кодексу України у 2003 році. Законом України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Цивільного кодексу України» [3] були внесені зміни до статей 38, 39, 43, якими відповідні норми гармонізувалися із цивільно-правовою доктриною особистих немайнових прав, що забезпечують природне існування фізичної особи. За новою редакцією Основ [4] кожний пацієнт, який досяг 14 років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Статтю 43 було підсилено правом на відмову: «Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування».

Суттєвих змін зазнала конструкція права на медичну інформацію. За пацієнтом було закріплено право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Законодавцем було додано окрему статтю 39-1 «Право на таємницю про стан здоров'я», якою було запроваджено прогресивну новелу щодо правової конструкції медичної таємниці, якою охоплено відомості про факт звернення за медичною інформацією, діагноз та будь-які інші, одержані при медичному обстеженні. Також статтю 39-1 було введено важливу заборону вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз і методи лікування пацієнта.

Попри своєчасність і доцільність більшості нововведень, на жаль, змінами 2007 року було закладено принципову колізію законодавства, що тримається до тепер. Пацієнт набув право на вибір при наданні медичної допомоги з 14 років, проте інформацію про стан здоров'я та методи, що пропонується, пацієнт може у правовий спосіб отримати лише з досягненням повноліття.

У 2013 році внаслідок прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [5] частина друга статті 43 була подана у новій редакції: «Значення нової редакції полягає у тому, що було зрештою виправлено неоднозначність попереднього формулюванням, за яким виглядало так, ніби у невідкладних випадках має місце відступ від правила добровільної інформованої згоди пацієнта на медичне втручання. Тобто будь-яке медичне втручання, спрямоване на порятунок життя, є виправданим, навіть коли на таке втручання відсутня згода пацієнта, здатного її висловити, а лікарі мають спеціальні повноваження щодо здійснення примусового втручання у невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю. Таке неправильне за суттю тлумачення сприяло спотворенню правила згоди, частиною якого є право повнолітнього дієздатного пацієнта відмовитися від будь-якої медичної допомоги, у тому числі від життєво необхідної. То ж декілька уточнень у диспозиції статті за новою редакцією виправили таку вихідну неоднозначність. Відтоді «згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників» [6].

Тож станом на тепер маємо таку конструкцію права пацієнта на добровільну інформовану згоду про надання медичної допомоги. Пацієнт, який досяг 14 років, має право на вільний вибір лікаря, методів лікування, на згоду при наданні медичної допомоги. Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної та повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування.

Незважаючи на вказані недоліки, нормативна конструкція правила згоди, сформована в Основах, відіграла свою позитивну роль у становленні вітчизняної системи охорони здоров'я, орієнтованої на гуманістичні європейські цінності. Адже право на згоду на медичне втручання є одним із найважливіших прав людини та пацієнта в європейській юрисдикції. У його основі – визнання за людиною її фундаментальних прав на гідність, недоторканність, фізичну та психічну цілісність, автономію людської особистості. Цей важливий зв'язок загальнолюдських цінностей із правом на згоду на медичне втручання закріплено у провідних міжнародних документах з прав людини та у вітчизняних Основах.

Проте є перспективи для розвитку надалі в аспекті імплементації норм міжнародних угод, до яких приєдналася Україна. Зокрема, наступний довгоочікуваний етап вдосконалення законодавства, яким регулюється право пацієнта на згоду при наданні медичної допомоги, пов'язано з планами з оновлення Цивільного кодексу України та ратифікації Україною Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини (Ов'єдо, 1997 р.) (далі – Конвенція Ов'єдо). У результаті фахової дискусії, що наразі триває щодо шляхів оновлення спеціального законодавства, сформовано основні експертні позиції стосовно конструкції правила згоди пацієнта як віддзеркалення доктрини прав та гідності людини у сфері надання медичної допомоги.

Загальним місцем, на яке постійно звертають увагу науковці, є колізії в чинному цивільному законодавстві, що стосуються правового регулювання відносин за участю неповнолітніх з 14 років. Норма законодавства, якою передбачено необхідність отримання згоди від неповнолітньої особи від 14 років, конфліктує з нормою, що та сама неповнолітня особа – пацієнт не має права на отримання повної та достовірної медичної інформації та права на відмову від медичного втручання. У цьому випадку слід послідовно прив'язати вік пацієнта до визначеного обсягу його правоздатності та узгодити всі статті, які стосуються цього предмета.

Так, у цивільному та сімейному законодавстві вік 14 років є тією межею, з якої закон визнає правомочними самостійні правові дії неповнолітніх у деяких сферах. Законодавством сформовано усталену нормативну концепцію неповної цивільної дієздатності, якою передбачено надання широкого спектру повноважень неповнолітній особі, яка досягла 14 років.

У цьому контексті доцільно і логічно надати фізичній особі з 14 років юридичну можливість самостійно здійснювати весь спектр прав у сфері надання медичної допомоги: щодо вибору медичного закладу, лікаря, методів медичного втручання відповідно до його рекомендацій, щодо надання згоди на медичне втручання та відмови від такого. Такий обґрунтований підхід відіграватиме важливу роль у встановленні юридичної визначеності правил цивільно-правового регулювання, забезпечення сталого статусу учасників цивільних відносин та певною мірою убезпечення від зловживань.

Стосовно права на відмову від надання медичної допомоги, то в законодавстві та правозастосуванні слід чітко визнати та дотримуватися правила, за яким дієздатний пацієнт має право відмовитися від будь-якої медичної допомоги. Адже право повнолітньої дієздатної особи на згоду, яке є абсолютним [7, С. 57 – 70], включає як необхідний елемент також і право відмовитися від згоди або від медичного втручання, навіть від такого, яке спрямоване на підтримку життя.

Щодо регулювання надзвичайних ситуацій (екстреного або невідкладного втручання), то в цій частині законодавство потребує комплексного вдосконалення на засадах правових позицій ЄСПЛ і принципів Конвенції Ов'єдо. Складовими надання медичної допомоги у надзвичайних обставинах, у тому числі коли згода не може бути отримана від пацієнта з повною цивільною дієздатністю або його представника, мають бути такі правила: медичне втручання повинно бути обмеженим виключно необхідними з клінічного погляду заходами для відвернення реальних і невідворотних загроз життю та здоров'ю пацієнта, та він усе одно повинен бути залучений до процесу прийняття рішення за допомогою раніше висловлених побажань.

Щодо такого нового правового інструменту прийняття клінічних рішень, як попередні розпорядження, закріплені статтею 9 Конвенції Ов'єдо, ЄСПЛ сформульовано основні принципи, які потрібно враховувати при вдосконаленні національного законодавства України надалі. У рішенні Ламберто проти Франції (05 червня 2015 р. заява №46043/14) [8] ЄСПЛ було сформульовано таку позицію: коли протиставляються два конвенційних права – право на життя з відповідним обов'язком держави захищати життя за статтею 2, з одного боку, і право на особисту автономію, виражену через попередні розпорядження про відмову від лікування, яке підпадає під захист статті 8, у такому змаганні «повага до людської гідності та людської свободи може переважати»; «при відсутності попередніх розпоряджень гідність людини тлумачиться в аспекті переважання цінності життя».

Проте у рішенні щодо допустимості «Олівер Леслі Берк проти Сполученого Королівства» [9] ЄСПЛ зазначено, що попередні вимоги пацієнта щодо лікування за майбутніх невідомих обставин не є обов'язковими до виконання, адже підлягають оцінці у світлі належної медичної практики у зв'язку з актуальним медичним втручанням.

Таким чином, видається, що логічним наступним кроком є формування цілісної несуперечливої концепції правила згоди з такими основними елементами: право пацієнта з 14 років на інформовану добровільну згоду на медичне втручання та відмову від такого; право дієздатного пацієнта відмовитися від будь-якої медичної допомоги; право пацієнта на складання та врахування попередніх розпоряджень щодо методів медичного втручання на майбутнє. Такі зміни слугуватимуть меті усунення недоліків чинного законодавства, імплементації принципів Конвенції Ов'єдо та загалом забезпечать втілення в Україні концепції прав людини у сфері охорони здоров'я, гідної європейській правовій традиції.

Використані джерела

1. Постанова Верховної Ради України «Про введення в дію Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 №2802-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2802-12/sp:max50:nav7:font2#Text>
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 №2801-XII перша редакція. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed19921119#Text>
3. Закон України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Цивільного кодексу України від 27.04.2007 №997-V. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997-16#Text>.
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 №2801-XII редакція від 28.02.2007. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed20070228#Text>
5. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 №5081-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>
6. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 №2801-XII редакція від 01.01.2013. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed20130101#Text>
7. Миронова Г. А. Абсолютні права людини у сфері охорони здоров'я: правові підстави обмеження. Медичне право. 2021. №2.
8. Lambert and Others against France, 5 June 2015. Application no. 46043/14. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/fre>
9. Berke against the United Kingdom, Decision as to Admissibility Application no. 19807/06 on 17 May 2006. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/docx/?library=ECHR&id=001-76785&filename=BURKE%20v.%20THE%20UNITED%20KINGDOM.docx&logEvent=False>

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ КАТЕГОРІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ОСНОВНИХ СУБ'ЄКТІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Олійник Андрій Миронович,

старший викладач кафедри громадського здоров'я ФПДО

Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького,

аспірант кафедри кримінального права і процесу Національного університету «Львівська політехніка»

Значення Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) та його роль у правовому регулюванні правовідносин у сфері медицини як комплексного базового галузевого законодавчого акта важко переоцінити [1]. Основи визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, закріплюють термінологічні визначення ключових понять (наприклад: заклад охорони здоров'я, медична допомога, медичне обслуговування, медична послуга, реабілітаційна допомога, пацієнт, охорона здоров'я тощо), а також визначають правовий статус суб'єктів, їхні права та обов'язки. Основи описують також базові характеристики та вимоги до надання медичної допомоги, як найважливішого інструменту та виду діяльності, спрямованого на практичне забезпечення життя та здоров'я людини.

Згідно з термінологічним визначенням, наведеним у статті 3 Основ, охорона здоров'я – система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [1].

Такі заходи здійснюють:

- органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи;
- заклади охорони здоров'я;
- фізичні особи – підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики;
- медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації;
- громадські об'єднання і громадяни.

Безперечно, основні місце та роль в системі охорони здоров'я належать медичним працівникам як суб'єктам, які безпосередньо надають медичну допомогу пацієнтам. Власне, поняття медичної допомоги Основи розкривають через професійну діяльність медичних працівників. Так, медичною допомогою є діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами (стаття 3 Основ) [1].

Через діяльність медичних працівників розкривається також зміст терміна «заклад охорони здоров'я», яким є юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації (стаття 3 Основ) [1].

Згідно зі статтею 33 Основ 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.

Відповідно до вимог статті 74 Основ провадити медичну, фармацевтичну діяльність, надавати реабілітаційну допомогу можуть особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам [1]. Такі вимоги встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Освітньо-кваліфікаційні вимоги для медичних працівників встановлені, зокрема, Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 Охорона здоров'я, що затверджений наказом МОЗ України від 29.03.2022 №117 [2]. Крім того, вказані питання врегульовані іншими наказами міністерства, що визначають порядок проведення атестації медичних та інших працівників у сфері охорони, а також затверджують розгалужену номенклатуру спеціальностей. Зокрема, наказами МОЗ України від 22.02.2019 №446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», від 23.11.2007 №742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою», від 12.12.2006 №818 «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів, від 12.08.2009 №588 «Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють в системі охорони здоров'я» тощо.

Відповідальність за дотримання зазначених кваліфікаційних вимог несуть керівники закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів, а також органи, яким надано право видавати ліцензію на провадження відповідних видів господарської діяльності.

Особи, які пройшли медичну, фармацевтичну або реабілітаційну підготовку в навчальних закладах іноземних держав, допускаються до професійної діяльності після перевірки їхньої кваліфікації у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, якщо інше не передбачено законодавством або міжнародними договорами, в яких бере участь Україна.

З метою забезпечення освітнього процесу медична допомога у закладах охорони здоров'я може надаватися також науково-педагогічними працівниками закладів вищої (післядипломної) освіти, які здійснюють підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я, за умови, що вони мають сертифікат лікаря-спеціаліста та отримали погодження керівника закладу охорони здоров'я на надання медичної допомоги пацієнту, форма якого затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Проте у цьому випадку йдеться про тих же медичних працівників, оскільки такий науково-педагогічний персонал повинен відповідати освітньо-кваліфікаційним вимогам, встановленим для лікарів.

Участь у наданні всіх видів медичної допомоги під керівництвом лікаря закладу охорони здоров'я беруть також лікарі-інтерни відповідно до положення, затвердженого центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Знову ж таки лікарі-інтерни згідно з кваліфікаційними вимогами належать до медичних фахівців (середній медичний персонал).

Певні особливі правила щодо допуску до медичної діяльності встановлені у разі настання особливих випадків. Так, на період встановлення карантину, запровадження надзвичайної ситуації, надзвичайного або воєнного стану до надання медичної допомоги можуть залучатися в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України, фармацевтичні працівники, здобувачі вищої освіти 4 – 6 років навчання за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я», молодші спеціалісти з медичною освітою, лікарі-інтерни, а також лікарі-спеціалісти без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії [1].

Слід звернути увагу, що з прийняттям Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (введений в дію 30.06.2021) реабілітаційна допомога була виведена з видів медичної допомоги в самостійний вид професійної діяльності у сфері охорони здоров'я. Реабілітаційна допомога – діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі. Визначено також поняття «фахівці з реабілітації» – особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку (стаття 1 цього Закону) [3].

Таким чином, Основи чітко виділяють три різні види професійної діяльності у сфері охорони здоров'я як за своєю суттю (видом), так і суб'єктом її здійснення – медичну, фармацевтичну та реабілітаційну. Відповідно медична допомога надається медичними працівниками, реабілітаційна – фахівцями з реабілітації, а фармацевтичні працівники здійснюють фармацевтичну діяльність.

Різні нормативно-правові акти часто оперують збірним поняттям «медичні працівники» як щодо регулювання професійних стандартів організації та надання певного виду чи профілю медичної допомоги, а також у разі вставлення відповідних соціально-економічних прав та пільг. І, власне, у таких випадках найчастіше виникає необхідність віднести того чи іншого працівника закладу охорони здоров'я до числа «медичних працівників».

Наприклад, у статті 77 Основ закріплений широкий перелік прав і пільг медичних та фармацевтичних працівників. Постановою КМУ від 12.01.2022 №2 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я» визначаються питання базової мінімальної оплати праці. Постановою КМУ від 29.12.2009 №1418 затверджений Порядок виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Постановою КМУ від 11.05.2011 №524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» передбачено виплату допомоги на оздоровлення медичним і фармацевтичним працівникам державних і комунальних закладів охорони здоров'я в розмірі посадового окладу під час надання основної щорічної відпустки тощо.

На жаль, Основи, незважаючи на регулювання статусу і діяльності «медичних працівників», а також розкриття за допомогою цього терміна інших важливих понять («заклад охорони здоров'я», «медична допомога» тощо) не містять їх дефініції.

Раніше вважалося, що до медичних працівників належать особи, допущені до медичної діяльності, – це професіонали з повною вищою медичною освітою та фахівці з базовою і неповною вищою медичною освітою, які закінчили вищі заклади медичної освіти. Під медичною освітою розуміли освіту у галузі знань «Медицина».

Так, згідно з Переліком спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційними рівнями спеціаліста і магістра, затвердженим постановою КМУ від 27.08.2010 №787 (нині втратила чинність), у сфері охорони здоров'я були окремо виділені галузі знань «Медицина» та «Фармація». До «Медицини» належали спеціальності: лікувальна справа, педіатрія, медико-профілактична справа, медична психологія, стоматологія; а до «Фармації»: фармація, клінічна фармація, технологія фармацевтичних препаратів, технології парфумернокосметичних засобів. Згідно з Переліком спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста, затвердженого постановою КМУ від 20.06.2007 №839, у сфері охорони здоров'я також було передбачено дві галузі знань: «Медицина» (спеціальності: лікувальна справа, сестринська справа, медико-профілактична справа, стоматологія, акушерська справа, стоматологія ортопедична, стоматологічна справа, лабораторна діагностика) та «Фармація» (спеціальності: фармація, аналітичний контроль якості хімічних лікарських сполук, виробництво фармацевтичних препаратів).

Отже, до медичних чи фармацевтичних працівників традиційно відносили професіоналів і фахівців за освітньо-професійним критерієм, тобто з огляду на наявність медичної освіти (за напрямом галузі знань «Медицина») та зайняття відповідної «медичної» посади згідно з установленою номенклатурою. Відповідно наявність фармацевтичної освіти (у галузі знань «Фармація») була підставою і критерієм віднесення працівника до категорії фармацевтичних працівників.

Водночас ситуація змінилася із запровадженням нових стандартів і підходів у сфері вищої освіти. Зокрема, чинний Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затверджений постановою КМУ від 29 квітня 2015 р. №266, уже передбачає єдину галузь знань 22 «Охорона здоров'я» [4].

У рамах цього освітнього напрямку передбачені такі спеціальності:

221 «Стоматологія»;

222 «Медицина»;

223 «Медсестринство»;

224 «Технології медичної діагностики та лікування»;

225 «Медична психологія»;

226 «Фармація, промислова фармація»;

227 «Фізична терапія, ерготерапія»;

228 «Педіатрія»;

229 «Громадське здоров'я».

Отже, тепер «Медицина» (попередня назва – «Лікувальна справа») є лише однією зі спеціальностей у галузі знань «Охорона здоров'я». При цьому сама галузь знань «Охорона здоров'я» нині охоплює не лише класичні лікарські (стоматологія, медицина, педіатрія) чи «середні медичні» (медсестринство) спеціальності, але й громадське здоров'я, реабілітацію, діагностику, медичну психологію тощо.

Таким чином, використання освітнього критерію (наявність медичної освіти) для віднесення до категорії медичних працівників сьогодні є, по-перше, не коректним, а по-друге, не достатнім. Навпаки, якщо слідувати логіці Переліку №266, тепер доцільно говорити про освітню категорію фахівців (у широкому розумінні) у сфері охорони здоров'я, у межах якої уже можна виділяти професійні групи: медичні працівники, фахівці з реабілітації, фармацевтичні працівники, інші професіонали та фахівці у сфері охорони здоров'я.

