

Національний юридичний університет  
імені Ярослава Мудрого  
Департамент охорони здоров'я  
Полтавської обласної державної адміністрації  
Полтавський юридичний інститут

*Четверта Всеукраїнська  
науково-практична конференція*

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

*27 листопада 2015 р.*

ТОМ 1

Полтава  
ТОВ “Фірма “Техсервіс”  
2015

УДК 34  
ББК 67.300.02  
Т34

**Редакційна колегія:**

*Гетьман Анатолій Павлович* – д.ю.н., проф., академік НАПрНУ, про-реktor з наукової роботи Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого.

*Лисак Віктор Петрович* – к.м.н., директор Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації.

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

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

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

*Гринько Павло Олександрович* – ас. кафедри цивільного, господарського та екологічного права Полтавського юридичного інституту Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого.

**«Теоретико-правові засади формування сучасного медичного права в Україні», науково-практична конференція (4; 2015; Полтава).**

Матеріали науково-практичної конференції «Теоретико-правові засади формування сучасного медичного права в Україні». Збірник матеріалів четвертої Всеукраїнської науково-практичної конференції, 27 листопада 2015 р. [Текст]: в 2 т. Т. 1. / НЮУ ім. Я. Мудрого; [редкол.: Гетьман А.П., А.П., Лисак В.П., Гуторова Н.О. та ін.]. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2015. – 192 с.

ISBN 978-617-7038-33-6

ISBN 978-617-7038-34-3

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

УДК 34  
ББК 67.300.02

ISBN 978-617-7038-33-6  
ISBN 978-617-7038-34-3

© Національний університет  
«Юридична академія України  
імені Ярослава Мудрого», 2015  
© Полтавський юридичний  
інститут, 2015  
© ТОВ «Фірма «Техсервіс»,  
оформлення, 2015

## ПЕРЕДМОВА

Дослідженню проблем охорони здоров'я населенню присвячено численні праці вітчизняних вчених, які свідчать про наявність певних недоліків в організації медичної допомоги, що призводять до деформованості структури медичної допомоги і нерационального використання наявних ресурсів охорони здоров'я, що в цілому негативно позначається на якості надання медичних послуг та порушенні принципів соціальної справедливості.

Між тим, життя і здоров'я людини є базовою конституційною соціальною цінністю, об'єктами правового забезпечення, напрямом політики держави та предметом її активної діяльності. Правове забезпечення охорони здоров'я громадян України за своєю природою є міжгалузевим комплексом і включає в себе сегменти господарського, цивільного, адміністративного, фінансового та інших галузей права.

Так, Основи законодавства України про охорону здоров'я є одним з прикладів такої комплексної міжгалузевої систематизації законодавства, який змістовно підпорядковано значну кількість спеціальних нормативно-правових актів.

І хоча той же час питання ефективного використання ресурсів у сфері охорони здоров'я вивчені недостатньо, можна з впевненістю стверджувати, що реалізація державних гарантій надання медичної допомоги переважно через систему бюджетного фінансування фактично лише підкреслює декларативність конституційних гарантій на охорону здоров'я. Тому в сфері охорони здоров'я виникає класична суперечність між формою та змістом. Зокрема, суперечність фактично не вирішена між ресурсами охорони здоров'я та медичними технологіями, у випадках пріоритетності технологій над матеріальними формами, в частині оснащення медичної послуги.

В свою чергу, аналіз програмних документів, що регулюють сферу охорони здоров'я у вигляді нормативно-правових актів свідчить про наявність положень, що дублюють одне одного, а в деяких випадках і суперечать один одному. Крім того, за змістовною ознакою значна частка обсягу програмних документів не є програмою в повному розумінні цього слова, а є деклараціями намірів і побажань. Все це негативно відображається на законодавчому забезпеченні галузі, стримує її розвиток і як наслідок потребує негайної уніфікації та кодифікації.

Як наслідок, правовідносини в сфері медичної та фармацевтичної діяльності за своїм суспільно-правовим значенням та специфікою вимагають подальших наукових досліджень щодо медичної та фармацевтичної діяльності.

Потребують подальшого дослідження, з метою гармонізації вітчизняного законодавства, міжнародно-правові стандарти захисту прав людини у сфері охорони здоров'я, правове регулювання фармацевтичного ринку та ринку медичних послуг, зміст правового регулювання основних типів суспільних відносин, що виникають в сфері охорони здоров'я, включаючи правовий статус закладів охорони здоров'я, правові режими здійснення медичної та фармацевтичної діяльності, засади договірно-правового забезпечення та юридичної відповідальності.

А подальше вміння використовувати отримані знання в практичній діяльності, а також вільно орієнтуватися в системі нормативно-правових актів,

якими регламентуються відносини при здійсненні діяльності у сфері охорони здоров'я є надзвичайно важливим елементом цього виду правовідносин.

*Гетьман А.П., доктор юридичних наук,  
проф., академік НАПрН України, проректор  
з наукової роботи Національного юридичного  
університету імені Ярослава Мудрого*

---

---

## ТЕЗИ НАУКОВИХ ПОВІДОМЛЕНЬ ВИКЛАДАЧІВ, ПРАКТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА МАГІСТРІВ

---

---

**Божко В.М.,**

*д.ю.н., доц. кафедри кримінального,  
адміністративного та трудового  
права ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ВИДИ МОЖЛИВИХ ДЖЕРЕЛ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

У ст. 49 Конституції України проголошено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. При цьому зазначено, охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Вказано також, що, з одного боку, держава повинна створювати умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, а з іншого – у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога повинна надаватися безоплатно. Аналізуючи зміст вказаної статті, Конституційний Суд України наголошує, що законодавець «не ставить реалізацію положення ... про надання безоплатної медичної допомоги в державних закладах охорони здоров'я у пряму залежність від їх державного фінансування. В ній йдеться лише 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» (абзац 9 пункту 2 Рішення Конституційного Суду України від 25 листопада 1998 року №15-рп/98) [1].

Єдиний орган конституційної юрисдикції України вважає, що вихід з критичної ситуації, яка склалася з бюджетним фінансуванням охорони здоров'я слід шукати у змінах концептуальних підходів до розв'язання проблем, пов'язаних із забезпеченням конституційного права на медичну допомогу – 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. (абз. 11 пункту 2 вказаного Рішення Конституційного Суду України) [1].