Крім того, нині у сфері охорони здоров'я, крім медичних, фармацевтичних працівників і фахівців з реабілітації, які чітко виділені в Основах, з'явилися інші професійні види діяльності.

Так, аналіз законодавства у сфері охорони здоров'я, насамперед наказів МОЗ України від 28.10.2002 №385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою (асистентів фармацевтів), посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немединою освітою у закладах охорони здоров'я» та від 29.03.2022 №117, дає можливість виділити такі професійні групи професіоналів та фахівців у закладах охорони здоров'я:

- лікарі;
- середній медичний персонал, тобто молодші спеціалісти (фахові молодші бакалаври), фахівці з початковим рівнем (короткий цикл) вищої медичної освіти, першим (бакалаврський) рівнем вищої медичної освіти і магістрів з медсестринства;
- фармацевти та фахівці з фармацевтичною освітою (асистенти фармацевтів);
- професіонали та фахівці у галузі охорони здоров'я;
- професіонали з вищою немединою освітою.

Так, до професіоналів з вищою немединою освітою належать: професіонали медико-лабораторної справи у сфері охорони здоров'я (бактеріолог, біохімік, вірусолог, вірусолог, генетик, ентомолог, імунолог, лаборант клінічної діагностики, мікробіолог, паразитолог), професіонали медико-профілактичної справи (фахівець з громадського здоров'я, фахівець з довкілля та здоров'я); професіонали бюро судово-медичної експертизи (експерт-імунолог судовий, експерт-токсиколог судовий, експерт-цитолог судовий), професіонали з реабілітації та наданні психіатричної допомоги (психолог, психотерапевт). Окрему групу становлять «професіонали у галузі охорони здоров'я» (ерготерапевт, трансплант-координатор, трансплант-координатор патолого-анатомічного бюро (бюро судово-медичної експертизи), фізичний терапевт, експерт з оцінки медичних технологій) та «фахівці у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я» (асистент фізичного терапевта, асистент ерготерапевта).

З огляду на це логічним би було, щоб наказом МОЗ України від 28.10.2002 №385 був також затверджений і чіткий перелік посад «середнього медичного персоналу».

Таким чином, окрім лікарів та середнього медичного персоналу, а також фармацевтичних працівників, сьогодні сформувалися також інші самостійні професійні групи, які не належать до категорії «медичних працівників», але які володіють освітою у галузі знань «Охорона здоров'я» та здійснюють професійну діяльність у сфері охорони здоров'я. Проте вказані фахівці не надають медичну допомогу та відповідно не здійснюють медичної діяльності.

Враховуючи вищенаведене, доцільним і вкрай важливим нині є доповнення Основ термінологічним визначенням медичних працівників як суб'єктів, які надають медичну допомогу та здійснюють професійну медичну діяльність, обмеживши їх коло лікарями та середнім медичним персоналом.

Використані джерела

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-XII.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 18.10.2022)

2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 Охорона здоров'я: наказ МОЗ України від 29.03.2022 №117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text> (дата звернення: 18.10.2022)

3. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України 03.12.2020 №1053-IX.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 18.10.2022)

4. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти: постанова КМУ від 29.04.2015 №266. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18.10.2022)

5. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою (асистентів фармацевтів), посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немединою освітою у закладах охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 28.10.2002 №385. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0892-02#Text> (дата звернення: 18.10.2022)

ДО ПИТАННЯ ПОНЯТТЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Римшин Тетяна Анатоліївна,

*аспірант Хмельницького університету управління та права імені Леоніда Юзькова,
юрисконсульт КНП «Хмельницький обласний дерматовенерологічний центр» ХОР*

Охорона здоров'я населення в цілому та кожного окремого громадянина завжди була та залишається одним з найважливіших завдань держави. Забезпечення належної медичної допомоги є обов'язковим і фундаментальним компонентом охорони здоров'я.

Із реформуванням медичної галузі, системи охорони здоров'я в цілому, імплементацією міжнародних нормативно-правових актів поняття “медична допомога” зазнало помітної трансформації щодо свого змісту та обсягу.

Медична допомога та пов'язані з нею явища ставали предметом наукових досліджень у сферах цивільного, кримінального, конституційного, адміністративного права, права соціального забезпечення. Однак єдина узгоджена думка з цього питання відсутня досі.

Сучасне українське законодавство оперує безліччю понять і термінів, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Це, зокрема: “охорона здоров'я”, “медичне обслуговування”, “медична допомога”, “послуга з медичного обслуговування (медична послуга)”, “реабілітаційна допомога”, “реабілітаційна послуга”, “реабілітація”, “лікувальна діяльність” тощо. Такий плюралізм термінів потребує з'ясування їх змісту, розмежування понять та усвідомлення їх відмінності під час здійснення професійної медичної практики та правозастосування.

Конвенція Міжнародної організації праці №130 про медичну допомогу та допомоги у випадку хвороби від 25 червня 1969 року [1] у статтях 8, 9 визначає характер медичної допомоги (лікувальний та профілактичний), а також її мету – збереження, відновлення або покращання здоров'я особи, що підлягає забезпеченню, а також його працездатності й здатності задовольняти свої особисті потреби. Статтею 13 визначено обсяг поняття медичної допомоги та її складові: а) загальна лікарська допомога, включаючи допомогу вдома; б) допомога, що надається спеціалістами стаціонарним або амбулаторним хворим, або допомога спеціалістів, яка може надаватися поза лікарнею;

с) видання необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста; д) госпіталізація у разі необхідності; е) стоматологічна допомога, як це встановлено національним законодавством; ф) медична реабілітація, серед іншого, надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних пристроїв, як це встановлено національним законодавством.

Європейський кодекс соціального забезпечення від 16 квітня 1964 року [2] визначає медичну допомогу, як допомогу при хворобливому стані (стаття 34) та допомогу разі вагітності та родів у дородовий період, під час родів і у післяродовий період (стаття 49).

На цей час поняття “медична допомога” сформульовано в Законі України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 та визначено як “діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами” [3]. Однак з моменту прийняття Закону до сьогоднішньої редакції термін “медична допомога” зазнавав трансформації.

Так, у початковій редакції і аж до 01.01.2012 Закон оперував поняттям “медико-санітарна допомога” і визначав її як “комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів” [3].

Лише Законом України №3611-VI від 07.07.2011 “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги” [4] (набрав чинності 01.01.2012) поняття “медико-санітарна допомога” було виключено, натомість введено поняття “медичне обслуговування” та “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. Крім того, Законом №3611-VI визначено види медичної допомоги: екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна та медична реабілітація.

Останні зміни до законодавства щодо поняття медичної допомоги були внесені Законом України №1053-IX від 03.12.2020 “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я” [5] (набув чинності 03.06.2021), яким зі змісту поняття “медична допомога” виключено реабілітацію, а реабілітаційну допомогу виділено як окремий вид допомоги.

Таке рішення законодавця видається дещо спірним та неузгодженим з низкою інших нормативно-правових актів, зокрема, Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78), що затверджений наказом МОЗ України від 29 березня 2002 р. №117 [6]. Очевидно, виключення реабілітації з виду медичної допомоги пояснюється присутністю в змісті цього поняття значного соціального компоненту, однак таке вирахування виглядає дещо штучним та нелогічним. Реабілітація (відновне лікування) – це невід'ємний і послідовний етап надання медичної допомоги, який включено до кваліфікаційних вимог лікарів практично всіх спеціальностей та передбачено галузевими стандартами. Неможливо говорити про надання медичної допомоги в повному обсязі без забезпечення етапу реабілітації.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дає визначення реабілітації як “комплекс заходів, направлений на відновлення функціональних можливостей людини та зниження рівня інвалідності в осіб з порушенням здоров'я з врахуванням умов їх проживання” [7]. Українське законодавство містить дещо інше визначення. Відповідно Закону України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я” від 03.12.2020 “реабілітація – комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем”, а “реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я (далі – реабілітаційна допомога) – діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі” [5].

Закон визначає також фахівців з реабілітації, до яких належать:

1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; 2) фізичні терапевти; 3) ерготерапевти; 4) терапевти мови і мовлення; 5) протезисти-ортезисти; 6) психологи, психотерапевти; 7) сестри медичні з реабілітації; 8) асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів [5].

Однак відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників медичну допомогу з реабілітації також надають лікар-фізіотерапевт, лікар-ортопед-травматолог, лікар-невропатолог, лікар-психолог, лікар-психіатр, лікар-терапевт, лікар-психотерапевт, лікар з лікувальної фізкультури, лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, лікар-педіатр, сестра медична з ЛФК, сестра медична з фізіотерапії, а також інші лікарі інших спеціальностей, оскільки реабілітація – невід'ємний етап медичного обслуговування пацієнта та не може бути виключений.

Імовірно, прихильники виокремлення реабілітаційної допомоги як окремого виду медико-соціальної допомоги спиратимуться на те, що низка фахівців з реабілітації не є медичними працівниками, оскільки не мають вищої медичної освіти за спеціальністю “лікувальна справа”, однак у системі охорони здоров'я працює немало спеціалістів і фахівців, котрі здобули освіту іншого профілю, проте пройшли відповідну післядипломну підготовку та займаються наданням медичної допомоги (бактеріолог, лаборант клінічної лабораторної діагностики, імунолог, генетик, вірусолог, трансплантолог-координатор тощо).

Допускаємо, що законодавець мав на меті об'єднати всі реабілітаційні послуги в єдиний комплекс, і, за зразком зарубіжних держав, створити цілісну систему, яка охопить, як медичний, так і соціальний компонент. Однак, на нашу думку, слід чітко розмежовувати медичні та соціальні послуги, а виключення реабілітації зі складової медичної допомоги є штучним, таким, що не відповідає дійсності та може створювати колізії при правозастосуванні. До прикладу, якщо не вважати реабілітацію видом медичної допомоги, постає питання, чи можуть особи, які надають реабілітаційні послуги без належної медичної освіти (або без спеціального дозволу), бути суб'єктом злочину, передбаченого статтею 138 Кримінального кодексу України (незаконна лікувальна діяльність).

Ще більше незрозумілим видається відокремлення медичної та реабілітаційної допомоги при тому, що поняття “послуга з медичного обслуговування (медична послуга)” включає поняття “реабілітаційна послуга”. Але про це далі.

Окрім поняття “медична допомога”, Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 оперує також поняттям “медичне обслуговування” та “медична послуга”. Так, “медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням” [3].

Поняття “медичне обслуговування” є ширшим від “медичної допомоги”, оскільки включає реабілітаційну допомогу. Проте залишається незрозумілим, яка ще діяльність, безпосередньо пов’язана з наданням медичної/реабілітаційної допомоги, мається на увазі. Можна припустити, що це, до прикладу, діяльність молодших медичних сестер, медичних реєстраторів тощо.

З прийняттям Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19.10.2017 [9] дедалі частіше зустрічається поняття “медична послуга” і дедалі більшого юридичного значення це поняття набуває, оскільки саме медична послуга є структурним елементом будь-якого виду медичної допомоги. Так, “послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – послуга, у тому числі реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров’я, реабілітаційним закладом або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт”[3].

Визначення цього терміна сформульовано на законодавчому рівні Законом України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я” від 06.04.2017 №2002-VIII [10], хоча згадується цей термін ще в постанові Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров’я та вищих медичних навчальних закладах” від 17 вересня 1996 р. №1138 [11], який чинний і на цей час. Вважалося протягом досить довго часу, що основною відмінністю медичної допомоги від медичної послуги є те, що медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров’я надається безкоштовно, а за медичні послуги пацієнту слід заплатити. Зараз же вказано, що замовником медичної послуги може бути будь-хто (у тому числі і держава), а тому медичні послуги, включені до програми медичних гарантій, є безкоштовними, а заклади охорони здоров’я та фізичні особи – підприємці, які одержали ліцензію на медичну практику та уклали договір про медичне обслуговування населення з Уповноваженим органом (Національною службою здоров’я України), є надавачами медичних послуг.

Крім того, відповідно до пункту 8 Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, що затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. №410 [12], надавач зобов’язується надавати медичні послуги за програмою медичних гарантій пацієнтам, а замовник зобов’язується оплачувати такі послуги відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів. Тобто заклади охорони здоров’я отримують фінансування саме як оплату держави за надані медичні послуги, а при визначенні обсягу такого фінансування до уваги береться не діяльність закладу з надання медичної допомоги в цілому, а облікований кількісний показник наданих медичних послуг за певний період.

Зважаючи на це, можна зробити висновок, що принципи відмінності між цими поняттями відсутні, а їх розмежування не має глобального практичного значення. Можна говорити про те, що медична допомога, по своїй суті, на цей час є комплексом медичних послуг, які надаються спеціальними суб’єктами з відповідною освітою, а медичне обслуговування – це діяльність з надання медичної та реабілітаційної допомоги, а також інша діяльність, яка з ними пов’язана, просте в законодавстві не конкретизується.

Щодо видів медичної допомоги, то чинна редакція Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” виділяє екстрену (полягає у здійсненні невідкладних організаційних, діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я), первинну (передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів), спеціалізовану (надається а стаціонарних та амбулаторних умовах лікарями відповідних спеціальностей (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів, у тому числі із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності) та паліативну (передбачає заходи щодо запобігання та полегшення страждань пацієнта через ранню ідентифікацію та оцінку симптомів, полегшення болю, подолання інших фізичних, психосоціальних, духовних проблем) [3].

Ще зовсім донедавна виокремлювалася вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога. Але оскільки принципової відмінності між цими двома видами медичної допомоги не було, Законом України №2347-IX від 01.07.2022 “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги” [8] (набув чинності 19.07.2022) такий розподіл відмінено. Цих два види медичної допомоги об’єднано в один – спеціалізована медична допомога – “медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів, у тому числі із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності”.

Таким чином, в українському законодавстві спостерігається плюралізм термінів, пов’язаних із професійною діяльністю у сфері охорони здоров’я, проте існує чимало проблем з розмежуванням цих понять на практиці.

Використані джерела

1. Конвенція Міжнародної організації праці №130 про медичну допомогу та допомоги у випадку хвороби від 25.06.1969.
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_184#Text
2. Європейський кодекс соціального забезпечення. Збірка договорів Ради Європи. К.: Парламентське видавництво, 2000.
URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_329
3. Основи законодавства України про охорону здоров’я: Закон України від 19.11.1992 №2801-XII .
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed20211201#Text>
4. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 №3611-VI . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17/ed20120101#Text>
5. Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я: Закон України від 03.12.2020 .
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20/ed20210114#n311>
6. Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров’я": наказ Міністерства охорони здоров’я України від 29.03.2002 №117 .
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0117282-02#Text>
7. Всесвітня організація охорони здоров’я. Інформаційний бюлетень. Реабілітація.
URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation> (07.11.2022)
8. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#n62>
9. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
10. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я: Закон України від 06.04.2017 . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19/ed20171106#n15>
11. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров’я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 №1138.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text>
12. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 №410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОСНОВ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В ЧАСТИНІ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ТА ЛІКАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Селіванова Ірина Анатоліївна,

*кандидат юридичних наук, доцент, науковий співробітник НДІ
правового забезпечення інноваційного розвитку НАПрНУ, радник юридичної фірми ILF*

Основи законодавства про охорону здоров'я (далі – Основи) [1], прийняті Верховною Радою України тридцять років назад, заклали основу правового механізму функціонування вітчизняної медичної системи України. Втім життя продовжується, медична система переживає складний процес трансформації. Все це вимагає нових законодавчих рішень щодо питань, що вже врегульовані Основами, так і нових, поставлених життям.

1. Медична практика та лікарська діяльність. Системний аналіз Основ, Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики дає підстави для висновку, що медична практика – це вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії [1, ст. 17; 2. ст. 7; 5, п. 4]. Зі свого боку під медичною допомогою Основи розуміють діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямовану на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [1, ст. 3].

Отже, при визначенні поняття медичної допомоги законодавець всіх осіб, які її безпосередньо надають, об'єднує в загальну групу медичних працівників, не розділяючи на професійні групи (лікар, медсестра /медбрат тощо). У результаті суб'єктність цих осіб знівельовано, їхній статус не визначено. Відповідно чинне законодавство не містить і понять «лікарська діяльність», «діяльність медсестер/мед братів». Наразі у зв'язку з активною підготовкою національного законодавства про самоврядування у сфері охорони здоров'я гостро постає питання про необхідність виокремлення суб'єктів, задіяних у наданні медичної допомоги, адже світовий досвід свідчить - держави розбудовують самоврядування відповідно до професійного поділу медичних працівників – лікарське, медсестринське, фармацевтичне.

Окрім цього, функціонування лікарського самоврядування безпосередньо пов'язане із впровадження реєстру лікарів та індивідуальних свідоцтв на право здійснення лікарської діяльності. Це прозорі інструменти управління кадровим ресурсом у сфері охорони здоров'я, швидкої мобілізації наявних спеціалістів в умовах війни та інших надзвичайних ситуацій, відкрите та достовірне джерело інформації про лікарів, що сприятиме поінформованому вибору пацієнтом свого лікуючого лікаря або спеціаліста для отримання кваліфікованої медичної допомоги. Без визначення поняття та статусу лікаря, правових форм його професійної реалізації запровадження цих інструментів неможливе. Гармонізація статусу українського лікаря з найкращими європейськими практиками, визначення його реальної правосуб'єктності, зокрема деліктоздатності, позитивно вплине на відносини лікаря та пацієнта та сприятиме підвищенню якості та безпеки медичної послуги.

2. Лікарське професійне самоврядування – це потужний інститут, що бере на себе частину державних функцій щодо регулювання лікарської діяльності. Питанню його впровадження в Україні особливої актуальності надав Указ Президента України від 18.06.2021 «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників», яким Кабінету Міністрів України було доручено розробити з урахуванням кращих міжнародних практик концепцію розвитку медичного самоврядування як ефективної системи здійснення професійної діяльності, захисту прав та інтересів медичних працівників [4].