То ж медичне страхування – не лише одне із можливих джерел збільшення фінансування галузі охорони здоров'я, але й дієвий засіб істотного підвищення ефективності, якості медичної допомоги та медичних послуг. Адже в Україні, згідно із даними ВООЗ, загальні витрати на охорону здоров'я становлять 6,8% ВВП, що характерно для більшості країн Східної і Центральної Європи. Проте за рівнем витрат у розрахунку на особу Україна значно поступається не тільки розвиненим країнам, але й державам близького зарубіжжя. У той час як за обсягом ВВП Україна в розрахунку на особу посідає 85 місце в світі, то за витратами на охорону здоров'я – 110 [2, с. 140-141]. Внаслідок цього наша країна посідає друге місце в європей-

ському регіоні за рівнем смертності, яка збільшилась на 12,7% у період із 1991 по 2012 рр., тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7%. Лише 21-23% жителів України вважає стан свого здоров'я добрим, у той час як у розвинених країнах їх чисельність становить 64-78%. Згідно з експертними оцінками, у 40-50% хворих, які перебували в стаціонарах, якість лікування визнана невідповідною [3, с. 2]. Недостатні обсяги державного фінансування національної системи охорони здоров'я компенсуються альтернативними джерелами, серед яких значну роль відіграють кошти населення. Питома вага витрат населення, за найбільш обережними оцінками, становить до 40% загального фінансування медичної галузі. Частина з цих платежів є тіншовою, але за експертними оцінками її обсяг перевищує 700 млн. грн. на рік [4, с. 7].

Таким чином, для того, щоб забезпечити реалізацію конституційного права людини на охорону здоров'я, у всіх країнах світу запроваджуються ефективні системи її фінансування. У розвинених країнах Західної Європи, Північної Америки, Австралії, Японії правовий механізм медичного страхування сформований і діє десятки років, переконливо доводячи дієвість такої форми організації фінансування медичної допомоги.

Основними джерелами фінансування системи охорони здоров'я у світі є: державний бюджет (система Беверіджа), страхові фонди (добровільне та / або обов'язкове, система Бісмарка) та змішані. Щоправда, у відокремленому вигляді вказані системи фінансування не застосовуються в жодній країні світу, хоча окремі з них все ж таки домінують. Так, наприклад, у Великій Британії, Ірландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування. Натомість у Німеччині, Франції, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Швеції та Японії – система обов'язкового медичного страхування. У США переважає змішана форма фінансування системи медичної допомоги, а близько 90% населення користується послугами приватних страхових компаній [5].

Система Беверіджа передбачає фінансування охорони здоров'я за рахунок державного бюджету. За цієї системи страхові фонди формуються переважно за рахунок податкових надходжень. При цьому, як наприклад у Великобританії, розподіл коштів здійснюється на основі диференційованого нормативу фінансування однієї особи, враховуючи відмінності територій як за статеві-віковим складом, так і за іншими соціально-економічними характеристиками. Окрім податкових надходжень, охорона здоров'я може фінансуватися як за рахунок внесків на соціальне страхування (вони обчислюються у вигляді відсотку від фонду оплати праці та надходять до бюджету), так і за рахунок додаткових платежів населення (головним чином шляхом оплати частини вартості лікарських засобів).

Наступна система характеризується фінансуванням закладів охорони здоров'я за рахунок надходжень від добровільного медичного страхування та передбачає надання більшості медичних послуг на платній основі. При цьому добровільне страхування здійснюється в межах державних програм для окремих категорій населення. Як правило вони фінансуються за рахунок державного або місцевих бюджетів та характеризуються обмеженим переліком страхових випадків. Така система діє в США, Південній Кореї, Нідерландах.

Система Бісмарка передбачає оплату всіх медичних послуг за рахунок централізованого фонду, котрий формується як за рахунок бюджетних ко-

штів, так і цільових внесків організацій та громадян. Цей фонд як правило, незалежний від держави, однак його діяльність нею контролюється.

Дослідивши багатоманітність можливих джерел фінансування системи охорони здоров'я, прийшли до висновку, що країни не обмежуються єдиним джерелом. Саме тому у Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки передбачено, що збільшення обсягу державного фінансування без зміни інфраструктури не забезпечить вирішення наявних проблем. «У короткостроковій перспективі урядом України має бути запропоновано комплекс жорстких заходів ... спрямованих на збільшення ефективності використання бюджетних коштів» [6, с.26]. «Додаткові джерела фінансування та нові організаційні моделі об'єднання коштів (наприклад, від страхування) повинні використовуватися лише після того, як перехідний процес буде належним чином підготовлено. Джерелом більшої частини фінансування повинні залишитися надходження від податків із поступовим зменшенням платежів пацієнтів. Цільові податки на алкоголь/тютюн та інші шкідливі для здоров'я продукти повинні спрямовуватися як додаткове джерело ... на розвиток первинної медичної допомоги», – справедливо наголошують автори Стратегії [6, с. 26].

#### **Література:**

1. Рішення Конституційного Суду України від 25 листопада 1998 року №15-рп/98 (справа про платні медичні послуги) // Офіційний вісник України. – 1998. – №50.
2. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (Аналітико-статистичний посібник). – К., 2011. – С. 140-141.
3. Новіков В., Никонюк К. Соціальні наслідки євроінтеграції України: система охорони здоров'я: Фонд ім. Фрідріха Еберта, К., 2012. – №11. – 17 с.
4. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір / Україна. Здоров'я нації. Науково-практичне видання. – 2010. – № 1(10). – С. 5-23.
5. Медичне страхування та його особливості в зарубіжних країнах // Джерело: [http://www.ufin.com.ua/analit\\_mat/strah\\_rynok/084.htm](http://www.ufin.com.ua/analit_mat/strah_rynok/084.htm).
6. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років // Джерело: <http://healthsag.org.ua/strategiya>.

**Васіна Ю.В.,**

*к.фарм.н., доц. кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти.*

**Шаповалов В.В.,**

*д.фарм.н., проф., начальник відділу фармації Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації.*

**Шаповалова В.О.,**

*д.фарм.н., проф., завідувач кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти.*

**Ковальова К.І.**

*старший лаборант кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти.*

## **ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОБІГУ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Прагнення України до інтеграції у європейську спільноту позначається на державній політиці як у сфері охорони здоров'я в цілому, так і у сфері фармацевтичного обслуговування. В цих умовах значної актуальності набуває питання забезпечення пацієнтів лікарськими засобами (ЛЗ), виготовленими в умовах аптеки, оскільки це дозволить персоналізувати фармакотерапію до потреб пацієнтів з різними розладами здоров'я, допоможе вирішити проблему індивідуальної чутливості до компонентів ЛЗ завдяки можливості коригування дози, виключення або заміни активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ). Крім того, екстемпоральні лікарські засоби (ЕЛЗ) в порівнянні з готовими лікарськими засобами (ГЛЗ) менш алергенні завдяки відсутності або значно меншій кількості наповнювачів, барвників, консервантів, стабілізаторів тощо [1].

Втім, сьогодні в Україні не існує чітко визначеної правової процедури обігу ЕЛЗ, особливо у системі їх оподаткування. Авторами проведено ретроспективний аналіз нормативно-правових актів, які регулюють обіг ЕЛЗ в Україні. Встановлено, що до 2014 р. у Податковому Кодексі України (ПКУ) було визначено, що від оподаткування звільняються, зокрема, операції з постачання ЛЗ, дозволені для виробництва і застосування в Україні та внесені до Державного реєстру ЛЗ (у тому числі аптечними закладами), а також виробів медичного призначення за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України (підпункт 197.1.27 пункту 197.1 ст. 197 НКУ) [2]. Тобто, норма зазначає, що від оподаткування звільняються ЛЗ, які: 1) внесені до Державного реєстру ЛЗ; 2) дозволені до виробництва і застосування в Україні. Але вищезазначена норма ПКУ не містить чіткої вимоги щодо виробника ЛЗ, в той час як виробництво ЛЗ може здійснюватися як в умовах аптеки, так і в умовах промисловості. Так, в п. 1.3 наказу МОЗ №723 знаходимо визначення ряду термінів: «виробник лікарських засобів – суб'єкт господарювання, який здійснює хоча б один із етапів виробництва лікарських засобів та має ліцензію на виробництво лікарських засобів»; «виробництво (виготовлення) ЛЗ в умовах аптеки – це індивідуальне виготовлення ЛЗ за рецеп-



тами лікарів, на замовлення (вимогу) лікувально-профілактичних закладів та виготовлення внутрішньоаптечної заготовки»; «виробництво лікарських засобів (промислове) – діяльність, пов'язана з серійним випуском лікарських засобів, яка включає всі або хоча б одну зі стадій технологічного процесу, у тому числі закупівлю матеріалів і продукції, фасування, пакування та/або маркування, зберігання, відповідний контроль, видачу дозволу на випуск (реалізацію), а також оптову торгівлю (дистрибуцію) продукцією власного виробництва» [3]. Авторами вивчено ряд документів стосовно цього проблемного питання. Так, Державна Податкова адміністрація України у своєму листі дала роз'яснення, де зазначила, що у випадку виготовлення аптечними закладами ЛЗ із дозволених до застосування в Україні діючих та допоміжних речовин для застосування режиму звільнення від оподаткування податком на додану вартість до таких засобів необхідно, щоб виробництво та їх застосування було дозволене в Україні, а також щоб вироблений аптечним закладом ЛЗ був внесений до Державного реєстру ЛЗ [4]. Однак, відповідно до ст. 9 Закону України «Про лікарські засоби» ЛЗ, які виготовляються в аптеках за рецептами лікарів та на замовлення лікувально-профілактичних закладів із дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин, не підлягають державній реєстрації [5]. Тобто, маємо правову колізію, яка склалася у фармацевтичному законодавстві. У відповідь на це Міністерство охорони здоров'я України оприлюднило проект Закону України «Про внесення зміни до підпункту 197.1.27 пункту 197.1 ст. 197 Податкового кодексу України», в якому пропонувалося викласти підпункт 197.1.27 пункту 197.1 ст. 197 Податкового кодексу у такій редакції: «Постачання лікарських засобів, дозволених для виробництва і застосування в Україні, внесених до Державного реєстру лікарських засобів та тих, що виготовляються аптечними закладами за рецептами лікарів та замовленнями лікувально-профілактичних закладів з дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин, а також виробів медичного призначення за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України». Однак, замість того, щоб вирішити таку правову колізію, в 2014 р. Законом України підпункт 197.1.27 пункту 197.1 ст. 197 було зовсім виключено з ПКУ, а проект Закону України «Про внесення зміни до підпункту 197.1.27 пункту 197.1 ст. 197 Податкового кодексу України» відправлено до архіву МОЗ [6, 7, 8]. Втім, автори статті звертають увагу на те, що ЕЛЗ неможливо масово готувати в умовах промислового виробництва, оскільки вони готуються в невеликій кількості, в індивідуальному порядку та мають короткотривалий термін використання.

Більшість з них готується без консервуючих та стабілізуючих речовин, що має важливе значення, зокрема для новонароджених. Вартість ЛЗ, виготовлених в умовах аптек, як правило, невисока. Це робить їх економічно доступними для всіх категорій населення, особливо соціально незахищених.

Слід також відзначити, що ліки аптечного виготовлення в значній мірі вирішують проблеми забезпечення лікувально-профілактичних установ. Це створює сприятливі умови для поліпшення забезпечення закладів охорони здоров'я та громадян доступними ЛЗ в рамках реалізації національної політики України, узгодженої з концепцією ВООЗ щодо охорони здоров'я громадян України. На думку авторів, зміни, які були запропоновані проектом Закону України «Про внесення зміни до підпункту 197.1.27 пункту 197.1 ст.