Базовою компетенцією лікарського самоврядування є, по-перше, здійснення допуску до лікарської діяльності (надання фахівцю відповідного свідоцтва та/або внесення його даних до спеціального реєстру), а, по-друге, контроль відповідності лікарської діяльності законним вимогам і дотримання лікарем норм лікарської етики. Для цього в органів самоврядування є відповідні інструменти: спеціальні комітети та комісії узагальнюють інформацію про помилки чи недбальство лікарів, оцінюють якість медичної допомоги, рівень кваліфікації, забезпечують безперервний професійний розвиток лікарів, можуть застосувати і такі жорсткі санкції, як припинення лікарської практики (тимчасово чи назавжди). Організації лікарського самоврядування діють практично у всіх розвинених країнах. І тільки в країнах колишнього Радянського Союзу, зокрема й в Україні, лікарське самоврядування досі не запроваджене [6].

Слід відзначити, що законодавча робота в цьому напрямі йде вже давно. Декілька законопроектів з питань самоврядування в медичній сфері вже були предметом розгляду Верховної Ради України, але законами вони не стали через активний супротив громадськості. Це стосується законопроектів 2445 [8], 2445-2 [9], 2445-д [10]. У вересні 2022 року на своєму сайті МОЗ України оприлюднило нову редакцію проекту Закону України «Про самоврядування у сфері охорони здоров'я в Україні», який фактично знову повторює основні положення знятих з розгляду законопроектів [11]. Зокрема, ним пропонується створення п'яти незалежних органів самоврядування для різних представників медичної та фармацевтичної сфери (Палата лікарів сімейної медицини, Палата лікарів-спеціалістів, Палата стоматологів, Палата сестер медичних/братів медичних, Палата фармацевтів). Тобто безпосередньо лікарська спільнота має бути поділена між трьома незалежними органами самоврядування. Особливо неприродним є поділ лікарів сімейної медицини та лікарів-спеціалістів, він призведе до утруднення або унеможливлення обміну інформацією, ускладнення перепрофілювання лікарів і розроблення (погодження) різноманітних медичних настанов, збільшення управлінського апарату тощо. Ніде у світі не «змішують» самоврядування різних професій (нехай і дотичних до охорони здоров'я) в одній організації та одному законі. Окремо діють закони про самоврядування лікарів, окремо — медичних сестер, окремо — фармацевтів. [7]. Вони детальні й прописують процедури, які є різними для різних медичних професій. Тому вважаємо підхід, визначений у вищевказаному законопроекті, помилковим і неефективним.

3. Правові форми професійної реалізації лікаря. Справжнє дієве лікарське самоврядування в Україні неможливе без надання лікарям більшої свободи для власної професійної реалізації. У всьому демократичному світі лікар є представником вільної професії, має різноманітні варіанти власної професійної реалізації, сам визначає своє навантаження та рівень свого доходу, може здійснювати діяльність на підставі професійної ліцензії без додаткових формальностей і прив'язок до робочих місць. Такі лікарі усвідомлено та відповідально ставляться до функціонування професійного органу самоврядування. Натомість в Україні основна частина лікарів є найманими працівниками з регульованим державою навантаженням і заробітною платою. Для їх усвідомленого та відповідального ставлення до створення та діяльності органу професійного самоврядування і, перш за все, до кандидатур осіб, що обиратимуться на керівні посади таких організацій, необхідна суттєва демократизація статусу лікарів, надання їм можливості працювати в різних правових формах, необхідне спрощення державного регулювання медичної практики. А законопроект, оприлюднений на сайті МОЗ [11], взагалі не торкається цих питань.

Лікарську спільноту треба готувати до запровадження лікарського самоврядування. А це можливе лише у випадку спрощення державного регулювання медичної практики та надання лікарю економічної свободи, тобто можливості працювати не лише як найманий працівник або ФОП (як сьогодні), але й додаткового на підставі цивільно- правового договору (договору підряду) або як самозайнята особа.

4. Заміна ліцензування медичної практики декларуванням її провадження

Національною економічною стратегією на період до 2030 року задекларовано стратегічний курс економічної політики щодо розбудови комфортного регуляторного середовища [12]. У період воєнного стану в Україні це питання ще більше актуалізувалося, адже створення максимально зручних умов для ведення бізнесу допомагає підприємцям відновити роботу, що була призупинена через бойові дії, або ж розпочати нову власну справу там, де вони вважатимуть за доцільне.

Для реалізації своєї економічної політики, виконання цільових економічних та інших програм і програм економічного і соціального розвитку держава застосовує різноманітні засоби і механізми регулювання господарської діяльності. Очевидно, що для кожного виду господарської діяльності має застосовуватися найбільш ефективний з них. Для регулювання медичної практики держава застосовує такий засіб регулювання як ліцензування [3, ст.12,14; 2, ст.7]. Механізм отримання такої ліцензії врегульовано Ліцензійними умовами [5]. Його аналіз свідчить, що фактично ліцензування здійснюється шляхом бюрократичної перевірки поданих заявником документів. Такий підхід забезпечує лише формальний контроль відповідності матеріально-технічної бази, освітнього і кваліфікаційного рівня медичного персоналу заявника встановленим вимогам. При цьому самі вимоги дуже часто застарілі, не кореспондують з вимогами, що висуває НСЗУ при щорічному контрахуванні суб'єктів медичної практики. У результаті ліцензування не забезпечує реальну оцінку умов надання заявником медичної допомоги та кваліфікаційного рівня його медичних працівників і відповідно якості медичної послуги. При цьому ліцензія видається безстроково.

Слід наголосити, що учасниками ринку процедура отримання ліцензії на право здійснення медичної практики характеризується як недостатньо прозора та така, що містить корупційні ризики. Жодних інструкцій чи методичних рекомендацій щодо порядку заповнення Відомостей про стан матеріально-технічної бази та наявність персоналу не існує.

Тому на практиці досить часто виникає ситуація, коли бачення заявника щодо того, що саме повинен містити той чи інший розділ Відомостей, не збігається з баченням експерта Ліцензійної комісії, який розглядає його справу. Заява залишається без розгляду на підставі невідповідності доданих до заяви документів Ліцензійним умовам. З тексту викладених у листі підстав для залишення заяви без розгляду переважно незрозуміло, які саме допущені помилки та яким саме чином їх потрібно усунути [13].

Отже, правовий механізм ліцензування медичної практики не є дієвим інструментом контролю якості медичної допомоги та застосування санкцій до суб'єктів, які порушують вимоги, встановлені державою. Це створює ризики для життя та здоров'я пацієнтів.

18.03.2022 Кабінетом Міністрів України прийнято постанову “Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану” (далі – постанова КМУ №314) [14], якою ліцензування медичної практики було замінено декларуванням їх провадження, що значно лібералізувало правовий механізм здійснення медичної практики. Адже якщо ліцензія – це документ, яким держава надає суб'єкту господарювання право провадження певного виду господарської діяльності або частини виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню [2, ст. 1], і який може бути і не виданий органом ліцензування, то декларацією про провадження господарської діяльності сам суб'єкт господарювання повідомляє дозвільний орган про свою відповідність вимогам законодавства до цього виду діяльності (у тому числі матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу – якщо це зумовлено особливостями провадження відповідного виду господарської діяльності) та на підставі неї набуває право на провадження заявленого виду господарської діяльності і несе передбачену законом відповідальність [15, ст. 1].

Постановою КМУ №314 зменшено до мінімуму перелік відомостей, які вносяться до декларації про провадження медичної практики, передбачена можливість подавати декларацію за вибором суб'єкта господарювання незалежно від задекларованого (зареєстрованого) місцезнаходження (місця проживання), місця провадження господарської діяльності, декларація може подаватися як в електронній формі через Єдиний державний веб-портал електронних послуг, зокрема засобами мобільного додатка Порталу Дія (Дія), так і у паперовій формі через центр надання адміністративних послуг.

Таке спрощення державного регулювання медичної практики було досить успішним, оскільки уможливило швидке відкриття закладів охорони здоров'я різних форм власності. Але з невідомих причин через три місяці до вищевказаної постанови КМУ були внесені зміни, у результаті яких можливість декларування медичної практики була скасована, а ліцензування медичної практики повернене [16].

Вважаємо, що заміна ліцензування медичної практики декларуванням її провадження має бути здійснена не тільки в період воєнного стану, а стати загальним правилом регулювання медичної практики. Професійне самоврядування лікарів стане додатковим засобом контролю якості лікарської діяльності.

Перехід на декларування медичної практики, збільшення правових можливостей для професійної реалізації лікарів, запровадження індивідуального свідчення на право здійснення лікарської діяльності: а) створить правове підґрунтя для мобільності лікарів, врегулює існуючу наразі потребу лікарів працювати в різних місцях, зокрема консультувати/оперувати бійців та цивільних в зоні бойових дій без необхідності брати вимушені відпустки, легально отримуючи за це дохід чи на волонтерських засадах, та без потрапляння в лещата між правовими обмеженнями та морально-професійним покликом; б) уможливить працевлаштування лікарів за договором цивільно-правового характеру, може стати альтернативою реєстрації ФОП; в) відкриє чітко визначений правовий спосіб легалізації доходів лікаря за надання консультаційної та лікувальної медичної допомоги; г) вивільнить лікарів з прямої залежності від закладів охорони здоров'я, та їхніх керівників, які часто використовують свою владу та повноваження для власних інтересів, а не для ефективного кадрового менеджменту; г) стимулюватиме надалі професійний розвиток та вдосконалення лікарів, які будуть особисто зацікавлені в ефективному та якісному наданні медичної допомоги; д) відкриє справжню конкуренцію між закладами охорони здоров'я за фахових лікарів, які мають професійне визнання та затребувані пацієнтами; е) сформує об'єктивні передумови для значного підвищення безпеки та якості надання медичної допомоги пацієнтам та ефективного використання обмежених ресурсів у медичній сфері; є) наблизить українських лікарів до правового та професійного статусу лікарів у Європі, створюючи передумови для глибшої інтеграції та обміну досвідом українських лікарів з їхніми міжнародними колегами, уможливить спільне надання медичної допомоги пацієнтам в Україні, не порушуючи закони або не вигадуючи тимчасові нежиттєздатні альтернативні рішення; ж) закладе фундамент для створення ефективного лікарського самоврядування за європейськими стандартами.

5. Заклади охорони здоров'я: наглядові ради замість спостережних рад

Наразі Україна переживає період різноманітних реформ. Тому надважливо підходити до розробки нових змін виважено, після належного системного аналізу існуючої правової ситуації. Історія з впровадженням спостережних рад у закладах охорони здоров'я та їх нещодавнє зникнення з правового поля яскраво ілюструють ситуацію, коли цей принцип було порушено.

Так, у 2016 році з метою вдосконалення корпоративного управління підприємствами державного та комунального секторів економіки Верховна Рада України прийняла закон [17], впровадження якого мало сприяти підвищенню конкурентоспроможності таких підприємств та допомогти зміцнити державні фінанси. Впроваджені цим законом зміни в літературі називають «реформою корпоративного управління».

Одним з важливих інструментів цієї реформи, що мав, зокрема, прибрати корупційну складову у роботі стратегічних державних (комунальних) підприємств, є незалежні наглядові ради (далі – НР), обрані на обов'язковому прозорому конкурсі. НР є органом управління підприємства з надважливою компетенцією, до якої можуть належати, зокрема, призначення керівника, погодження укладання значних правочинів та правочинів із зацікавленістю тощо, цей орган утворюється за рішенням суб'єкта управління об'єктами державної власності, що здійснює функції з управління підприємством, або територіальної громади. При цьому НР утворюється не на всіх підприємствах, а лише на тих, вартість активів, розмір чистого доходу та розмір статутного капіталу яких відповідають критеріям, затвердженим Кабінетом Міністрів України [18] – для державних підприємств або рішеннями відповідних місцевих рад – для комунальних підприємств.

Одночасно з реформою корпоративного управління в державному (комунальному) секторах економіки в Україні відбувається реформування медичної галузі. 06.04.2017 прийнято закон [19, Прикінцеві положення], відповідно до норм якого почався процес автономізації державних і комунальних закладів охорони здоров'я, тобто їх перетворення з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства (казенні підприємства) (далі – Закон про автономізацію).

Цілком логічно, що на заклади охорони здоров'я, які були реорганізовані в комунальні підприємства, розповсюдила дію реформа корпоративного управління. Відповідно на таких медичних підприємствах у випадках і порядку,

про які йшлося вище, може також створюватися такий орган управління, як наглядова рада. У цьому випадку управління закладом охорони здоров'я здійснюватиметься одноосібним або колегіальним виконавчим органом (директор /дирекція (правління) та наглядовою радою. Паралельно зі змінами в органах управління відповідно до реформи корпоративного управління Закон про автономізацію передбачив можливість створення в закладах охорони здоров'я органів залучення громадськості до вирішення питань охорони здоров'я. Це спостережні [1, ст. 24; 20] та опікунські ради. Метою створення спостережної ради є громадський контроль за дотриманням прав і забезпеченням безпеки пацієнтів, додержанням закладом охорони здоров'я вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення. Основи передбачали, що спостережні ради можуть утворюватися за рішенням власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) при державних та комунальних закладах вторинного і третинного рівнів.

Втім 01.07.2022 до Основ законодавства про охорону здоров'я внесені зміни [21], відповідно до яких у статті 24 «Участь громадськості в охороні здоров'я» спостережні ради замінено наглядовими радами. Тепер законодавець визначає, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення, за рішенням власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) утворюються наглядові ради з обов'язковим залученням представників громадськості (за їхньою згодою). Наглядові ради також можуть утворюватися за рішенням власника в інших закладах охорони здоров'я.

Відповідно до останніх змін наглядові ради закладів охорони здоров'я розглядають питання, зокрема, щодо дотримання прав і забезпечення безпеки пацієнтів, додержання вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я, фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я.

До складу наглядової ради закладу охорони здоров'я, крім представників власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) та відповідних органів виконавчої влади та/або органів місцевого самоврядування, входять (за їхньою згодою) депутати місцевих рад, представники громадськості та громадських об'єднань,

діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, організацій, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Порядок утворення, права, обов'язки наглядової ради закладу охорони здоров'я і типові положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України.

У результаті цих змін до Основ чинним українським законодавством передбачене існування двох видів наглядових рад – як органу управління підприємством, як це визначається в Господарському кодексі України [3, ст. 73 ч. 6] та як орган залучення громадськості, як вказують Основи законодавства про охорону здоров'я [21]. Важко погодитися з такою ситуацією, вона потребує термінового вирішення законодавцем.

Використані джерела

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України №2801-XII від 19.11.1992.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
2. Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» №222-VIII від 02.03.2015.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>
3. Господарський кодекс України: Закон України №436-IV від 16.01.2003.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text>
4. Указ Президента України «Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників» від 18.06.2021.
URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2612021-39229>
5. Постанова Кабінету Міністрів України «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики» №285 від 02.03.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text>
6. Мазур П., Тишук М. Лікарське самоврядування: європейський досвід і кроки до впровадження в Україні
URL: <https://health-ua.com/article/41680-lkarske-samovryaduvannya-vropejskij-dosvd-kroki-dovprovadzhennya-vukran>
7. Тернова С. Лікарське самоврядування: Світовий досвід має стати взірцем для наслідування
URL: <https://www.vz.kiev.ua/likarske-samovryaduvannya-svitovij-dosvid-maye-staty-vzirtsem-dlya-nasliduvannya/>
8. Проект Закону України «Про самоврядування медичних професій в Україні» 2445.
URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67395
9. Проект Закону України "Про професійне самоврядування медичних професій в Україні" 2445-2.
URL: <https://ips.ligazakon.net/document/XI00858A?an=4>
10. Проект Закону України «Про самоврядування медичних професій в Україні».
URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=69359
11. МОЗ представило законопроект про самоврядування у сфері охорони здоров'я на громадське обговорення.
URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-predstavilo-zakonoproekt-pro-samovriaduvannya-u-sferi-okhorony-zdorovia-na-hromadske-obhovorennia>
12. Національна економічна стратегія на період до 2030 року, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 03.03.2021 №179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/179-2021-%D0%BF#Text>
13. Ліцензування медичної практики URL: <https://lcc-veritas.kiev.ua/lisence/>
14. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану» від 18.03.2022 №314 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/314-2022-%D0%BF/ed20220318#Text>
15. Закон України «Про дозвільну систему у сфері господарської діяльності» №2806-IV від 06.09.2005.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2806-15#Text>
16. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану» від 18.03.2022 №314. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/314-2022-%D0%BF/ed20220713#Text>
17. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності» №1405-VIII від 02.06.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1405-19#Text>
18. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання управління державними унітарними підприємствами та господарськими товариствами, у статутному капіталі яких більше 50 відсотків акцій (часток) належать державі» №142 від 10.03.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/142-2017-%D0%BF>
19. Закон України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: №2002-VIII від 06.04.2017. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
20. Постанова Кабінету Міністрів України «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» №1077 від 27.12.2017.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF#Text>
21. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» №2347-IX від 01.07.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#n42>

ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я: НОРМАТИВНІ КОНТРОВЕРЗІЇ ТА ПРОПОЗИЦІЇ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ

Сенюта Ірина Ярославівна,

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

30-річний ювілей Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі — Основи) дає підстави констатувати, що сьогодні Основи є тим атлантом, який тримає нормативний регламент національної системи охорони здоров'я. Численні зміни, доповнення та інші трансформації призвели як до внутрішніх колізій, так і зовнішніх законодавчих дисонансів. У межах цього дослідження проаналізуємо окремі з контроверзій та запропонуємо шляхи до удосконалення положень Основ.

Насамперед привернемо увагу до кількох юридичних конструкцій з термінологічного словника Основ. Тривалий час національне законодавство не містило визначення поняття «медична інформація», проте сьогодні чинними є дві дефініції. В Основах під медичною інформацією розуміється інформація про медичне обслуговування особи або його результати, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством, у тому числі інформація про стан здоров'я, діагнози та будь-які документи, що стосуються здоров'я та обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності людини [1]. У постанові КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 №411 [2] також дається визначення медичній інформації як інформації про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження, зокрема відповідні медичні документи, що стосуються здоров'я пацієнта.