197 Податкового кодексу України» частково дозволяли вирішити проблему забезпечення закладів охорони здоров'я та громадян доступними ЕЛЗ, захистити національного товаровиробника фармацевтичної продукції і тим самим удосконалити реалізацію державної політики у сфері обігу ЛЗ [9, 10, 11]. Також автори підтримують думку провідних вчених, а саме Немченко А.С., Тихонова А.І., Ярних Т.Г. щодо необхідності подолання дискримінації у оподаткуванні ЛЗ, виготовлених в умовах аптеки, шляхом зміни 20% ставки податку на додану вартість на єдину 7% ставку. Автори статті вважають, що для заохочення відкриття нових та збереження існуючих аптек з виготовленням ЛЗ необхідно запропонувати суб'єктам господарювання пільги на оподаткування, а саме: у перший рік роботи аптеки скасувати сплату податку на прибуток, а для платників єдиного податку – знизити ставку єдиного податку. Такі заходи стануть ще одним кроком у боротьбі з корупційною складовою на ПДВ у фармацевтичній галузі.

### **Література:**

1. Рищенко О.О. Фармацевтичне та медичне право в державній системі вирішення проблеми доступності пацієнтів до знеболювальної фармакотерапії з використанням контрольованих лікарських засобів [Електронний ресурс] / О.О. Рищенко, К.І. Ковальова // *Время*. - 08.08.2014. - № 305 (17461). Режим доступу до документу: <http://timeua.info/>
2. Податковий кодекс України від 02.12.2010 № 2755-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/>
3. Наказ МОЗ від 31.10.2011 р. № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/>
4. Лист Державної Податкової адміністрації України від 12.08.2011 №9277/5/15-3316 [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/>
5. Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: <http://zakon4.rada.gov.ua/>
6. Закон України від 27.03.2014 р. № 1166-VII «Про запобігання фінансової катастрофи та створення передумов для економічного зростання в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до документу: [http://zakon4.rada.gov.ua.](http://zakon4.rada.gov.ua/)
7. Васіна Ю.В. Стандартизація та організація виробництва лікарських засобів: предметно-кількісний облік екстемпоральних лікарських засобів різних класифікаційно-правових груп в закладах охорони здоров'я / Ю.В. Васіна // *Українській вісник психоневрології*. – 2013. – Т. 21, вип. 2 (75), додаток. – С. 18–21.
8. Судебно-фармацевтическое изучение рисков, связанных с доступностью для населения лекарственных средств и экстемпоральной рецептуры / В.В. Шаповалов, В.А. Шаповалова, В.В. Шаповалов (мл.), Ю.В. Васина, Л.А. Комар // *Научные ведомости Белгородского государственного университета*. – № 16 (213), – вып. 31, сентябрь 2015. – С. 210 – 218.

9. Горбунова Е. Аптечное производство: есть ли в Украине перспективы для его развития? [Электронный ресурс] / Аптека.ua – №975 (4) 02.02.2015. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/321661>.

10. Шаповалов В. В. Організаційно-правові підходи до обґрунтування обігу екстемпоральної рецептури із бджолиною отрутою при здійсненні фармакотерапії захворювань нервової системи / [В. В. Шаповалов, В. О. Шаповалова, Ю. В. Васіна, К. І. Ковальова] // Апітерапія України. Матеріали V з'їзду апітерапевтів і апіконсультантів – бджолярів України. – 2015. – С.380-386.

11. Vasina J. V. Principles of the pharmaceutical law in solving problems of support with extemporal medicines for patients with mental health problems [Electronic resource] / J. V. Vasina, V. V. Shapovalov, V. O. Shapovalova, K. I. Kovalyova // Research Result. – ISSN 2313-8955. –2015. –Vol. 1, №1 (3). – P. 18–29. – (Medicine and Pharmacy Series). – Access: <http://rr.bsu.edu.ru/images/issue3/medicine/medicine-3.pdf>.

**Жилка Н.Я.,**

*д.мед.н., доц., страшний науковий співробітник  
Національна медична академія післядипломної  
освіти імені П.Л. Шупика*

**Кудря А.В.,**

*науковий співробітник,  
Український інститут стратегічних  
досліджень Міністерства охорони здоров'я  
України*

### **ПРАВА СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НА РЕЦЕПТУРНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ЛІКАМИ ЩО МІСТЯТЬ НАРКОТИЧНІ ЗАСОБИ, ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ ТА ПРЕКУРСОРИ**

Щорічно в Україні злоякісні новоутворення викликають 15–17% усіх смертей осіб працездатного віку [1], за цим майже півмільйона осіб в Україні можуть потребувати послуг паліативної допомоги для полегшення симптомів тяжких хвороб [2]. При цьому показник вживання морфіну за медичними показаннями в Україні у 2009 р. на душу населення був майже в десять раз менший за середній у світі та у дев'ятнадцять за таких у Європі [3]. За сучасними міжнародними рекомендаціями до 80% медичної допомоги повинно надаватися на первинному рівні лікарями загальної практики – сімейними лікарями, тому у Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року зазначено, що з метою забезпечення доступності наркотичних лікарських засобів для населення необхідно запровадити порядок забезпечення населення наркотичними лікарськими засобами через первинну ланку медичного обслуговування, її основних представників – лікарів загальної практики – сімейних лікарів [4].

Правовий аспект медичного застосування наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів (далі – підконтрольні речовини) врегульовано у декількох Законах України [5,6,7]. Так, зокрема, статті 33 та 34 Основ [5] зазначають що лікуючий лікар, який є підготовленим медичними працівником та перебуває у трудових відносинах з ліцензованим закладом охорони здоров'я або самостійно провадить медичну практику на яку має ліцензію, надає медичну допомогу пацієнту відповідно до медичних пока-

зань в період його обстеження та лікування. У законі «Про лікарські засоби» [6] розкрито дефініцію наркотичних лікарських засобів, як таких лікарських засобів, що віднесені до наркотичних відповідно до законодавства, а закон «Про наркотичні засоби» [7] уточнює що у медичній практиці можуть використовуватися підконтрольні речовини включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів [9].

Постановою Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333 [8] надано право лікарям загальної практики-сімейним лікарям (ЛЗП-СЛ) на використання у своїй практиці таких двох незалежних механізмів забезпечення пацієнтів лікарськими засобами зі вмістом підконтрольних речовин як рецептурне забезпечення та забезпечення через лікувальний заклад первинної медичної допомоги.