Аналіз обох дефініцій дає привід дійти таких висновків.

1. За принципом нормативної ієрархії за юридичною силою актів пріоритетним буде визначення, закріплене в Основах. Зауважимо, що законодавче поняття є ширшим за обсягом і включає інформацію про медичне обслуговування особи або його результати, а не лише як в підзаконному акті — інформацію про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження.

2. Поєднуючи визначення обох конструкцій, передбачених в Основах, а саме «медична інформація» та «медичне обслуговування», відзначимо, що: медичну інформацію становитиме інформація, отримана: 1) при наданні медичної допомоги; 2) при наданні реабілітаційної допомоги; 3) при діяльності, що безпосередньо пов'язана з їх наданням. Під фокус уваги підпадає саме третя складова, адже невідомим є її наповнення. З дефініції «медичне обслуговування» випливає, що воно обмежується діяльністю у сфері охорони здоров'я, яка підлягає ліцензуванню, згідно зі статтею 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [3], тобто це:

а) виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорт лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) — з урахуванням особливостей, визначених Законом України «Про лікарські засоби»;

б) медична практика;

в) діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України;

г) заготівля та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, перероблення, зберігання, розподіл і реалізація донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії.

Отже, медична інформація за Основами видається ємним за обсягом поняттям, що включає інформацію з чотирьох видів ліцензованої діяльності.

3. В аспекті цієї дефініції важливо привернути увагу до співзвучного права людини на інформацію про стан свого здоров'я, гарантованого у статті 285 Цивільного кодексу України (далі — ЦКУ), чи обов'язку медика надавати медичну інформацію (стаття 39 Основ). У частині 3 статті 39 Основ ідеться, що медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я [1]. Найменування статті 39 Основ включає обов'язок надання медичної інформації. Отже, хоча позначення обов'язку іде через медичну інформацію, проте обсяг інформації, яку медичні працівники повинні надати пацієнтові, звужено порівно з обсягом інформації, яка є у дефініції в глосарії. Така внутрішня колізія не слугує дотриманням прав пацієнтів. Звісно, що при внесенні змін до глосарію законодавець повинен був внести зміни і до статті 39 Основ, що сприяло б трансформаціям і в статті 285 ЦКУ.

4. Дуже незрозумілою є позиція законодавця в частині визначення словосполучення «медична інформація», коли до обсягу поняття включено й інформацію, і будь-які документи, що стосуються здоров'я та обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності людини. Підкреслимо, що медична інформація через документи визначається і на рівні підзаконного акта. Відповідно до статті 1 Закону України «Про інформацію» під інформацією розуміються будь-які відомості та/або дані, які можуть бути збережені на матеріальних носіях або відображені в електронному вигляді, а під документом – матеріальний носій, що містить інформацію, основними функціями якого є її збереження та передавання у часі та просторі [4]. Отож, інформація не становить документа, не може містити його як складову, а саме міститься у документі як джерелі інформації.

Вважаємо, що слід змінити визначення медичної інформації, залишивши його виключно на рівні Основ, та при формулюванні усунути внутрішні дисонанси.

«Забутою» є медична субсидія, визначення якої міститься у статті 3 Основ. Юридична енциклопедія визначає поняття субсидія як (лат. – допомога, підтримка) вид допомоги, що надається державою або відповідною установою окремим юридичним або фізичним особам переважно в грошовій формі з метою забезпечення чи відшкодування непередбачуваних матеріальних втрат внаслідок певних негативних явищ (безробіття, інфляційні процеси, проживання за межею бідності тощо), а також фінансової або іншої підтримки та стимулювання певної діяльності [5].

У Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 №2168-VIII (далі – Закон №2168-VIII) [6] та в Основах передбачено поняття «медична субсидія», під дефініцією якого розуміється безготівкова допомога, яка надається за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів для оплати необхідних пацієнту медичних послуг та лікарських засобів.

Проте ні в Законі №2168-VIII, ні в Основах не вказано алгоритму надання медичної субсидії: яким чином має надаватися медична субсидія, у яких випадках вона надається за рахунок коштів державного бюджету, а у яких – за кошти місцевого бюджету, на які саме медичні послуги поширюється медична субсидія, на які саме лікарські засоби надається субсидія та хто має право на медичну субсидію.

Також у частині 7 розділу IV Закону №2168-VIII вказано, що порядок призначення і надання медичних субсидій встановлюється Кабінетом Міністрів України, проте на єдиному вебпорталі органів виконавчої влади України немає жодного документа, який би регулював порядок надання медичних субсидій.

У пункті 8 розділу «Прикінцеві та перехідні положення» Закону №2168-VIII передбачено: Кабінету Міністрів України протягом трьох місяців з дня набрання чинності цим Законом, зокрема прийняти нормативно-правові акти, необхідні для реалізації положень цього Закону, та забезпечити набрання ними чинності одночасно з введенням у дію відповідних положень цього Закону [6].

Звертаємо увагу, що доповнення Основ у частині визначення медичної субсидії та порядку надання медичної субсидії затверджено Законом №2168 –VIII – станом на сьогодні (2022) минуло 5 років, проте алгоритму та порядку надання медичної субсидії, як і її чіткої правової природи, не встановлено. Незрозумілою є також функціональність такої юридичної конструкції, як «медична субсидія»: це самостійний фінансовий інструмент, який не входить до складу програм державних гарантій медичного обслуговування населення, впроваджених Законом №2168-VIII, чи медична субсидія – це складова інших програм, зокрема програми, що функціонує сьогодні – фінансування через Національну службу здоров'я України за поданими деклараціями на підставі договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Ще одним питанням, яке потребує огляду з урахуванням значної практичної ролі, є стандарти у сфері охорони здоров'я, регламентовані у статті 14-1 Основ.

У частині 1 статті 14-1 Основ визначено, що систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти. Відповідно до статті 11 Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [7] до державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я включаються:

- 1) перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- 2) нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних і профілактичних процедур;
- 3) показники якості надання медичної допомоги;
- 4) нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами й іншими спеціальними засобами;
- 5) нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою;
- 6) нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- 7) нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- 8) нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

3-поміж галузевих стандартів у частині 3 статті 14-1 Основ [1] передбачено такі:

- 1) стандарт медичної допомоги (медичний стандарт);
- 2) клінічний протокол;
- 3) протокол надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я;
- 4) таблиць матеріально-технічного оснащення;
- 5) лікарський формуляр.

З'ясувавши систему стандартів, акцентуємо увагу на тому, що дотримання не усіх стандартів у сфері охорони здоров'я є обов'язковим, що впливає з частини 6 статті 14-1 Основ. Всім реабілітаційним закладам, закладам охорони здоров'я, їхнім відділенням, підрозділам, а також фізичним особам – підприємцям, які провадять господарську діяльність з медичної практики та/або мають право на надання реабілітаційної допомоги, слід обов'язково дотримуватися лише таких галузевих стандартів: а) стандартів медичної допомоги (медичних стандартів); б) клінічних протоколів; в) протоколів надання реабілітаційної допомоги; г) таблиць матеріально-технічного оснащення.

Згідно з пунктом 13 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою КМУ від 02.03.2016 №285 (далі – Ліцензійні умови) [8], ліцензіат зобов'язаний: надавати медичну допомогу, медичні послуги відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) (пункт 13); дотримуватися стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), уніфікованих клінічних протоколів, затверджених МОЗ (пункт 14). Як бачимо, обсяг обов'язковості в аспекті дотримання стандартів у сфері охорони здоров'я на рівні підзаконного акта зменшився.

Стандарти у сфері охорони здоров'я мають важливе прикладне значення, адже на підставі них здійснюється контроль якості медичної допомоги. У пункті 3 Порядку контролю якості медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 28.09.2012 №752 [9], зазначено: якість медичної допомоги – надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості медичної допомоги – визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я.

Отже, з буквального тлумачення визначення оцінки якості медичної допомоги випливає, що контроль медичної допомоги проводиться виключно на підставі стандартів у сфері охорони здоров'я, систему яких наведено вище.

Запровадження в Україні нових клінічних протоколів медичної допомоги, відповідно до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини (далі – Методика), затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 №751 [10], породило дилему: чи входить новий клінічний протокол медичної допомоги до системи стандартів у сфері охорони здоров'я.

Під новим клінічним протоколом медичної допомоги розуміється клінічна настанова, обрана Міністерством охорони здоров'я України для її застосування на території України як клінічного протоколу без проходження процедури її адаптації; визначає процес надання медичної допомоги при певному захворюванні; затверджується Міністерством охорони здоров'я України як текст нового клінічного протоколу або посилання на джерело його розміщення чи публікації.

З огляду на наведене зробимо кілька зауваг.

1. Детальний аналіз статті 14-1 Основ дає підстави дійти висновку, що новий клінічний протокол медичної допомоги не належить до системи стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. У пункті 3.5 Методики визначено регламент розробки уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги, а в пункті 3.6 – розробки та затвердження нового клінічного протоколу медичної допомоги. Констатуємо, що це два різні стандарти, які не можна ототожнювати. На підтвердження позиції привернемо увагу до пункту 3.6 Методики, в якій зазначено, що застосування нового клінічного протоколу медичної допомоги виключає необхідність застосування уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги.
3. Вважаємо, що оцінка якості медичної допомоги не може проводитися на підставі нового клінічного протоколу, адже останній не є стандартом у сфері охорони здоров'я.

Стверджуємо, що не можна здійснювати контроль якості медичної допомоги на підставі клінічного маршруту пацієнта, який не належить до кола стандартів у сфері охорони здоров'я. Під клінічним маршрутом пацієнта розуміється алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу охорони здоров'я (або різних закладів охорони здоров'я), які залучені до надання допомоги при конкретному стані або захворюванні (пункт 1.2 Методики) [10]. Відповідно до пункту 12 Ліцензійних умов суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я, зобов'язаний мати клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ.

Отже, клінічний маршрут є додатковим інструментом до клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги, розробляється на їх основі. У пункті 3.10 Методики зазначено, що клінічний маршрут пацієнта є метою виконання вимог стандарту, уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги та нового клінічного протоколу медичної допомоги. У пункті 3.13 Стандартів акредитації закладів, затверджених наказом МОЗ України від 14.03.2011 №142 [11], зазначено серед вимог наявність маршрутів пацієнтів згідно з уніфікованими клінічними протоколами та медичними стандартами відповідно до профілю структурного підрозділу. Вбачається колізія між Ліцензійними умовами та Методикою щодо обсягу документів, на підставі яких має формуватися клінічний маршрут пацієнта. За ієрархією актів за юридичною силою шалка переважить на користь Ліцензійних умов, затверджених постановою КМУ.

З буквального тлумачення Ліцензійних умов, Стандартів акредитації і Методики клінічні маршрути можуть існувати лише при наявності клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги, а з огляду на Методику – і на підставі нового клінічного протоколу.

Вважаємо, що при контролі якості медичної допомоги вони можуть оцінюватись як додаткові інструменти до стандартів у сфері охорони здоров'я, як такі, що породжені на їх основі. Крім того, необхідно збалансувати нормативно-правові акти за регламентом одних і тих же питань, зокрема, за практично шість років (нові клінічні протоколи введено аказом МОЗ України від 29.12.2016 №1422) все ж вирішити, чи є новий клінічний протокол надання медичної допомоги стандартом у сфері охорони здоров'я, що можливо лише шляхом внесення змін до статті 14-1 Основ.

Під дослідницьке перо потрапили кілька положень Основ, що яскраво ілюструють проблеми, які породжує некоректне нормопроєктування: від норм, які не працюють і залишаються деклараціями, як-от медична субсидія, до «мотрійчиного» нормотворення, що зумовлює численну кількість змін до різних актів, при яких нормотворець «забуває» узгоджувати всі ці трансформації, що простежується, приміром, при регулюванні стандартів у сфері охорони здоров'я.

Основи сьогодні намагаються «тримати небо» над національною системою охорони здоров'я, бути дороговказом для органів влади та парасолею захисту для людини при здійсненні нею прав у сфері охорони здоров'я. Саме на законодавця покладено обов'язок і відповідальність, аби його візія не руйнувала основоположний акт української системи охорони здоров'я, а слугувала формуванню «живого» і дієвого інструменту для забезпечення цієї галузі та прав людини.

Використані джерела

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 №2801-XII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
2. Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 №411.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>
3. Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 №222-VIII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>
4. Закон України «Про інформацію» від 02.10.1992 №2657-XII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text>
5. Субсидія. Юридична енциклопедія : [у 6 т.] / ред. кол. : Ю. С. Шемшученко (відпов. ред.).
URL: <https://leksika.com.ua/16630803/legal/subsidiya>
6. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 №2168-VIII.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
7. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» від 05.10.2000 №2017-III.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14#Text>
8. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова КМУ від 02.03.2016 №285.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text>
9. Порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 №752.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>
10. Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 №751.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>
11. Стандарти акредитації закладів: Наказ МОЗ України від 14.03.2011 №142.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11#Text>

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА ТА ЇЇ МІСЦЕ В ЗАКОНОДАВСТВІ

Сорока Оксана Ярославівна,

*кандидат наук державного управління, доцент кафедри судової медицини, медичного та фармацевтичного права
Івано-Франківського національного медичного університету,*

Федосенко Наталія Володимирівна,

*асистент кафедри судової медицини, медичного та фармацевтичного права
Івано-Франківського національного медичного університету,*

Хомут Уляна Володимирівна,

*асистент кафедри судової медицини, медичного та фармацевтичного права
Івано-Франківського національного медичного університету*

За даними ВООЗ (2019), щороку в державах з низьким і середнім рівнем доходу реєструють близько 134 мільйонів випадків лікарських помилок або недбалості медперсоналу. У ВООЗ вирішили звернути увагу світової спільноти на цю проблему, оскільки навіть галузі, пов'язані з підвищеним рівнем ризику, такі як авіація і атомна промисловість, відрізняються набагато більш високими показниками безпеки, ніж сфера охорони здоров'я. Так, імовірність загибелі людини в автокатастрофі становить 1 до 3 мільйонів, тоді як імовірність смерті пацієнта в результаті нещасного випадку в медичній практиці – 1 до 300.

У ВООЗ повідомляють, що помилки і неухважність медперсоналу – це не тільки загроза здоров'ю та життю пацієнтів, а й суттєві фінансові втрати для медичних установ. Ухвалення профілактичних заходів, підкреслюють експерти ВООЗ, обійдеться клінікам у менші суми, ніж лікування наслідків заподіяння шкоди пацієнтам. Тільки у США цілеспрямовані заходи щодо підвищення безпеки медичного догляду дозволили заощадити близько 28 мільярдів доларів за п'ять років.

У ВООЗ також відзначають, що найпоширенішим видом помилок у медичній сфері є помилки при призначенні лікарських засобів, включаючи нечіткі інструкції, використання незрозумілих аббревіатур, неадекватне дозування. Пацієнти часто страждають і вмирають у результаті неправильної або несвоєчасної постановки діагнозу, а також через післяопераційні ускладнення [1].

Лікарські (медичні) помилки входять до переліку професійних помилок, зокрема таких, як помилки пілота, диспетчера, юриста, бухгалтера, перукаря тощо. Ми не звертаємося в поліцію, коли невдоволені роботою перукаря, натомість шансів це зробити набагато більше, коли ми невдоволені роботою лікаря. Чому так відбувається? На відміну від інших професійних помилок, саме лікарська належить до особливо чутливої сфери буття людини, що пов'язано з найбільшою цінністю людини – її життям і здоров'ям. Наслідки лікарських помилок часто є невідворотними, а також характеризуються латентністю (прихованістю).

Лікарі часто ображаються, коли чують про лікарські помилки. В їхньому розумінні лікарська помилка відповідальності не передбачає, ні дисциплінарної, ні адміністративної, ні кримінальної, оскільки є добросовісною оманом та ніяк не пов'язана з халатністю, професійною недбалістю, а тим більше прямим умислом. Справді, лікар, який надає медичну допомогу, апriorі не бажає завдати шкоди здоров'ю пацієнта, та й не всі ускладнення під час медичних втручань пов'язані з рішеннями самого лікаря. Стан хворого може погіршуватися, коли медична сестра не встигає вчасно робити ін'єкції та певні маніпуляції. Здоров'я і навіть життя пацієнта часом залежать від ремонтників, які знеструмили всю вулицю разом з лікарнею; від інженера, який вчасно не наповнив систему киснем в лікарні; від санітарки, яка запалила свічку в насиченій киснем реанімаційній палаті за померлого пацієнта.

Тому дедалі частіше зустрічається вислів «дефекти медичної допомоги», до яких зараховують усі вади чи помилки під час встановлення діагнозів, застосування методів лікування, необґрунтоване призначення лікарських препаратів, прорахунки в організації надання медичної допомоги тощо.

В українському законодавстві досі немає визначення поняття «лікарська помилка». Водночас у медико-правовому тлумачному словнику за редакцією І. Сенюти, що містить понад 5000 слів і термінологічних сполучень та забезпечує необхідний обсяг інформації для правників у медицині та для працівників системи охорони здоров'я у праві зазначається, що лікарська помилка – це дефект надання медичної допомоги, пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного чи необережного злочину [3, с. 230]. У цьому ж словнику зазначається, що дефектом надання медичної допомоги є неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання [3, с. 121].

Слід відзначити, що тема лікарських (медичних) помилок була і залишається предметом вивчення представниками як медичної, так і правової науки вже років двадцять. Серед них можна виділити праці І. Сенюти, Р. Майданика, Р. Гревцової, С. Стеценка, Я. Радиша тощо.

На думку І. Сенюти, медична помилка – це вид дефекту надання медичної допомоги, що становить неналежне виконання (невиконання) медичним працівником професійних обов'язків внаслідок суб'єктивної чи суб'єктивної помилки, яке не пов'язане з недбалістю і несумлінним до них ставленням, що спричинило шкоду здоров'ю пацієнта [6, с. 33].

С. Стеценко розглядає лікарську помилку як дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний із неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного чи необережного злочину [7, с. 456].