Докладніше зупинимося на нормативно-правовому регулюванні рецептурного забезпечення, як на зручному та доступному механізмі, як для пацієнтів, так і сімейних лікарів. Виходячи з вищевикладеного, застосування такого механізму вимагає від лікувального закладу, незалежно від форми власності та підпорядкування, де працює сімейний лікар, або від сімейного лікаря, що провадить господарську діяльність з медичної практики, як фізична особа – підприємець лише ліцензії на медичну практику. Окремо слід зазначити, що при рецептурному забезпеченні пацієнтів засобами із вмістом підконтрольних речовин обіг цих препаратів у медичному закладі відсутній, що звільняє від необхідності отримувати додаткові дозволи та ліцензії

Хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах стаціонару вдома, забезпечуються препаратами зі вмістом підконтрольованих речовин лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання паліативної та хоспісної допомоги – що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби [7]. Лікар, який призначає препарати зі вмістом підконтрольних речовин для лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах стаціонару вдома, зобов'язаний поінформувати хворого або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, недопущення їх використання не за медичним призначенням та видавати хворому або особі, яка здійснює за ним догляд (членові сім'ї, опікунові або піклувальникові), інформаційний лист за формою, визначеною МОЗ, про що робиться запис у медичній карті хворого. Хворий чи особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник), має право особисто отримувати за рецептом препарати зі вмістом підконтрольних речовин безпосередньо у фармацевтичному (аптечному) закладі. Лікар загальної практики-сімейний лікар виписує рецепт на спеціальному рецептурному бланку форми № 3 (ф-3) для виписування наркотичних та психотропних лікарських засобів згідно з Додатком 2 Правил виписування рецептів [10] зі змінами що були внесені Наказом МОЗ України від 07.08.2015 № 494 [11]. Спеціальні рецептурні бланки форми № 3 виготовляються на папері рожевого кольору, розміром 75x120 мм, мають наскрізну нумерацію. Контроль за їх обліком та використанням покладається на відповідальну особу, яка призначається наказом керівника закладу охорони здоров'я. Слід також зазначити, що відпуск в апте-

ках лікарських засобів, що містять підконтрольні речовини за рецептами ф-3 здійснюється без прив'язки до межі адміністративно-територіальної одиниці де знаходиться заклад сімейної медицини.

Таким чином, завдяки Постанові КМУ № 333 та Наказу МОЗ № 494, шляхом надання сімейним лікарям відповідних прав, було створено сприятливі умови для надання паліативної допомоги на первинному рівні. Але досі залишається низка перешкод, що не дозволяє ефективно реалізувати цей механізм. А саме: низька обізнаність щодо своїх прав сімейних лікарів та пацієнтів, а також, небажання аптечних закладів включати до переліку наявних медикаментів лікарські засоби, що містять підконтрольні речовини.

#### **Література:**

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно- епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460 с.

2. Неконтрольований Біль. Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно з принципами доказової медицини. 2011 рік / Звіт Human Rights Watch. – 127 с. – Режим доступу: <https://www.hrw.org/node/256202>

3. Аналіз споживання наркотичних анальгетиків в Україні (за даними міжнародного комітету з контролю за наркотиками) / Н. О. Дацюк, Д. С. Волох, Н. В. Шолойко // Фармацевтичний часопис. – 2012. – № 2. – С. 103-106

4. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 № 735-р

5. «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон від 19.11.1992 № 2801-ХІІ.

6. «Про лікарські засоби», Закон від 04.04.1996 № 123/96-ВР

7. «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсор», Закон від 15.02.1995 № 60/95-ВР

8. «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», Постанова Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 р. № 333

9. «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», Постанова Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 р. № 770

10. «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробів медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень», Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2005 № 360

11. «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.08.2015 № 494

*Козаченко А.І.,*

*д.ю.н., доц., завідувач кафедри теорії  
та історії держави і права*

*ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

**ПРОБЛЕМИ СТАНОВЛЕННЯ ЗЕМСЬКОЇ МЕДИЦИНИ  
У ПОЛТАВСЬКІЙ ГУБЕРНІЇ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ 60-тих  
НА ПОЧАТКУ 70-тих РОКІВ ХІХ СТ.**

На середину ХІХ ст. медична галузь Російської імперії перебувала у занедбаному стані. З огляду на це царський уряд був зацікавлений у тому, щоб передати її у відання земського самоврядування. Згідно ст. 2 «Положення про губернські і повітові земські установи» 1864 р. однією із основних функцій органів земського самоврядування була організація охорони здоров'я [1, с. 2]. «Правила для земських установ зі справ про земські повинності для земських установ, народне продовольство і громадське піклування» 1864 р. дещо конкретизували функції земств у галузі охорони здоров'я. На земства покладалося матеріально-технічне забезпечення та фінансування медичних закладів, формування медичного персоналу, організація щеплень проти віспи, запобігання поширенню епідемій тощо [2, с. 19, 20].

У 1865 р. Полтавське губернське земство отримало від держави декілька занедбаних, не забезпечених медикаментами і обладнанням лікарень та інших закладів. У відання земства переходило 15 лікарень на 742 ліжка, богодільня в місті Ромни на 180 місць, будинок психічно хворих у Полтаві на 70 місць, гамівний будинок на 20 місць та установа рятування на воді у Полтаві [3, с. 781].

З метою формування земської медицини у перші роки діяльності земство змушене було терміново вирішувати низку проблем. Пріоритетними серед них вважалися наступні: розробка програми розвитку земської медицини на території губернії, формування нормативно-правової бази діяльності земських медичних установ, організація матеріально-технічного забезпечення та фінансування медичних закладів, формування медичного персоналу.

У 1866 р. з'їзд представників повітових управ ухвалив угоду про розподіл повноважень між губернською і повітовими земськими управами. Згідно цієї угоди фінансування та матеріально-технічне забезпечення медичних закладів покладалося на повітові земства. Губернське земство затверджувало кошториси на утримання повітових лікарень, подані повітовими управами. На губернську управу покладалася загальний нагляд за діяльністю повітових медичних закладів [3, с. 781]. У 1870 р. губернське земське зібрання затвердило єдину форму звітності повітових управ про результати діяльності у медичній галузі [3, с. 785].