Я. Радиш, І. Бедрик, П. Кузьмінський визначають медичну помилку як помилкову дію чи бездіяльність медичного персоналу, що проявилися у неправильних наданні (ненаданні) допомоги, діагностиці захворювань і лікуванні хворих (потерпілих) та реально погіршили стан пацієнта чи призвели до спричинення шкоди здоров'ю або життю особи, які характеризуються як добросовісний заблуд за відсутності ознак халатності, зловмисного чи необережного проступку та злочинного невігластва [4, с. 57].

Розрізняють діагностичні, тактичні, технічні, організаційні та деонтологічні лікарські помилки. Причини виникнення таких помилок можна поділити на два види – об'єктивні (залежать від лікаря) та суб'єктивні (залежать від самого лікаря). До об'єктивних причин можуть належати: недостатній розвиток медицини на цьому історичному етапі, тяжкий стан пацієнта, нетиповий перебіг захворювання, відсутність необхідного медичного обладнання, лікарських препаратів. До суб'єктивних можуть належати: низький рівень кваліфікації лікаря, недооцінка чи переоцінка результатів медичних обстежень пацієнта, недотримання стандартів (протоколів) лікування, формальне ставлення до пацієнта.

«Лікарську помилку» слід відрізнити від «лікарського злочину» як кримінального правопорушення, що містяться у Кримінальному кодексі України у розділі «Злочини проти життя та здоров'я особи», який налічує понад десяток «медичних статей», за якими медичний працівник може бути притягнений до кримінальної відповідальності. При «лікарському злочині» особа повинна була й мала можливість виконати належним чином покладені на неї професійні обов'язки, але не зробила цього через недбалість (халатність, недобросовісність). Відмінність також полягає й в обсязі заподіяної шкоди здоров'ю пацієнта, як правило це тяжкі тілесні ушкодження чи смерть.

Розгляд спорів «лікар-пацієнт» в українських судах збільшується, але не є поширеним у суспільстві. Офіційна статистика таких справ не ведеться. На нашу думку, це пов'язано з низьким рівнем правової культури пацієнтів; важким станом пацієнта, після перенесеного захворювання; недостатнім матеріальним забезпеченням пацієнта; страхом перед можливим розголошенням інформації про діагноз; сумнівами в результативності звернення до суду; складнощами збирання доказів у справах про можливі лікарські помилки; відсутністю незалежної експертизи та соціальної реклами, яка роз'яснювала б, куди можна звернутися по захист прав пацієнта.

Практика ухвалення судових рішень різноманітна: і на користь пацієнтів, і на користь закладів охорони здоров'я. Якщо проаналізувати Єдиний державний реєстр судових рішень, то в ньому наявна невелика кількість вироків, як обвинувальних, так і виправдувальних, які кваліфіковано за статтею 140 Кримінального кодексу України [2]. Така ситуація, на нашу думку, пов'язана не з високим рівнем якісного медичного обслуговування, а з латентністю (прихованістю) протиправних дій у сфері медичної діяльності.

Після рішення суду в кримінальному провадженні питання відшкодування шкоди (матеріальної та моральної) постраждалим лягає на плечі закладів охорони здоров'я – у рамках окремих цивільних проваджень, а це призводить до того, що пацієнтам доводиться довго чекати на виплату коштів. На цей час отримання судового рішення, яке навіть набуло законної сили, є лише меншою частиною загальної роботи щодо реального відшкодування шкоди. Та й присуджені кошти подекуди є значно меншими за фактичні витрати пацієнта, оскільки багато платежів у сфері медичних послуг робиться неофіційно, а тому й компенсувати їх неможливо. Можливо незабаром однією зі сторін у таких судових справах стане новостворена Національна служба здоров'я України (НСЗУ) як національний страховик, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує у них послуги з медичного обслуговування населення, а отже, й повинен контролювати дотримання ними умов таких договорів, у тому числі щодо якості надання медичної допомоги.

Неврегульованість питання лікарських помилок на законодавчому рівні шкодить інтересам пацієнтів, лікарів і закладів охорони здоров'я: пацієнт не має впевненості у тому, що отримає компенсацію за завдану шкоду; лікар – від необґрунтованих претензій; заклад – від можливих арештів банківських рахунків та майна. Сприяти розв'язанню цієї проблеми могло б обов'язкове страхування професійної відповідальності лікарів. В Україні не існує системи страхування професійної відповідальності лікарів на державному рівні, за умови запровадження якої підвищилася б ефективність відшкодування пацієнтові заподіяної шкоди, а лікар і заклад охорони здоров'я почувалися б більш захищеними.

Слушною є думка голови Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування М. Радущького, який зазначає, що у світі давно використовують інструмент, який дозволяє захистити інтереси як лікаря, так пацієнта – обов'язкове страхування професійної відповідальності лікарів. Експертиза оцінює шкоду, нанесену пацієнту внаслідок лікарської помилки, але компенсує її не медик чи медичний заклад, а страхова компанія. Завдяки цьому пацієнт гарантовано отримує відшкодування, а родині лікаря не доводиться розпродавати майно та жебракувати, щоб виплатити всю необхідну суму. Для України питання страхування відповідальності медиків останнім часом стало ще актуальнішим. Медичні заклади перетворились на неприбуткові підприємства – і тепер пацієнти можуть позиватися до конкретної юридичної особи, клопотати про накладення арешту на рахунки лікарні тощо. Для того щоб страхування відповідальності стало обов'язковим і реально запрацювало, потрібні дві складові – зміни до законодавства та механізм фінансування страхових програм [5].

Ще однією складністю в медичних справах є проведення судово-медичної експертизи, результати якої можуть пояснити, мала місце лікарська помилка чи діяння слід кваліфікувати як кримінальне правопорушення. Судово-медичні експертизи можуть зайняти тривалий час, який часто перевищує максимальні граничні строки. Це пояснюється недостатньою кількістю експертів за відповідною спеціальністю, а також залежить від кількості матеріалів справи, коректності та правильності формулювання слідчим запитань до експерта. На практиці досить часто має місце ситуація, коли за результатами експертизи встановлюється факт наявності дефектів надання медичної допомоги пацієнту, що мали місце внаслідок неналежного виконання (невиконання) медичним працівником професійних обов'язків, але останні уникають кримінальної відповідальності у зв'язку із закінченням строків притягнення до такої відповідальності.

Судова практика демонструє, що найчастіше пацієнти невдоволені роботою лікарів спеціальностей хірургія, акушерство і гінекологія, неонатологія. Новим феноменом стає «шантаж» з боку пацієнтів у сфері стоматології та естетичної медицини, що пояснюється особистими суб'єктивними очікуваннями пацієнта результатів надання таких медичних послуг.

Зважаючи, що одним із методів регулювання впливу на поведінку особи загалом і медичного працівника (закладу охорони здоров'я) зокрема, є застосування відповідальності до винної особи, тому саме цьому інституту також слід приділити особливу увагу.

У чинному законодавстві цивільно-правова відповідальність медичного працівника за неналежне надання медичних послуг регулюється недостатньо й потребує суттєвого коригування, уточнення, удосконалення. Відносини між медичним працівником і пацієнтом є специфічними, і не всі норми цивільного законодавства при застосуванні інституту відповідальності можуть бути використані. Тому деталізація цього інституту є необхідною умовою, щоб кожен громадянин міг повністю реалізувати права, гарантовані Конституцією і законами України.

Підсумовуючи, варто відзначити: сьогодні в Україні у нормативно-правових актах відсутній термін «лікарська помилка» та його визначення, що в кінцевому рахунку призводить до відсутності чіткого розмежування підстав звільнення або притягнення до юридичної відповідальності лікаря та/або закладу охорони здоров'я. Не претендуючи на вичерпність, на нашу думку, під лікарською помилкою слід розуміти дефект надання медичної допомоги, зумовлений об'єктивними та суб'єктивними причинами та не пов'язаний з недбалістю (халатністю, недобросовісним) виконанням чи невиконанням лікарем своїх професійних обов'язків. Маємо надію, що термін «лікарська помилка» та його чітке визначення незабаром з'являться як буква закону, а наполеглива праця науковців медичної та юридичної галузей не буде змарнована, а стане у сфері охорони здоров'я надійним помічником для розуміння та реалізації духу закону.

Використані джерела

1. Організація Об'єднаних Націй.

URL: https://news.un.org/ru/story/2019/09/1363052?utm_source=UN+News+--+Russian&utm_campaign=8606c782f5-EMAIL_CAMPAIGN_2019_09_21_05_00&utm_medium=email&utm_term=0_6a23d2f3b7-8606c782f5-104730641

2. Єдиний державний реєстр судових рішень. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/>

3. Медико-правовий тлумачний словник / за ред. І. Я. Сенюти. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – 540 с.

4. Радиш Я. Ф. Медична помилка: сутність, класифікація та правовий вимір / Я. Радиш, І. Бедрик, П. Кузьмінський. // Медичне право. – 2008. – №1. – С. 52.

5. Радущький М. Право на помилку: захистити і лікаря, і пацієнта. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2020/11/2/242856/>

6. Сенюта І. Я. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичної допомоги: методичні рекомендації для адвокатів. Харків: Фактор, 2018. – 64 с.

7. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України: Підручник / За заг.ред.д.ю.н проф. С. Г. Стеценка. – К: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність». – 2008. – 507 с.

ПРАВО НА ТАЄМНИЦЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я: НОРМАТИВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТА СУДОВА ВІЗІЯ

Терешко Христина Ярославівна,

*кандидат юридичних наук, доцент кафедри медичного права ФПДО
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького,
партнер АО «МедЛекс»*

На національному рівні Конституційною основою лікарської таємниці є стаття 32 Конституції України, яка містить заборону втручатися в особисте і сімейне життя. Крім того, у вказаній статті зазначається, що збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди не допускається, крім випадків, визначених законом і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини [1]. Ця конституційна норма відтворила положення таких міжнародних документів, як Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про громадянські і політичні права, Конвенція про захист прав людини та основних свобод, які забороняють свавільне чи незаконне втручання в особисте і сімейне життя особи.

Положення частин 1 та 2 статті 32 Конституції України та частин 2, 3 статті 34 Конституції України отримали офіційне тлумачення Конституційного суду України у справі №1-9/2012 за поданням Жашківської районної ради Черкаської області [2]. Зазначені положення потребували роз'яснення меж здійснення права на інформацію та права на невтручання в особисте і сімейне життя відносно посадової особи. Так, у своєму рішенні Конституційний Суд визначає інформацію про особисте та сімейне життя особи як будь-які відомості та або дані про відносини немайнового та майнового характеру, обставини, події, стосунки тощо, пов'язані з особою та членами її сім'ї, за винятком передбаченої законами інформації, що стосується здійснення особою, яка займає посаду, пов'язану з виконанням функцій держави або органів місцевого самоврядування, посадових або службових повноважень. Така інформація про особу є конфіденційною. До конфіденційної інформації віднесено й інформацію про стан здоров'я особи. Також у рішенні зроблено висновок, що порядок оброблення конфіденційної інформації про посадову особу та особу, яка не наділена повноваженнями, пов'язаними з виконанням функцій держави, в цілому не є відмінним.

Тож збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди державою, органами місцевого самоврядування, юридичними або фізичними особами є втручання в її особисте та сімейне життя. Таке втручання допускається винятково у випадках, визначених законом і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини.

Безпосередньо право на таємницю про стан здоров'я закріплено положеннями Цивільного кодексу України (далі – ЦК України). Зокрема, у статті 286 зазначається, 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 [3]. Крім того, міститься заборона вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи. Прогресивно вбачається позиція законодавця щодо кола зобов'язаних суб'єктів досліджуваного нами права. Так, зобов'язання утримуватися від поширення інформації про стан здоров'я, яка стала відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел, покладається на кожну фізичну особу. Такий підхід вважаємо правильним, адже передбачити вичерпний перелік зобов'язаних осіб, а також джерел отримання інформації про стан здоров'я особи є неможливим.

На рівні закону право фізичної особи на таємницю про стан здоров'я закріплюється у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи). Статтею 39-1 частково дублюються положення ЦК України щодо досліджуваного нами права. Водночас в Основах міститься також стаття, яка визначає лікарську таємницю. Відповідно до зазначеної статті 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. Разом з тим законодавець передбачив можливість використання інформації про стан здоров'я та пов'язаних з ним даних у навчальному процесі, у науково-дослідній роботі, дозволяючи публікацію відповідних матеріалів у спеціальній літературі, але виключно з дотриманням анонімності пацієнта [4].

Відповідно до статті 40 Основ лікарську таємницю становлять відомості про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, які не мають права розголошувати, крім передбачених законодавчими актами випадків [4].

87

У Рішенні Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення статей 3, 23, 31, 47, 48 Закону України «Про інформацію» та статті 12 Закону України «Про прокуратуру» (справа К. Г. Устименка) від 30.10.1997 (справа №18/203-97), з огляду на положення частини 2 статті 32 Конституції України, суд роз'яснив частину 4 статті 23 Закону України «Про інформацію», вказавши: «Забороняється не лише збирання, а й зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її попередньої згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту, прав та свобод людини. До конфіденційної інформації, зокрема, належать свідчення про особу (освіта, сімейний стан, релігійність, стан здоров'я, дата і місце народження, майновий стан та інші персональні дані)» [5].

На підставі аналізу статті 40 Основ можна зробити висновок, що назва статті є вужчою аніж її зміст, адже позначення статті «Лікарська таємниця» дає чітку вказівку на суб'єкта збереження таємниці, а саме на лікаря, хоча у самій статті йдеться про медичних працівників та інших осіб, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу. З огляду на нормативний дисбаланс, пропонуємо внести зміни до статті 40 Основ і позначити цю статтю як «Медична таємниця».

Аналізуючи законодавчі положення та наукові підходи, вважаємо за необхідне запропонувати власне визначення медичної таємниці – відомості та/або дані медичного і немедичного характеру, отримані у процесі організації надання і надання медичної допомоги, що стали відомі медичним працівникам та іншим особам внаслідок виконання службових та/або професійних обов'язків, які не підлягають розголошенню, крім випадків, передбачених законодавством.

Кожен пацієнт має абсолютне право на медичну таємницю, порушення якого тягне за собою юридичну відповідальність. Проте в законодавстві передбачено можливість правообмежування, зокрема, в частині 1 статті 40 Основ зазначено, що медичні працівники не мають права розголошувати медичну інформацію та інші відомості про особу, які їм стали відомі у зв'язку з їх професійною діяльністю, крім випадків, передбачених законодавством.

У контексті наведеного нормативного положення звернемо увагу на постанову Верховного Суду від 29.06.2022 у справі №205/9115/19 щодо розголошення ВІЛ-статусу позивачки через направлення, видане лікарем-неврологом до лікаря-психіатра її чоловікові, що містило конфіденційну інформацію [6].

Аналіз правил частини 4 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» дає підстави для висновку, що передання медичним працівником відомостей, зазначених у частині третій цієї статті (відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції), дозволяється лише іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я – винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи.

Отже, передання відомостей, зазначених у частині третій цієї статті, іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я допускається виключно за одночасного існування таких умов:

- надання людиною, яка живе з ВІЛ, у письмовому вигляді усвідомленої інформованої згоди на передання таких відомостей;
- передання відомостей потрібне лише для цілей, пов'язаних з лікуванням хвороб, зумовлених ВІЛ;
- поінформованість лікаря щодо ВІЛ-статусу пацієнта має істотне значення для його лікування.

У разі якщо суд встановить, що передання відомостей про людей, які живуть з ВІЛ (результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції), іншим медичним працівникам здійснене з дотриманням наведених умов, то такі дії медичного працівника вважатимуться правомірними.

Водночас якщо під час розгляду справи буде встановлено, що людина, яка живе з ВІЛ, не надавала у письмовому вигляді інформованої згоди, або передання таких відомостей не було потрібне для цілей, пов'язаних з лікуванням хвороб, зумовлених ВІЛ, або поінформованість лікаря щодо ВІЛ-статусу пацієнта не мала істотного значення для його лікування, дії медичного працівника щодо передання інформації про людей, які живуть з ВІЛ, вважатимуться протиправними.

Суди першої та апеляційної інстанцій не врахували, що позивач наголошувала на тому, що не надавала письмової усвідомленої інформованої згоди на передання даних, що є конфіденційною інформацією (лікарською таємницею), щодо її позитивного ВІЛ-статусу іншим медичним працівникам. Тож відповідач мав довести, що таку згоду позивач як пацієнт надавала, а суд мав перевірити наявність такої згоди в письмовій формі.

За умови ненадання письмової інформованої згоди пацієнта на розголошення відомостей про її позитивний ВІЛ-статус (протилежного суди у справі, що переглядається, не встановили) лікар-невропатолог не мала права передавати іншій особі, зокрема й лікарю-психіатру, інформацію про пацієнта, що є конфіденційною.

Додатково Верховний Суд врахував, що під час розгляду справи суди першої та апеляційної інстанцій не встановили обставин, що передання інформації про статус позивача мало істотне значення для її лікування, а так само надання такої інформації іншому лікарю було нагально необхідним. Такі обставини, не доведені відповідачем належними та допустимими доказами, зводяться до особистих пояснень.

Підсумовуючи, Верховний Суд дійшов переконання, що суди першої та апеляційної інстанцій неправильно застосували правила частини 4 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» до спірних правовідносин, не врахували, що лікар-невролог не дотрималася правил, закріплених у цій статті Закону, щодо передання даних про позитивний ВІЛ-статус пацієнта іншому медичному працівникові.

За таких обставин правильним є висновок про протиправність дій лікаря-невролога, які полягали у розголошенні іншому медичному працівникові відомостей про пацієнта, що має позитивний ВІЛ-статус, без дотримання правил, визначених у частині 4 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Верховний Суд також наголошує на неправомірності розголошення конфіденційної інформації чоловіку позивачки, адже такої підстави для розголошення лікарем медичної таємниці, як обізнаність партнера про позитивний ВІЛ-статус партнера, частина 5 статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» не містить.