З ініціативи доктора медицини князя М. О. Долгорукова в 1865 р. було створено Товариство полтавських лікарів, яке надавало допомогу земству з метою реорганізації медичної галузі. У 1868 р. М.О. Долгоруков ініціював створення постійної медичної комісії при Полтавській губернській управі [4, с. 69]. До неї входило 10 осіб – земських гласних і медичних працівників. Активну участь у роботі комісії брали представники Товариства полтавських лікарів. Згодом такі комісії запровадили повітові управи.

Губернське земське зібрання поставило перед медичною комісією завдання розробити програму устрою земської медицини. У 1869 р. комісія по-

дала на розгляд земських зборів Програму розвитку земської медицини, що складалася з 30 пунктів [4, с. 70]. Комісія пропонувала проведення профілактичних заходів, розвиток стаціонарної системи надання медичної допомоги, поділ лікарень на розряди залежно від вартості лікування. Земська медицина повинна була включати три основні складники – громадську гігієну, лікування та піклування. Програма передбачала запровадження санітарних дільниць з розрахунку на 40 тис. мешканців. У межах дільниці мала діяти лікарня і аптека, функціонування яких забезпечували лікар, два фельдшери і акушер [3, с. 974-975].

Губернське земське зібрання затвердило запропоновану медичною комісією Програму розвитку земської медицини. Вона отримала схвальний відгук М.І. Пирогов та інших відомих медиків. Проте під тиском противників цієї Програми земство визнало її недосконалою і частково відмовилося від її реалізації. Та незважаючи на це, Програма мала значний вплив на формування прогресивних принципів організації медичної допомоги в Росії [4, с. 70].

Наприкінці 60-тих – початку 70-их років XIX ст. губернські та повітові земські зібрання ухвалили низку постанов згідно яких до основних повітових медичних закладів відносилися лікарні і фельдшерські пункти. Керуючись Програмою розвитку земської медицини, територію повітів було поділено на земські лікарняні дільниці. З розвитком земської медицини кількість лікарняних дільниць збільшувалась, а їх територія зменшувалась.

Одним із основних напрямків діяльності земських установ вважалося кадрове забезпечення земських медичних закладів. Вищий медичний персонал – земських лікарів – готували медичні факультети університетів. Їх підготовка здійснювалася за рахунок земств. Середній медичний персонал, яким земські лікарні були найменш укомплектовані, готували фельдшерські та акушерські школи. На підставі клопотання губернських земств Медичний департамент дозволив діяльність земських фельдшерських шкіл. У 1867 р. Полтавське земство першим у Росії відкрило фельдшерську школу і зарахувало до числа її учнів 149 осіб [5, с. 10]. У 1871 р. набув чинності «Статут фельдшерської школи при Полтавській губернській земській лікарні». Губернська управа встановлювала розмір оплати за навчання з урахуванням потреб медичних закладів у фахівцях, визначала чисельність учнів. Навчальна програма школи передбачала 4-річний курс навчання, що включав вивчення 28 навчальних дисциплін (анатомії, малої хірургії, фармакології, токсикології, епідеміології, патології) та проходження практики в земських лікарнях. Після закінчення навчання випускники одержували призначення на роботу і повинні були працювати за розподілом 6 років [6, с. 29-32].

Але випускники медичних освітніх закладів неохоче йшли працювати до земських установ, адже у державних лікарнях вони отримували статус державного службовця, стабільну заробітну плату і пенсійне забезпечення. З метою вирішення цієї проблеми губернське земське зібрання встановило штатний розпис земських медичних закладів і підвищило оплату праці медикам [3, с. 974]. Зазначені заходи дали можливість у 1867 р. направити для роботи у повітових медичних закладах 25 лікарів, 124 фельдшери, 127 фахівців для боротьби з віспою, відкрито 12 лікувальних пунктів і 12 аптек [3, с. 971].

Таким чином, у другій половині 60-тих на початку 70-тих років XIX ст. Полтавське земство здійснило значну роботу, що мала за мету формування земської медицини на території губернії. Але така діяльність земського самоврядування гальмувалася відсутністю організаційно-управлінського досвіду, недосконалістю нормативної бази, відсутністю державної підтримки та недостатніми фінансовими можливостями земства. Умови для суттєвого підвищення ефективності діяльності земського самоврядування у медичній галузі почали формуватися лише у другій половині 80-тих років XIX ст.

#### **Література:**

1. Положение о губернских и уездных земских учреждениях 1864 г. // Полное Собрание законов Российской империи с 1649 года (далее – ПСЗ). – СПб., 1867. – Т. XXXIX. – № 40457. – С. 1-14.
2. Временные правила для земских учреждений по делам о земских повинностях, народном здравии и общественном призрении 1864 г. // ПСЗ. – СПб., 1867. – Т. XXXIX. – № 40458. – С. 14-20.
3. Систематический свод постановлений и распоряжений Полтавского губернского земства за первые шесть трехлетий (с 1865 по 1882 г.). – Полтава : Тип. Н. Пигуренко, 1886. – Вып. II. – 1686 с.
4. Милявский В.М. Общество полтавских врачей и «Труды постоянной медицинской комиссии при Полтавской губернской земской управе» / В.М. Милявский // Сов. здравоохранение. – 1981. – № 4. – С. 69-71.
5. Рубан Н.М. Розвиток земської медицини в Україні (1865-1914 рр.) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. іст. наук : спец. 07.00.01 «Історія України» / Н.М. Рубан. – Донецьк : Норд Комп'ютер, 2004. – 20 с.
6. Систематический свод постановлений и распоряжений Полтавского губернского земства за первые шесть трехлетий (с 1865 по 1882 г.). Приложения. – Полтава : Тип. Н. Пигуренко, 1887. – 229 с.