Європейський суд з прав людини (далі – ЄСПЛ) у §§ 95, 96 рішення від 25 січня 1997 року у справі «Z. проти Фінляндії» (заява №22009/93 [1997] ECHR 10) зазначив, що захист особистих даних, не тільки медичних, є надзвичайно важливим для реалізації особою свого права на повагу до приватного та сімейного життя, гарантованого статтею 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (далі – Конвенція). Повага до конфіденційності інформації про стан свого (пацієнта) здоров'я є невід'ємним принципом правових систем країн-учасниць Конвенції.

Вирішальною є не лише повага до медичної таємниці пацієнта, а також і забезпечення його довіри до медичної професії та медичних послуг загалом. Без такого захисту особи, які потребують медичної допомоги, можуть віднадуватися від надання інформації особистого та інтимного характеру, що може бути необхідним для отримання належного лікування, та навіть від прагнення отримати таку допомогу, і таким чином наражати себе та своє здоров'я, а у випадку інфекційного захворювання – і здоров'я суспільства, на небезпеку. Таким чином, внутрішнє законодавство повинно забезпечувати достатні гарантії з метою запобігання переданню або розголошенню медичної таємниці, що може суперечити положенням статті 8 Конвенції [7].

Такі міркування є особливо важливими, якщо йдеться про нерозголошення інформації, яка стосується захворювання особи на ВІЛ. Оскільки розголошення таких даних може значно вплинути на приватне та сімейне життя особи, на її соціальний статус і зайнятість, піддаючи таку особу ганьбі та ризику бути вигнанцем у суспільстві. Також з цієї підстави особа може втратити бажання дізнатися про свій діагноз та отримати медичну допомогу, у результаті чого зруйнувати всі ті профілактичні заходи, які вживаються суспільством, щоб запобігти пандемії. Тому зацікавленість у конфіденційності такої інформації матиме вагоміше значення при визначенні того, чи втручання у здійснення цього права відповідало меті закону, яка переслідується. Таке втручання не може визнаватися таким, що відповідає статті 8 Конвенції, якщо тільки воно не виправдане певними важливішими суспільними інтересами. Беручи до уваги особливо інтимну та вразливу природу інформації про захворювання особи на ВІЛ, будь-які державно-владні заходи, які примушують надавати чи розголошувати таку інформацію без згоди пацієнта, зобов'язують суд бути дуже уважним і ретельно досліджувати такі обставини, як це роблять гарантії, прийняті для забезпечення ефективного захисту.

ЄСПЛ з особливою відповідальністю ставиться до справ, пов'язаних з конфіденційністю і приватністю. Звернемо увагу ще на одне рішення у справі «М.К. проти України» (заява №24867/13) щодо порушення права заявниці на повагу до свого приватного життя за статтею 8 Конвенції в тому, що аналіз крові для визначення наявності ВІЛ було здійснено незаконно під час проходження заявницею регулярного медичного огляду у військовому госпіталі та вона не була належним чином поінформована про результати аналізу, натомість такі були надані за місцем служби заявниці та її матері.

ЄСПЛ наголосив, що інформування про діагноз потрібне для того, щоб особа могла зробити усвідомлений та незалежний вибір стосовно свого догляду, підтримки й лікування. Право на інформацію – основоположний етичний і правовий принцип, особливо за умови ризику поширення хвороби особою надалі. За цих обставин ЄСПЛ не може погодитися з висновками національних судів і вважає, що мало місце втручання в право заявниці на повагу до свого приватного життя через неналежне інформування її госпіталем про результати аналізу на ВІЛ. Керуючись зазначеними вище підставами, ЄСПЛ вирішив, що таке втручання не було «згідно із законом» у розумінні пункту 2 статті 8 Конвенції (пункт 41 рішення).

ЄСПЛ зауважив, що Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», насамперед спрямований на сувору заборону будь-якого необґрунтованого розголошення про статус ВІЛ-інфікованої особи, не передбачав винятку для інформування медичним персоналом родича про ВІЛ-статус особи на основі усної згоди пацієнта (пункт 47 рішення). З огляду на наведене ЄСПЛ вирішив, що розголошення госпіталем інформації про стан здоров'я заявниці її матері чи то у вигляді «інформування», чи то «підтвердження» не мало правової основи, яка б відповідала вимогам Конвенції, і тому не «було згідно із законом» у розумінні пункту 2 статті 8 Конвенції.

ЄСПЛ раніше вже визнавав, що роботодавці можуть мати легітимний інтерес в інформації про фізичне здоров'я працівників, особливо в контексті покладення на них певних професійних обов'язків, пов'язаних із конкретними навичками, функціями чи компетенціями, але підкреслив, що збір і оброблення відповідної інформації мають бути законними і забезпечувати дотримання справедливого балансу між інтересами роботодавця та побоюваннями кандидата щодо конфіденційності. Крім того, навіть припустивши, що передання результатів медичних оглядів заявниці до військової частини мало певну правову основу в національному законодавстві, ЄСПЛ вирішив, що непослідовність у чинному на той час законодавстві з такого важливого питання, як розголошення ВІЛ-статусу особи, як і в цій справі, порушувала вимогу «якості закону» згідно з Конвенцією і створила ситуацію, яка не була для заявниці передбачуваною в розумінні усталеної практики ЄСПЛ за пунктом 2 статті 8 Конвенції. Із цього випливає, що втручання у приватне життя заявниці не було законним для цілей статті 8 Конвенції (пункти 59 і 60 рішення) [8].

Аналіз національного законодавства та судової практики дає підстави дійти висновку про необхідність впровадження чітких механізмів захисту права людини на таємницю про стан здоров'я.

Використані джерела

1. Конституція України від 28.06.1996 №254к/96-ВР.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

2. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням Жашківської районної ради Черкаської області щодо офіційного тлумачення положень частин першої, другої статті 32, частин другої, третьої статті 34 Конституції України від 20.01.2012 (справа №1-9/2012). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v002p710-12>

3. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 №435-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

4. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-XII.

URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

5. Рішення Конституційного Суду України у справі щодо офіційного тлумачення ст. 3, 23, 31, 47, 48 Закону України «Про інформацію» та ст. 12 Закону України «Про прокуратуру» (справа К. Г. Устименка) від 30.10.1997 (справа №18/203-97).

URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v005p710-97>

6. Постанова Верховного Суду від 29.06.2022 в справі №205/9115/19. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/105110286>

7. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «З проти Фінляндії» (Z. v. Finland) від 25.02.1997.

URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng>

8. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «М.К. проти України» (M.K. v. Ukraine) від 17.11.2022. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22documentcollectionid%22:%22GRANDCHAMBER%22,%22CHAMBER%22},%22itemid%22:%22001-220892%22}>

ВИЗНАЧЕННЯ ПОЧАТКУ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕЯКИХ АСПЕКТІВ ЙОГО ЗМІСТУ В ЗАКОНІ УКРАЇНИ «ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я»

Триньова Яна Олегівна,

доктор юридичних наук, доцент, професор кафедри кримінального, кримінально-виконавчого права та кримінології Академії державної пенітенціарної служби, адвокат

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» №2801-XII від 19 листопада 1992 року (далі – Основи) [5] один із давніших законів України, що ввів у «спадок» від радянського законодавства, зокрема, свою назву. Цей закон був і є рамковим для медичної сфери і визначає правові основи її діяльності, принципи існування медичної допомоги населенню, її види, обов'язки населення у відношенні збереження власного здоров'я, права та обов'язки медичних, фармацевтичних працівників, міжнародну діяльність тощо. За тридцять років існування закон піддавався редагуванню в цілому сімдесят разів. Однак на сьогодні він все ще потребує оновлення і гармонізації його положень із чинним актуальним внутрішнім законодавством та міжнародними актами, які мають вплив на систему законодавства України.

Метою цієї статті є надання пропозицій щодо актуалізації деяких положень зазначеного закону відповідно нових наукових розроблень і положень актів внутрішнього та міжнародного законодавства, що відповідатиме основним принципам охорони здоров'я.

Перше, на чому зосередимо увагу, є доцільність включення до закону положення щодо визначення початку правового забезпечення життя людини.

На сьогодні можна виділити декілька основних концепцій визначення початку правового забезпечення життя людини: 1) з моменту зачаття; 2) з 15 дня після створення зиготи; 3) з моменту настання 22 повного тижня вагітності (пропонується в проєкті нового Кримінального кодексу); 4) з моменту початку першої потуги при пологах (практика в кримінальних провадженнях) [10].

Остання пропозиція визначення початку, зокрема, кримінально-правового забезпечення охорони життя людини достатньо давно використовується у вітчизняній практичній діяльності, хоча в медичній сфері ще з 2006 року домовились про врятування життя людини з повного 22 тижня вагітності [8].

Посилання саме на цей термін вагітності, окрім приєднання Україною до міжнародних актів, пояснювалося тим фактом, що саме на цій стадії розвитку організму людини завершується формування її мозку. А оскільки смерть людини пов'язується із незворотними процесами саме мозку людини [5], то і визначення початку життя людини вирішили пов'язати саме з формування цього органу.

Однак в останні десятиліття за допомогою сучасної техніки стало можливим виявляти життя на більш ранніх стадіях, створювати штучно ембріони тощо. Відтак вченими було запропоновано визначення початку життя людини перенести на ще більш ранню стадію – з 15 дня створення зиготи. Така пропозиція була обумовлена необхідністю проводити експерименти на ембріонах людини, однак через етичні обмеження такі маніпуляції є забороненими в багатьох країнах світу. Відтак між вченими було досягнуто домовленості, що оскільки до 15 дня (умовно), з моменту створення зиготи, ембріон людини може не імплантуватись в організм людини через цілком природні умови, а також через те, що згідно з результатами досліджень саме з 15 дня відбувається формування первинної нервової трубки плоду, яка є прообразом нервової системи людини, то до 15 дня – ембріон людини є бластоцистою – скупченням ембріональних клітин, які є дуже цінними для науки і одночасно не є людиною в моральному сенсі, що розв'язувало руки дослідникам. Фактично цим рішенням було досягнуто компроміс у приватно-публічному конфлікті інтересів.

Серед міжнародної практики на підтвердження такої домовленості можна навести рішення Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ) у справі *Oliver Brüstle v Greenpeace eV* від 18 October 2011 [13]. У межах цього рішення ЄСПЛ було прийняте рішення неможливості проведення експериментів на ембріонах людини старше 14 дня. Отже, можна вважати, що ЄСПЛ визнав необхідність початку правового забезпечення охорони життя людини з 15 дня з моменту створення зиготи.

Однак прагнення до пізнання всього нового спровокувало сучасних вчених переглянути свою позицію.

Як наводилося в електронному журналі «Bioedge» [1], Міжнародне товариство дослідження стовбурових клітин (ISSCR) оновило свої рекомендації з досліджень стовбурових клітин.

Керівний принцип – це ослаблення 14-денного обмеження на те, як довго людський ембріон може залишатися живим у лабораторії. Згідно з ISSCR оновлення відображає нові досягнення, включаючи моделі ембріонів на основі стовбурових клітин, дослідження людських ембріонів, химер, органел, редагування геному і ектогенез. Пропонувалося продовжити термін можливості проведення досліджень на ембріонах до 21 дня з моменту їх створення.

Незважаючи на те, що ці рекомендації не мають сили закону, вони є дуже впливовими, і в таких ключових країнах, як Великобританія, США і Австралія, очікується зростання тиску з метою зміни або скасування правила 14 днів. Фахівці з біоетики закликали до перегляду низки рекомендацій за останні кілька років.

До недавнього часу правило 14 днів було неможливо порушити, тому що ембріони не могли залишатися живими довше 11 або 12 днів. Але нещодавно дві окремі дослідницькі групи в Китаї оголосили, що вони вирощували ембріони приматів *in vitro* протягом 20 днів, і це відкрило нові привабливі перспективи для вчених, які займаються стовбуровими клітинами [11].

Оновлення рекомендацій є результатом дворічної співпраці з 45 міжнародними експертами в галузі науки про стовбурові клітини, етики та права і було рецензовано вченими і фахівцями з етики з 14 країн [11]. Однак чи готове українське суспільство до останнього нововведення?

Аналізуючи наведені концепції визначення початку правового забезпечення життя людини можна зазначити, що найбільш сучасною, враховуючи соціально-економічний стан українського суспільства можна визнати концепцію встановлення правового забезпечення життя людини з 15 дня розвитку зиготи.

Щодо концепції визначення початку забезпечення правової охорони життя людини з моменту зачаття, вважаю коментувати її зайвим. І так є зрозумілим сутність цієї концепції. Щодо її доцільності, на мій погляд, вона є недосконалою, оскільки фактично є втручанням у приватне життя людини. Адже створення родини, народження дітей є правом особи, а не її обов'язком! На цьому тлі суттєво виграє наведена вище концепція, адже в такому разі досягається баланс інтересів дорослої людини (жінки) та ембріона (зокрема задоволення його права на життя). Щодо інших двох концепцій, то, незважаючи на пропозиції встановлення правового забезпечення життя людини з 22 тижня вагітності в проєкті нового Кримінального кодексу, ця концепція, враховуючи сучасний розвиток науки, вже є застарілою.

Кримінальний кодекс у цьому аспекті буде знов не відповідати сучасним запитам суспільства, не говорячи вже про забезпечення правовідносин у майбутньому. Встановлення правового забезпечення життя людини з моменту першої потуги при пологах – вже давно перестало відповідати як позитивному законодавству, так і об'єктивній дійсності.

Проте звертаю увагу на те, що на міжнародному рівні відсутні домовленості щодо визначення початку правового забезпечення життя людини. ЄСПЛ прямо висловився з цього приводу у справі *VO проти Франції* (*Vo v. France*, 53924/00 Judgment, 8.7.2004) [14]: Суд постановив, що не бажано та неможливо вирішити, чи є ненароджена дитина особою за статтею 2 Конвенції.

Відтак визначення початку правового забезпечення охорони життя людини є прерогативою національних законодавств.

Враховуючи, що момент незворотньої смерті людини визначено в статті 52 Основ, то і визначення початку життя теж доцільно відобразити в цьому документі.

Відтак пропонується статтю 3 Основ доповнити абзацом: «початок життя людини – визначається з 15 дня формування зиготи»;

абзац 1 статті 50 викласти в такій редакції:

«Стаття 50. Добровільне штучне переривання вагітності

Операція штучного переривання вагітності (аборт) може бути проведена за бажанням жінки у закладах охорони здоров'я при вагітності строком не більше 14 днів.».

Звісно, що відповідні зміни вплинуть на кваліфікацію кримінальних правопорушень проти життя та здоров'я особи [12].

Друге, на що звертається увага в цій статті, – це особливості правового забезпечення інших аспектів життя людини, йдеться про проведення досліджень, об'єктом в яких є людина.

У статті 45 Основ («Медико-біологічні експерименти на людях») зазначається, що: «застосування медико-біологічних експериментів на людях допускається із суспільно корисною метою за умови їх наукової обґрунтованості, переваги можливого успіху над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров'я або життя, гласності застосування експерименту, повної інформованості і вільної згоди повнолітньої дієздатної фізичної особи, яка підлягає експерименту, щодо вимог його застосування, а також за умови збереження в необхідних випадках лікарської таємниці. Забороняється проведення науково-дослідного експерименту на хворих, ув'язнених або військовополонених, а також терапевтичного експерименту на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв'язку з метою досліджу».

Порядок проведення медико-біологічних експериментів регулюється законодавчими актами України».

У цьому положенні Закону вживано одразу декілька термінів: «медико-біологічний експеримент», «терапевтичний експеримент», «науково-дослідний експеримент». Крім того, в законі конкретно визначено, що проведення медико-біологічних експериментів (не наукових, медичних дослідів) регулюється законодавчими актами України (тобто законами, які має право приймати тільки Верховна Рада України, не Міністерство охорони здоров'я і ніякий інший суб'єкт), однак таких актів на сьогодні не існує. Відтак ця сфера наукової діяльності опинилася поза правовим полем!

Інші поняття з цього положення також не кореспондують нормам Цивільного кодексу (ЦК), КК. Фактично статтю 45 Основ наразі неможливо застосувати.

Зазначеним положенням закону встановлюється конкретний вік піддослідної особи – повноліття (18 років) та її статус – дієздатність і забороняється проведення медико-біологічних експериментів на певних групах населення, хоча за міжнародними документами дозволяється проводити подібні досліді за певних умов (Додатковий протокол до Конвенції Ов'єдо, 2005 [4]; Всезагальна декларація про біоетику та права людини, 2005 [2]; «Пропоновані міжнародні етичні керівні принципи для біомедичних досліджень за участю людей як об'єктів», 2016 [3]). У разі ратифікації Конвенції Ов'єдо та Додаткових протоколів до неї доведеться внести зміни до статті 45 Основ, для узгодження її змісту із зазначеними міжнародними нормативними актами, зокрема допустити можливість проведення досліджень/дослідів/експериментів на певних категоріях населення.

Перші кроки в цьому напрямі вже зроблені в Законі України «Про лікарські засоби» від 2022 року [6], який є більш прогресивним у цій сфері ніж Основи та Закон «Про лікарські засоби» від 1996 року [5]. Новий закон практично повторив положення наведених міжнародних актів щодо варіабельності статусу об'єктів дослідження, розширивши їх коло, що є значним кроком вперед з боку законодавця та відкриттям шляху до ратифікації Конвенції Ов'єдо. Так, у статті 12 допускається проведення «клінічних досліджень (випробувань) лікарських засобів» на повнолітніх дієздатних та особах до 18 років, а також на відміну від закону 1996 року – за наявності певних умов, на повнолітніх, які не можуть надати згоду, недієздатних, обмежено дієздатних, вагітних, жінках у період лактації, військовослужбовцях, ув'язнених, засуджених.

Разом з тим зі вступом в дію цього закону матимемо колізію законів: стаття 12 наведеного закону та абзац 1 частини 3 статті 281 ЦК та статті 45 Основ у частині кола допустимих об'єктів досліджень.

Подібна колізія має вирішуватися за правилом віддання пріоритету акту, який було прийнято пізніше, тобто в частині визначення допустимого кола суб'єктів досліджень лікарських засобів має застосовуватися саме стаття 12 Закону України «Про лікарські засоби» 2022 року.