**Куликова О.В.,**

*старший лаборант кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації*

*Харківської медичної академії післядипломної освіти*

**Шаповалов В.В.,**

*д.фарм.н., проф., начальник відділу фармації Департаменту охорони здоров'я*

*Харківської обласної державної адміністрації.*

**Шаповалов В.В. (мол.),**

*канд.фарм.н., доктор філософії,*

*доц. кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської*

*медичної академії післядипломної освіти, адвокат.*

**Шаповалова В.О.,**

*д.фарм.н., проф., завідувач кафедри медичного та фармацевтичного права,*

*загальної і клінічної фармації*

*Харківської медичної академії післядипломної освіти.*

## **ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ НАУКИ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА В УКРАЇНІ**

Протягом останніх років в Україні значно посилюються євроінтеграційні процеси, що відобразилося у всіх сферах життя українців, що вимагає проведення реформ – у сфері охорони здоров'я взагалі, та модернізації фармацевтичної галузі зокрема. Разом з тим, в Україні продовжується складний процес пошуку шляхів будівництва правової держави і, як відмічає Ісакова В.М., переосмислення цінностей та значення багатьох правових інститутів та механізмів, що зачіпають сферу охорони здоров'я [1].

Проголошення України правовою й демократичною державою. зазначає Тацій В.Я., вимагає значних зусиль, як посадових осіб, так і юридичної громадськості по втіленню цієї важливої засади конституційного ладу в життя [2]. Важливим питанням в конституційній політиці щодо забезпечення прав людини є широкомасштабне входження нашої держави в міжнародний правовий простір суб'єктом міжнародного права, який гарантує й визнає міжнародні правові стандарти, що базуються, як підкреслює Гетьман А.П., на Конвенціях Організації Об'єднаних Націй, як основи розвитку медичного, фармацевтичного та екологічного права в світі та Україні [3].

Разом з тим, одним з основних орієнтирів розвитку вітчизняної правової системи проголошується важливість людської особистості, її прав і свобод, здоров'я, якості та тривалості життя, що знайшло своє відображення у ст. 3, 49 Конституції України [4].

При цьому, зазначає Петришин О.В., права людини, тривалість та якість життя (здоров'я) у сучасному трактуванні їх змісту не можуть існувати за межами правової системи навіть у найбільш специфічному її розумінні, оскільки вони є її соціально-антропологічним фундаментом та є складовими частинами: кримінально-правовими, медико-фармацевтичними та соціально-економічними [5].

Удосконалення правового регулювання соціально-важливих сфер суспільного життя, зазначає Гуторова Н.О., до яких належить система охорони здоров'я та її складова – фармацевтична допомога, надзвичайно важлива і складна задача [6].

При цьому ми згодні з твердженням Грищука В.К., який переконаний в тому, що наука кримінального права має постійно перебувати в неослабному генетичному зв'язку з практикою творення, тлумачення і застосування кримінального законодавства. В іншому разі вона буде відірвана від наявної соціально-правової дійсності, реальності. Не лише законодавство України є недосконалим, але й таких розвинених країн, що вже входять до складу ЄС, як Німеччина [7]. Тобто, розвиток науки фармацевтичного і медичного права, які тісно пов'язані з кримінальним правом, адміністративним правом, трудовим правом, екологічним правом та іншими правовими науками, має постійно перебувати в неослабному генетичному зв'язку з практикою застосування, удосконалення, імплементації та творіння фармацевтичного і медичного законодавства, а також контроль-дозвільної системи, пов'язаної із забезпеченням повноцінного функціонування сфери охорони здоров'я і фармацевтичної галузі у ланцюзі правовідносин «лікар-пацієнт-провізор» щодо доступу хворих до обігу лікарських засобів (ЛЗ) всіх класифікаційно-правових, номенклатурно-правових, клініко-фармакологічних груп та медичними послугами у повному обсязі необхідно вчасно виявляти прогалини та недосконалості у діючому законодавстві та нормативно-правових актах та вирішувати проблемні питання, що виникають у процесі реалізації громадянами свого права на якісну, ефективну, сучасну та безпечну медико-фармацевтичну допомогу.

При цьому слід зазначити, що реформування медичної сфери в Україні розпочато 7.07.2011 р., коли Верховна Рада України ухвалила два закони, а саме:

– «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», яким встановлюється, що мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної його якості, своєчасності, доступності, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена;

– «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», який передбачає відпрацювання на базі пілотних регіонів основних підходів до реформування системи охорони здоров'я, їх моніторинг та оцінку для подальшого поширення на всю територію країни із структурної реорганізації первинної та екстреної медичної допомоги [8].

Крім того, у 8.09.2011 р. Верховна Рада ухвалила Закон України, яким внесено зміни та доповнення до Закону України «Про лікарські засоби» щодо запобігання обігу фальсифікованих лікарських засобів [9].

Тобто, виявлення випадків порушення прав людини, громадянина і пацієнта, що регламентується Конституцією України у ланцюзі правовідносин «лікар-хворий-провізор-адвокат», підвищення ролі лікаря, провізора та адвоката у процесі надання медико-фармацевтичної допомоги хворим на різні

розлади здоров'я (в т.ч. онкологічні, болі різного генезу, ВІЛ/СНІД, наркоманія тощо), налагодження якісного та добровільного контакту між ланками такого ланцюга допоможе виявити більш або менш суттєві недоліки у законодавчих актах України.

Саме провізор, працюючи в закладі охорони здоров'я (аптеці), з позиції спеціаліста, що на практиці здійснює обіг ЛЗ різних класифікаційно-правових груп (наркотичні, психотропні, отруйні, загальна тощо) може висунути ті чи інші пропозиції з метою покращення функціонування галузі охорони здоров'я, зі свого боку адвокат, маючи юридичну освіту, має можливість просувати такі пропозиції у законодавчій гілці влади щоб оптимізувати роботу між ланками у ланцюзі правовідносин «лікяр-пацієнт-провізор-адвокат».

Необхідно зазначити, що саме започаткування тісної співпраці спеціалістів медицини, фармації та права на кафедрі медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти (ректор – д.м.н., проф. Хвисюк О.М.), яка поєднала у якості викладачів представників таких різних спеціальностей. Основна діяльність кафедри – навчально-методична – підвищення кваліфікації спеціалістів фармації та медицини, але невід'ємною частиною наукової роботи співробітників є постійний моніторинг діючого законодавства у сфері охорони здоров'я і пропозиції внесення коректив з метою покращення роботи медичних та фармацевтичних працівників, підвищення якості надання медико-фармацевтичної допомоги населенню, що страждає на різні розлади здоров'я (онкологічні, неврологічні, ендокринологічні тощо) [10 – 11].