Уніфікація термінології також є важливим кроком у гармонізації системи національного законодавства у сфері правового врегулювання наукових досліджень та ознакою дотримання принципу верховенства права. Тому пропонується, зокрема, у статтю 45 Основ замість термінів, які відсутні в чинному законодавстві («медико-біологічний експеримент», «терапевтичний експеримент», «науково-дослідний експеримент»), включити термін «дослідження». На вживанні цього терміна наполягав і законодавець у пояснювальній записці до проєкту Закону «Про лікарські засоби» від 2022 року [6].

Враховуючи викладене, пропонується статтю 45 Основ викласти в такій редакції:

«Стаття 45. Дослідження на людях

Проведення наукових, медичних інших досліджень на людях допускається із суспільно корисною метою за умови їх наукової обґрунтованості, переваги можливого успіху над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров'я або життя, гласності застосування, повної інформованості і вільної згоди повнолітньої дієздатної фізичної особи, яка є об'єктом дослідження, щодо вимог його застосування, а також за умови збереження в необхідних випадках лікарської таємниці.

Проведення наукових, медичних інших досліджень, об'єктом яких є людина, зокрема на малолітніх, неповнолітніх, недієздатних, обмежено дієздатних, хворих, ув'язнених, військовослужбовцях, а також на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв'язку з метою дослідження, інших категоріях населення, встановлюється законом.».

Використані джерела

1. «Біоейдж» електронний журнал.

URL: <https://www.bioedge.org/bioethics/stem-cell-experts-relax-call-for-abolition-of-14-day-rule/13818> (30.05.2021)

2. Всезагальна декларація про біоетику та права людини від 19.10.2005.

URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml дата звернення 15.08.2022.

3. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» 2 від 01.07.1964.

URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text дата звернення 15.08.2022.

4. Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину, який стосується біомедичних досліджень від 25.01.2005. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU05263> дата звернення 15.08.2022.

5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 52) від 19.11.1992.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#n18>

6. Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 (редакція від 08.06.2022).

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#n61> дата звернення 15.08.2022.

7. Закон України «Про лікарські засоби» від 28.07.2022 (редакція від 28.07.2022).

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#n283> дата звернення 15.08.2022.

8. Інструкція з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, затверджена Наказом МОЗ від 29.03.2006 №179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0427-06#Text>

9. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про лікарські засоби» 2469-IX від 28.07.2022.

URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=5547&skl=10

10. Яна Триньова Біоетика кримінально-правового забезпечення протидії злочинності: монографія. Харків. Право, 2019. 536 с.

11. Яна Триньова Сурогатне материнство (настільна книга адвоката, лікаря, сурмами, генетичних батьків та правоохоронця). Норма права. Київ. 2021. С. 150.

12. Яна Триньова «Теоретичні засади та практика реалізації принципів біоетики в кримінальному праві України» (дис д-ра юрид наук Національна академія внутрішніх справ, Київ 2021).

13. Oliver Brüstle v Greenpeace eV 18 October 2011.

URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:62010CJ0034&from=EN>

14. Vo v. France. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/fre>

Історія та дискусійні питання прийняття «Основ законодавства України про охорону здоров'я»



Доповідь **професора І. Б. Усенка**
на науково-практичній конференції
на тему
**«Роль і значення Основ законодавства України про
охорону здоров'я для системи
охорони здоров'я і забезпечення прав людини»**
18 листопада 2022 р.

Джерела виступу

Стенограми пленарних засідань
п'ятої сесії Верховної Ради
України першого скликання.

**Перше читання проекту
закону про охорону здоров'я
населення 14.05.1992**

Бюлетень 61, с. 71–110;
бюлетень 62, с. 1–39

Режим доступу:

<https://www.rada.gov.ua/meeting/stenogr/show/4718.html>
<https://www.rada.gov.ua/meeting/stenogr/show/4719.html>

ГОЛОВУЮЧИЙ. Прошу шановних депутатів займати місця.
Продовжимо роботу.

На розгляд Верховної Ради України в другому читанні вноситься
проект Закону про охорону здоров'я населення. Прошу взяти
порівняльну таблицю текстів цього проекту.

Слово для доповіді надається заступнику голови Комісії з питань
здоров'я людини народному депутату України Костюку Олександру
Власовичу. Прошу.

КОСТЮКО В. Шановні народні депутати! Шановний Василю
Васильовичу! Під час першого читання проекту Закону про охорону
здоров'я населення було висловлено багато суттєвих зауважень щодо
структури документа та його змісту. Тому комісія була змушена докласти
великих зусиль та уваги, опрацьовуючи зауваження і пропозиції, що

Переходимо до розгляду проекту Закону про охорону здоров'я. Доповідач -
Міністр охорони здоров'я Юрій Прокопович Спіженко.

СПІЖЕНКО Ю.П., Міністр охорони здоров'я України.
Глибокошановні депутати! Глибокошановний Іване Степановичу!

В цьому залі ви обговорювали і приймали чимало законів, але беру на
себе сміливість сказати, що сьогодні мова йде про такий, який у певному
розумінні є найважливішим для всіх нас. Бо коли не поставимо на чільне
місце пріоритет людського життя і здоров'я - а ми знаємо, що вся жаклива
практика пореволюційної епохи зафіксувала життєві пріоритети, так би
мовити, догори ногами, - не буде для когось приймати всі інші закони! Ми так
довго жили в світі ілюзій, що подекуди й самі потрапили під їх гіпноз і
досі не позбулися залишків оптимізму, нав'язаного прекрасними гаслами:
"Все для людини, все в ім'я людини!"

Стенограми пленарних засідань
шостої сесії Верховної Ради
України першого скликання.
**Друге читання проекту закону
про охорону здоров'я
населення 19.11.1992**
Бюлетень 32, с. 67–113

Режим доступу:

<https://www.rada.gov.ua/meeting/stenogr/show/4790.html>

Джерела виступу

Архівні матеріали Комісії з питань здоров'я людини Верховної Ради України



1	2	3	4	5	6
2017		Документи про розробку Ос- нов законодавства України про охорону здоров'я (текст Ос- нов, подання, порівняльна та- блиця та ін.), т. 1	19 грудня 1991 р. - 19 листопада 1992 р.	266	
2018		Те саме, т. 2 (зауваження та пропозиції)	21 листопада 1990 р. - 10 вересня 1992 р.	163	
2019		Те саме, т. 3	24 грудня 1991 р. - 29 вересня 1992 р.	135	
2020		Листування з керівництвом Верховної Ради України та Кабінетом Міністрів України з питань охорони здоров'я	29 січня- 26 листопада 1992 р.	99	
2021		Те саме з міністерствами, відомствами, організаціями з питань охорони здоров'я 1993 р.	01 січня- 11 грудня 1992 р.	103	
2022		Протоколи №№ 88-96 засідань Комісії	13 січня- 20 травня 1993 р.	259	
2023		Те саме, №№ 99-109	04 червня- 07 грудня 1993 р.	217	

124

Підготовка проекту в Міністерстві охорони здоров'я



Спіженко

Юрій Прокопович (1950 – 2010) -

український хірург, онколог і державний діяч, доктор медичних наук, академік АМН України.

Міністр охорони здоров'я УРСР і перший міністр охорони здоров'я України (1989–1994), народний депутат України другого і третього скликань (1994–2002), голова Комітету з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства Верховної Ради України (1994–1997), голова Державного комітету України з медичної та мікробіологічної промисловості (1995–1998), президент центру онкології і радіохірургії «Кібер Клініка Спіженка» (від 2009).

Козлюк

Всеволод Матвійович -

в 1992 році – начальник управління МОЗ України, згодом – помічник міністра охорони здоров'я.

Белотелов

Микола Георгійович -

в 1992 році – юрисконсульт МОЗ України, згодом - начальник юридичного відділу МОЗ України (1993-2001), начальник відділу правового забезпечення. Юридичного управління МОЗ України, начальник відділу договірної роботи та правової експертизи Юридичного управління МОЗ України



Закон України
ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Здоров'я – природне і невід'ємне благо кожної людини, охорона якого проголошена Загальною декларацією прав людини, Міжнародним пактом про економічні, соціальні та культурні права і закріплена у Конституції України.

Рівень здоров'я населення визначається станом навколишнього середовища, способом життя, спадковими факторами, умовами праці та побуту, якістю медичної допомоги та профілактичних заходів.

Постійне піклування про підвищення добробуту людини, її духовного та інтелектуального рівня, розв'язання екологічних проблем, поліпшення умов праці та побуту, якості медичного обслуговування населення, запровадження здорового способу життя – обов'язок держави в особі органів державної влади і управління, підприємств, установ, організацій.

Незалежність України розширює можливості законодавчого регулювання і вирішення питань охорони здоров'я населення, створення системи медичного страхування, підвищення заінтересованості громадян у збереженні власного здоров'я шляхом впровадження відповідних економічних стимулів.

Цей Закон визначає правові, економічні та соціальні основи охорони здоров'я населення України і пріоритетність цієї галузі серед усіх напрямів діяльності суспільства з метою створення реальних умов для довголіття, фізичного, духовного і творчого благополуччя громадян.

проект
на перше
читання

ЗАКОН УКРАЇНИ «Про охорону здоров'я населення»

Проект перед першим читанням 11 разів обговорювався на засіданні Комісії Верховної Ради України з питань здоров'я людини. На першому читанні виступили (здебільшого з жорсткою критикою) народні депутати Віцяк П. І. (співдоповідь), Мотюк М. П., Ходоровський Г. І., Черненко В. Г., Богатирьова Р. В., Збітнев Ю. І., Романюк В. С., Пиріг А. А., Івасюк В. П., Задорожний Б. В. та інші. Основні зазначені недоліки: поміркованість декларованих змін, неврахування багатуокладності форм господарювання, необхідність децентралізації управління системою охорони здоров'я, недостатній соціальний захист медичних працівників.



ПОСТАНОВА
ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНСЬКОЇ РСР

Про обрання Комісії Верховної Ради Української РСР
з питань здоров'я людини

Верховна Рада Української Радянської Соціалістичної Республіки постановляє:

1. Утворити Комісію з питань здоров'я людини в складі 14 чоловік.

2. До складу Комісії з питань здоров'я людини обрати таких народних депутатів:

Голова комісії
Віцяк Павло Іванович - народний депутат від Камінь-Каширського виборчого округу, Волинська область.

Члени комісії:

Богатирьова Раїса Василівна - народний депутат від Краматорського виборчого округу, Донецька область;

Ізасек Валерій Петрович - народний депутат від Ленінградського виборчого округу, м. Київ;

Королєнко Євген Сергійович - народний депутат від Комунарського виборчого округу, Запорізька область;

Костек Олександр Власович - народний депутат від Дубровицького виборчого округу, Рівненська область;

Лобенко Анатолій Олександрович - народний депутат від Чорноморського виборчого округу, Одеська область;

Матійко Анатолій Семенович - народний депутат від Алуштинського виборчого округу, Кримська область;

Мотик Миклош Павлович - народний депутат від Чортківського виборчого округу, Тернопільська область;

Павлов Володимир Олексійович - народний депутат від Бузьського виборчого округу, Дніпропетровська область;

Піріг Леонид Антонович - народний депутат від Рогатинського виборчого округу, Івано-Франківська область;

Резнік Борис Якович - народний депутат від Центрального виборчого округу, Одеська область;

Церт Микола Петрович - народний депутат від Перевацького виборчого округу, Луганська область;

Чебан Олександр Олександрович - народний депутат від Арбузинського виборчого округу, Миколаївська область;

Черненко Віталій Григорович - народний депутат від Горлівського - Микотівського виборчого округу, Донецька область.

Голова Верховної Ради Української РСР

В.ІВАНЧО

м. Київ, 28 червня 1990 року

№ 36-ХІІ

Підготовка проекту в Комісії Верховної Ради України



Віцяк Павло Іванович (1934 - 2006) — заслужений лікар України, народний депутат України 1-го скликання, голова Комісії з питань здоров'я людини Верховної Ради України. До обрання — головний лікар Волинської обласної лікарні, завідувач відділу охорони здоров'я виконкому Волинської обласної ради. Згодом від 1994 р. — начальник управління санаторної допомоги населенню Міністерства охорони здоров'я України.

Склад робочої групи по опрацюванню проекту Закону України «Про охорону здоров'я населення»

З цього формального складу фактично не брали участі у засіданнях робочої групи Вітяк Ю. П., Мікієвич Є. І., Пономаренко В. М., Ткач А. І. Натомість постійним і активним учасником робочої групи став працівник секретаріату Комісії з питань здоров'я людини Верховної Ради України Рудий В. М.

СКЛАД робочої групи по опрацюванню проекту Закону України про охорону здоров'я населення

КОСТЕК Олександр Власович /керівник групи/	- заступник Голови Комісії з питань здоров'я людини.
БОГАТИРЬОВА Раїса Василівна	- народний депутат України.
АНДРИЩУК Тамара Григорівна	- головний консультант відділу комісії Секретаріату Верховної Ради України.
ВІТЯК Дрія Прокопович	- завідувач кафедри Харківської юридичної академії.
ГЛАДУН Зіновій Степанович	- доцент Львівського медичного інституту.
ГЛУШКОВ Валерій Олександрович	- професор академії МВС України.
ЛІТВИНОВА Ольга Нестерівна	- клінічний ординатор Тернопільського медичного інституту.
МІКІЄВИЧ Євген Іванович	- заступник завідувача Львівським обласним відділом.
ПОНОМАРЕНКО Віктор Михайлович	- заступник Міністра охорони здоров'я України.
СКОМІН Валерій Олександрович	- завідувач сектором відділу комісії Секретаріату Верховної Ради України.
ТКАЧ Лідія Іванівна	- завідувача відділом науково-дослідного інституту соціальної гігієни і управління охороною здоров'я.
УСЕНКО Ігор Борисович	- старший науковий співробітник Інституту держави і права АН України.

Члени робочої групи (народні депутати України)



Костюк Олександр Власович (1949 р. н.) – керівник робочої групи з підготовки Основ. Народний депутат України 1-го скликання, заступник голови Комісії з питань здоров'я людини. Входив до Народної Ради — опозиційної національно-демократичної парламентської групи, створеної 1990 р. До обрання — лікар-травматолог, завідувач травматологічного відділення Дубровицької центральної районної лікарні. Згодом від 1994 р. — провідний спеціаліст, начальник відділу санаторно-курортного лікування та реабілітації Головного управління організації медичної допомоги населенню Міністерства охорони здоров'я України. Заслужений лікар України, орденосець, почесний громадянин Дубровиці.

Богатирьова Раїса Василівна (1953 р. н.) — державний і політичний діяч, народний депутат України 1-го скликання. До обрання — акушер-гінеколог, заступник головного лікаря з питань організації допомоги дітям і матерям Краматорської центральної міської лікарні. Згодом — заступник міністра, перший заступник міністра, міністр охорони здоров'я України (1994–2000), народний депутат України 3-6 скликань (2000–2008), секретар Ради національної безпеки і оборони України (2007–2012), міністр охорони здоров'я України (2012–2014) і водночас віце-прем'єр-міністр України (2012). Доктор медичних наук, професор, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, заслужений лікар України, орденосець. Після революції гідності звільнена з посади, перебувала під слідством, але кримінальна справа за рішенням суду мала бути закрита у серпні 2019 року.



Члени робочої групи (працівники секретаріату)

Сьомін Валерій Олександрович – керівник секретаріату Комісії з питань здоров'я людини. Згодом — заступник керівника Служби з питань гуманітарної політики Адміністрації Президента України, перший заступник Міністра охорони здоров'я України (з 21 жовтня 1996 р. до 9 квітня 1998 р.) Відтоді у відставці.

Андрійчук Тамара Григорівна - головний консультант секретаріату Комісії з питань здоров'я людини. Лікар за фахом, згодом здобула юридичну освіту, працювала в секретаріатах Комітету з питань ядерної політики та ядерної безпеки (1994-1998), Комітету з питань регламенту, депутатської етики та організації роботи ВР України (від 1998 р.). Упорядник праць, присвячених діяльності М. А. Павловського (2003, 2005)

Рудий Володимир Мирославович – головний консультант секретаріату Комісії з питань здоров'я людини. Лікар за фахом, згодом здобув юридичну освіту, захистив кандидатську дисертацію з державного управління, присвячену проблемам автономії закладів охорони здоров'я. Учасник цієї конференції.

Члени робочої групи (правознавці)



Гладун Зіновій Степанович (1950–2021) – кандидат юридичних наук (1986), доцент (1990), заслужений юрист України (1993). Вищу освіту здобув на юридичному факультеті Львівського державного університету ім. Івана Франка (1973). У 1992 р. — старший викладач права у Львівському державному медичному інституті. Згодом — адвокат, президент Львівського центру прав людини; директор, завідувач кафедри конституційного, адміністративного і міжнародного права юридичного інституту Тернопільського національного університету; доцент кафедри кримінального права та процесу Львівської комерційної академії. Автор пріоритетних праць з правових проблем охорони здоров'я в Україні.

Глушков Валерій Олександрович (1947–2020) – доктор юридичних наук (1991), професор (1996), заслужений юрист України (1994). Вищу освіту здобув на лікувальному факультеті Одеського державного медичного інституту (1972), юридичному факультеті Одеського державного університету (1975). Працював лікарем (1975–1981), від 1981 р. – на викладацьких посадах в Українській академії внутрішніх справ. У 1992 р. – професор Академії МВС України. Згодом – проректор з наукової роботи Київського інституту внутрішніх справ, начальник відділу Міжвідомчого науково-дослідного центру з проблем боротьби з організованою злочинністю, експерт апарату Ради національної безпеки і оборони України. Автор праць про відповідальність за злочини в галузі охорони здоров'я.

Усенко

Ігор Борисович

(1957 р.н.) – кандидат юридичних наук (1986), професор (2007), заслужений юрист України (1994), лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки (2004). Вищу освіту здобув на юридичному факультеті Київського державного університету ім. Т. Г. Шевченка (1982). У 1992 р. – старший науковий співробітник Інституту держави і права імені В. М. Корецького НАН України, дослідник історії першої кодифікації українського радянського законодавства, зокрема проекту Кодексу УСРР про охорону здоров'я. Згодом – завідувач відділу історико-правових досліджень цього інституту, професор ряду вищих навчальних закладів. Перший віцепрезидент Міжнародної асоціації істориків права.

Член робочої групи (автор власного проєкту)



Литвинова Ольга Несторівна – автор власного проєкту закону про охорону здоров'я людини, частково використаного робочою групою. У 1992 р. – клінічний ординатор Тернопільського медичного інституту. Нині – кандидат медичних наук, доцент, автор наукових праць з курсу економіки охорони здоров'я, менеджменту та соціальної медицини. Учасник цієї конференції.

Подяка розробникам

ГОЛОВУЮЧИЙ. Ясно? Прошу проголосувати проєкт постанови з доповненням депутата Матійка.

"За" - 268. Постанова прийнята.

Шановні депутати. Перед тим як оголосити... У вас ще щось є? Прошу.

КОСТЮК О.В. Шановні народні депутати! Щиро вам вдячний за увагу до Комісії з питань здоров'я людини, за прийняття зазначеного закону. Комісія з питань здоров'я людини виносить подяку Глушкову Валерію Олександровичу, Усенку Ігорю Борисовичу, Гладуну Зіновію Степановичу, Литвиновій Ользі Несторівні, Шовіну Валерію Олександровичу, Андрійчук Тамарі Григорівні, Рудому Володимирі Мирославовичу за плідну роботу, велику допомогу у підготовці законопроєкту.

Дякую за увагу.

ГОЛОВУЮЧИЙ. Спасибі вам і всім, хто готував цей дуже важливий для народу України законопроєкт.



«Основи» стали фундаментом для розвитку відповідної галузі законодавства в Україні, покладені в основу Законів України

- «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (24 лютого 1994 р.),
- «Про донорство крові та її компонентів» (23 червня 1995 р.),
- «Про лікарські засоби» (4 квітня 1996 р.),
- «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» (16 липня 1997 р.),
- «Про психіатричну допомогу» (22 лютого 2000 р.),
- «Про захист населення від інфекційних хвороб» (6 квітня 2000 р.),
- «Про курорти» (5 жовтня 2000 р.) та ін.

ПРОБЛЕМИ. ДИСКУСІЇ. НОВЕЛИ



Основи законодавства як форма кодифікованого акта.

Принциповий підхід щодо законодавчого регулювання соціальних питань, а не суто медичних.

Поняття здоров'я.

Права громадян. Вибір лікаря

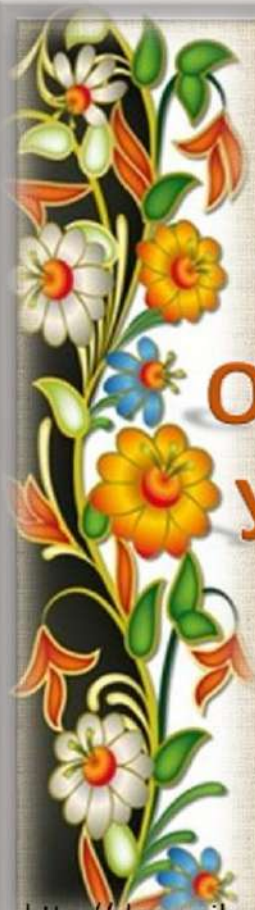
Обов'язки громадян.

Національна служба здоров'я – невдала ідея.

Евтаназія. Поняття смерті.

Професійний ризик, право на лікарську помилку.

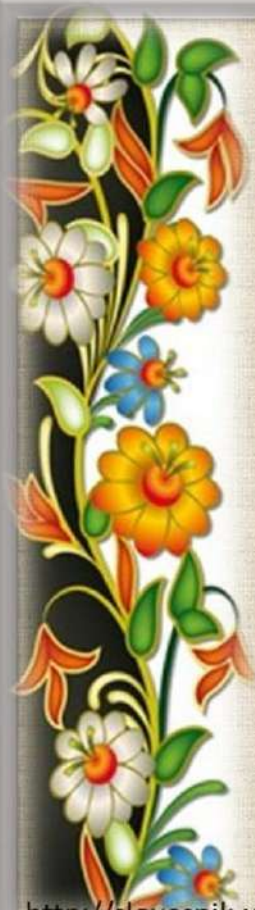




ІСТОРІЯ СТВОРЕННЯ ОСНОВ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Доцент ОЛЬГА ЛИТВИНОВА

<http://slovesnik.ucoz.ua>



ШАНОВНА ПАНІ ...*О. Литвинова*.....!

.....

Просимо Вас прийняти участь в засіданні комісії по реформі охорони здоров'я УЛТ Тернопілля, яке відбудеться 31 січня ц.р. 1998 о 12 годині в приміщенні конференцзалу міської поліклініки № 2 з наступною повісткою :

1. Про концепцію розвитку охорони здоров'я на Тернопіллі

Доповідач : О.Голяченко

2. Інформація про директивні документи по реформі охорони здоров'я, які надійшли в ОЗВ

Доповідач : З.Баб'як

3. Обговорення

4. Вибори делегатів на нараду представників УЛТ (м.Київ) по реформі охорони здоров'я

Голова
комісії по реформі охорони здоров'я

Л. Ковальчук
Л. КОВАЛЬЧУК

<http://slovesnik.ucoz.ua>

ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ УКРАЇНСЬКОГО
ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА НА
ТЕРНОПІЛЬщині

КОНТ. телефон 4-01-70

Обласна організація Українського лікарського товариства на Тернопільщині рекомендує ЛІТВИНОВУ ОЛЬГУ НЕСТЕРІВНУ делегатом на нараду представників крайових організацій ЕУЛТ"у", присвячену проблемі реформи системи охорони здоров'я України.

Нарада відбудеться у конференц-залі Київського НДІ педіатрії, акушерства та гінекології за адресою: вул. Мелуцького, 8 /іхати з Хрещатика тролейбусом №18 до зупинки "Богоутівська вул." - колишня вул. маршала Будьонного, обласна лікарня, завод "Укркабель/.

Початок роботи об 11 годині. 14-10 1992



В.о. Голови ЕУЛТ

В.БІДОВАНЕЦЬ

<http://slovesnik.ucc>



СВІТОВА ФЕДЕРАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ
WORLD FEDERATION OF UKRAINIAN MEDICAL ASSOCIATIONS

Випиши з протоколу наради представників
крайових організацій ЕУЛТ від 14 лютого 1992 року.

Тема: Проблема реформи системи охорони здоров'я України.

Доповідач: Литвинова Ольга Нестерівна доповіла проєкт Закону про охорону здоров'я України, який розроблений Литвиновим О.Н., після обговорення, дискусії, основані ідеї законопроекту були ухвалені.
Постанова: Запропонувати Закон про охорону здоров'я, який доповіла Литвинова О.Н. на розгляд до Комісії Верховної Ради з питань Здоров'я Людини.

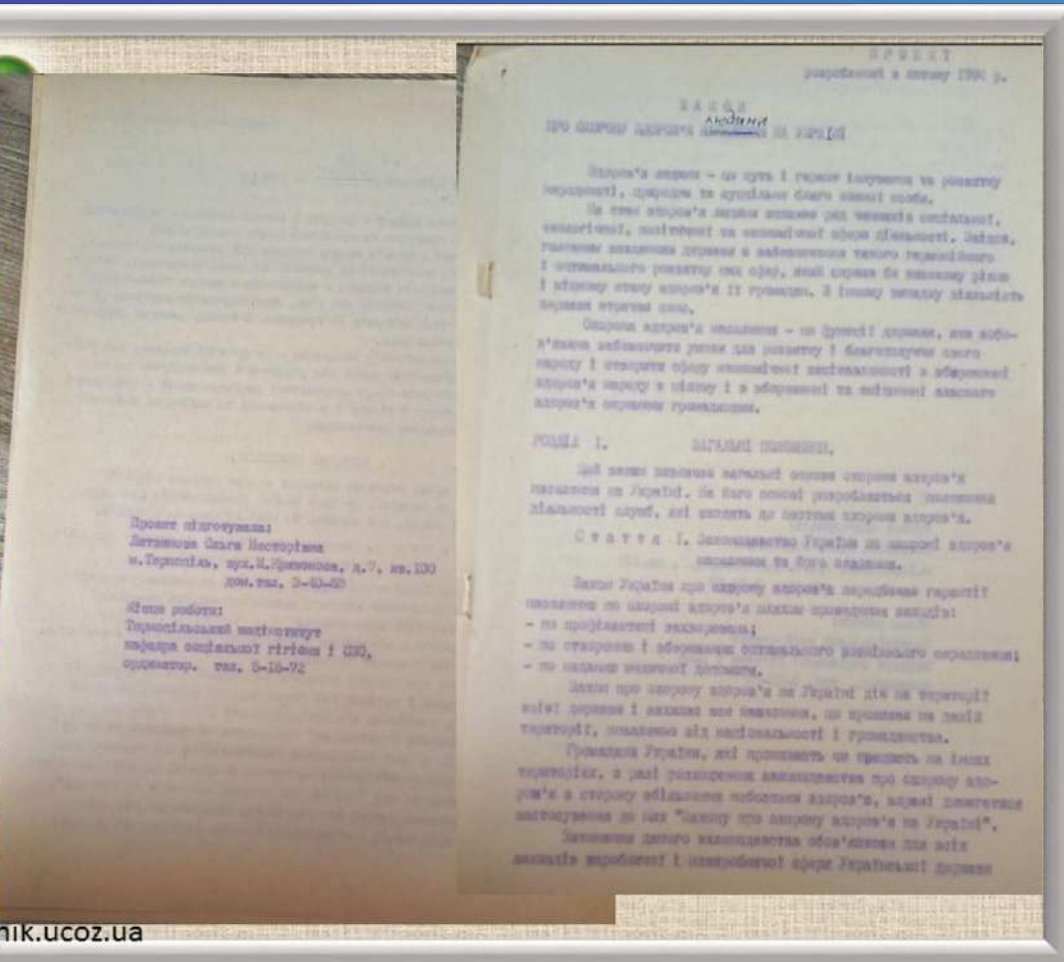
Голова
Секретар

Д.М.Н. Солоненко І.М.
К.М.Н. Білянський Е.М.

President
Dr. Arthur N. Cherpunsky
Chicago, USA
Executive Vice President
Dr. Myron Kolesnyk
Chicago, USA
Vice President
Dr. Zinaida Maklowsky
Shore Hills, USA
Secretary General
Dr. Peter Michalski
Chicago, USA
Financial Secretary
Dr. Lada Koryak
Chicago, USA
External Affairs Secretary
Dr. Oleh Wolansky
Kerzhnitsky, USA
Internal Affairs Secretary
Dr. Stefan Wroch
West Chicago, USA
Public Relations
Dr. Tatyana Trusovych
Chicago, USA
Scientific & Research Secretary
Dr. Vadim Trusovych
Chicago, USA
Press & Information Secretary
Dr. Paul Dzel
Detroit, USA
Archives
Dr. Paul Pandy
Chicago, USA
Board of Directors
Dr. Martha Polanska, Argentina
Dr. Oleh Lorynsky, Australia
Dr. Oleh Horvath, Austria
Dr. Lucian B. Kaczynski, Brazil
Dr. Nadia Boruch, Canada
Dr. Jaroslav Babula, USSR
Dr. Wladyslaw Miklowsky, Germany
Dr. Orest Muka, Great Britain
Dr. Jean Dostkiewicz, Poland
Dr. Lubomyr Pytel, Ukraine
Dr. Orest Muka, Ukraine
Dr. Maria Klobovska-Procyk, USA
Dr. Roman Prychan, Venezuela

2247 West Chicago Avenue, Chicago, IL 60622 USA Tel.: (312) 278-6262 Fax: (708) 789-2745

<http://slovesnik.uc>



<http://slovesnik.ucoz.ua>

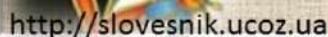
1 принципова особливість проєкту:

*Диференціюються поняття
охорони здоров'я та медичної
допомоги.*

- Вводиться нове розуміння охорони здоров'я, яке передбачає забезпечення державою збереження фізіологічних та психічних функцій кожної людини та її соціального благополуччя.
- Розмежування цих понять дозволяло конкретизувати функції виконавчих структур з подальшою відповідальністю за їх виконання.

<http://slovesnik.ucoz.ua>

Реформа охорони здоров'я в Україні



Get yourself together about this afternoon I represent adjustment movement plane, and continue work on advanced strided work systems, apply to systems-analysis model... And about tomorrow morning today's success of entry movement work.



<http://slovesnik.ucoz.ua>



3 принципова особливість проекту:

- *Забезпечення мінімального прожиткового рівня громадянам України*

Мінімальний прожитковий рівень включає мінімальні гігієнічно обґрунтовані норми:

- Харчування.
- Одягу.
- Комунально-побутових потреб.

<http://slovesnik.ucoz.ua>

Реформа охорони здоров'я в Україні



КИЕВ 131189/3 56 25/3 1103=

ТЕРНОПОЛЬ ПЛ СВОБОДИ 6 МЕДИНСТИТУТ РЕКТОРУ=

КОМАНДИРУЙТЕ ЛИТВИНОВА ОІІ КЛИНИЧЕСКИЙ ОРДИНАТОР ТЕРНОПОЛЬСКОГО
МЕДИНСТИТУТА К 11 ЧАСАМ 30 МАРТА КОМИССИЮ ВЕРХОВНОГО СОВЕТА
УКРАИНЫ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА КИЕВ ПЛОЩАДЬ ЛЕСИ УКРАИНКИ
ЗАЛ ЗАСЕДАНИЙ 6-Й ЭТАЖ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ ПРОЕКТА ЗАКОНА УКРАИНЫ ОБ
ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СРОК КОМАНДИРОВКИ ОДИН ДЕНЬ ОПЛАТА
КОМАНДИРОВКИ ПО МЕСТУ РАБОТЫ=

ЗАМУКРМИНЗДРАВ ПЕРЕДЕРИЙ-

Н

1139*

01 202000/1 ДОС

01 202---/3 КНС

<http://slovesnik.ucoz.ua>



<http://slovesnik.ucoz.ua>



Робочої групи по опрацюванню проекту Закону України про охорону здоров'я населення	
КОСТИК Олександр Васильович /керівник групи/	- заступник Голови Комісії з питань здоров'я людини.
ВОСІТІРЬОВА Райса Василівна	- народний депутат України.
АНДРИЙЧУК Тамара Григорівна	- головний консультант відділу комісії Секретаріату Верховної Ради України.
ВІДУК Ірина Прокопівна	- завідувач кафедри Харківської медичної академії.
✓ ПІДАДІ Зінавіда Степанівна	- доцент Львівського медичного інституту.
✓ ПИЛИКОВ Валерій Олександрович	- професор академії МНС України.
✓ ЛІТВИНОВА Ольга Іванівна	- клінічний ординатор Тернопіль- ського медичного інституту.
✓ ЛІКІВНИК Ірина Іванівна	- заступник завідувача Львівським обласним медичним центром.
ПОНОМАРЕНКО Віктор Михайлович	- заступник Міністра охорони здоров'я України.
СЬОМІН Валерій Олександрович	- завідувач сектором відділу комісії Секретаріату Верховної Ради України.
✓ ТИЧ Лідія Іванівна	- завідувач відділом науково-дослід- ного інституту соціальної гігіє- ни і управління охороною здоров'я.
✓ УСЕНКО Ігор Борисович	- старший науковий співробітник інституту держави і права АН України.

<http://slovesnik.ucoz.ua>



<http://slovesnik.ucoz.ua>



Преамбула.

Розділ I. Загальні положення. *Лар Бор*

II. Державні гарантії охорони здоров'я. Права і обов'язки громадян. *Зіч. Ст.*

III. Організація охорони здоров'я. *Л. Бор*

IV. Забезпечення здорових /раціональних/умов життя. *О. Н.*

V. Надання медичної допомоги. Соціальний захист хворих та інвалідів. *Л. Д. Ів.*

VI. Експертиза в галузі /сфері/ охорони здоров'я. *В. О.*

VII. Заняття медичною та фармацевтичною діяльністю. *Вал. О.*

VIII. Медична наука.

IX. Матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я.

X. Міжнародне співробітництво. *Зіч. Ст.*

XI. Відповідальність за порушення законодавства про охорону здоров'я. *Віч. Ст.*

*Формування комісії з контролю
за виконанням
з. Д. С. Ів.
з. Фармацевти.*

<http://slovesnik.ucoz.ua>



<http://slovesnik.ucoz.ua>



<http://slovesnik.ucoz.ua>



<http://slovesnik.ucoz.ua>



МОЗ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
№ 16. 11 10 92.
№ 03/1913
282001 м. Тернопіль,
Майдан Воли. І
Телефон 2-41-92; 2-47-73

Голові Постійної Комісії
Верховної Ради України
з питань здоров'я людини
п. Віцяку П.І.

Ректорат Тернопільського медичного інституту
ім. ак. І.Я. Горбачевського просить Вас видати
виписку з протоколу засідання Комісії від 30.03.92р.
про заслуховування проекту закону "Про охорону здоров'я
населення України", представленого Литвиною Ольгою
Несторівною, для кафедри соціальної медицини.

Ректор

і.с.м.д

проф. І.С. СМІЯН

<http://slovesnik.ucoz.ua>



<http://slovesnik.ucoz.ua>

ВЕРХОВНА РАДА УКРАЇНИ

Комісія з питань здоров'я людини
252019, м. Київ-19, вул. М. Грушевського, 5

№ 26-1412-494

19 revisiones 199² p.

Ректору Тернопільського медичного
інституту імені ак.Горбачевського

проф. СМІЯНУ І. С.

Комісія Верховної Ради України з питань здоров'я людини повідомляє, що Литвиною Ольгою Нестерівною на розгляд Комісії був представлений розроблений нею проект закону "Про охорону здоров'я людини на Україні", основні ідеї та положення якого знайшли відображення в підготовлених Комісією Верховної Ради з питань здоров'я людини "Основах законодавства України про охорону здоров'я", до розробки яких в складі робочої групи фахівців була залучена і Литвинова О.Н.

Член Президії Верховної Ради
України,
Голова Комісії

П. І. ВІЦЯК



<http://slovesnik.ucoz.ua>