На думку Тацій В.Я. законодавцям України є багато над чим працювати і в забезпеченні такого важливого для кожної пересічної людини права, як право на достатній життєвий рівень, який включає в себе своєчасну медичну допомогу та якісне безоплатне фармацевтичне забезпечення [2]. Якщо зважити на його складники, зазначені в ст.25 Загальної Декларації прав людини, то в реалізації кожного з них існують свої проблеми [12].

Тож лише взаємодією міждисциплінарних зв'язків між спеціалістами медицини, фармації та права (тобто кримінального права, екологічного, цивільного, медичного, фармацевтичного тощо), як зазначають Тацій В.Я., Баулін Ю.В., Борисов В.І., можна досягти високого дієвого результату у сфері змін медичного та фармацевтичного законодавства України, що призведуть до підвищення рівня захисту прав пацієнта, надання якісної та безпечної медико-фармацевтичної допомоги громадянам України [2, 13, 14 – 17].

#### **Література:**

1. Исакова В.М. Право на правовую помощь: международные стандарты и перспективы реализации в Украине// Сборник тезисов докладов и научных сообщений участников всеукраинской научно-практической конференции молодых учёных и соискателей 23-24 ноября 2010 г./ Под ред. А.П. Гетьмана. – Харьков:НЮАУ им. Ярослава Мудрого, 2010. – С.338.
2. Тацій В.Я. Права людини і громадянина як підґрунтя вдосконалення законодавства України// Проблеми законності: Респ. міжвідом. наук. зб./ Відп. ред.. В.Я.Тацій. – Х.: Нац. юрид. акад. України, 2009. – Вип. 100. – С.6-17.

3. Гетьман А.П. Взаимосвязь экологического права и фармацевтического права в защите прав человека, гражданина и пациента на основе Конвенций Организации Объединенных Наций// Фармацевтичне і медичне право України (фармацевтичне і медичне законодавство, судова фармація): матеріали ІХ Міжнар. Наук.-практ. конф. (16 листопада 2012 р., м. Харків)/ за ред. О.В. Галацана, В.В. Шаповалова, В.В. Шаповалова (мол.), В.О. Шаповалової. – Х., 2012. – 248 с.

4. Конституція України від 28.06.1996 р. N 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України 1996 р., № 30, ст. 141.

5. Петришин О.В. Верховенство права в системі дії права// Проблеми законності: Респ. міжвідом. наук. зб./ Відп. ред. В.Я. Тацій. – Х.: Нац. юрид. акад. України, 2009. – Вип. 100. – С.18-30.

6. Приходько О. Актуальні питання сучасного медичного права в Україні// Щотижневик «Аптека», № 963 (42). – 2014. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/310701>

7. Бальтцер У. Роздуми стосовно реформи у кримінальному законодавстві Німеччини (умисне вбивство)// Наука кримінального права в системі міждисциплінарних зв'язків: матеріали між нар. наук.-практ. конф., 9-10 жовт. 2014

8. Відповіді на питання з реформування медичного обслуговування// Офіційний веб-сайт МОЗ України [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform\\_answers.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform_answers.html)

9. Закон України від 8.09.2011 р. № 3718-VI «Про внесення до деяких законодавчих актів України щодо запобігання фальсифікації лікарських засобів» Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2012, N 19-20, ст.168.

10. Фармацевтичне право в наркології / за ред. В. О. Шаповалової, І. К. Сосіна, В. В. Шаповалова. – Х.: Факт, 2004. – 800 с.

11. Шаповалова В.О. Фармацевтичне право. Навчальний посібник до аудиторної та позааудиторної роботи з фармацевтичного законодавства за спеціальністю «Фармація» / В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов, В. В. Шаповалов (мл.). – Х., 2008. – 144 с.

12. Загальна декларація прав людини ООН; Декларація, Міжнародний документ від 10.12.1948 Голос України 10.12.2008. – № 236. Електронний ресурс. – [Режим доступу]: [http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015](http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995_015).

13. Борисов В.І. Нормативне зазначення закону про кримінальну відповідальність у контексті новел кримінального процесуального законодавства України// Проблеми законності: Респ. міжвідом. наук. зб./ Відп. ред. В.Я. Тацій. – Х.: Нац. юрид. акад. України, 2009. – Вип. 100. – С.326-331.

14. Баулін Ю.В. Верховенство права як об'єднуючий принцип предмета дослідження науки кримінального права// Проблеми законності: Респ. міжвідом. наук. зб./ Відп. ред. В.Я. Тацій. – Х.: Нац. юрид. акад. України, 2009. – Вип. 100. – С.13-18.

15. Гришук В.К. Судова практика як джерело науки кримінального права// Наука кримінального права в системі міждисциплінарних зв'язків: матеріали між нар. наук.-практ. конф., 9-10 жовт. 2014С.54-59.

16. Шаповалов В. В. Введение в медицинское, фармацевтическое право и судебную фармацию / В. В. Шаповалов, В. В. Шаповалов (мл.), В. А. Шаповалова // Право и этика биомедицинской деятельности в России

и за рубежом : сб. науч. ст. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2014. – ISBN 978-5-94170-857-4. – С. 186–194.

17. Шаповалов В.В. Судебная фармация как инструмент таможенных служб Украины, России и Таджикистана в противодействии незаконному обороту наркотических средств на основе инноваций в криминалистике // Научные ведомости Серия Философия. Социология. Право. 2015. № 2 (199). Выпуск 31. – С.138-153.

**Кущенал С.В.,**

*д.филос.н., проф.,*

*завідувач кафедри гуманітарних та*

*соціально-економічних навчальних дисциплін*

*ІІОІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

### **ПОХИЛИЙ ВІК: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ**

Загально визнаним є той факт, що старість – це феномен ХХ століття, проте можна стверджуватися це й феномен ХХІ століття, оскільки населення Землі (особливо це стосується Європи) стрімко старішає. Ставлення до людей похилого віку можна вважати маркером розвитку держави, досконалості інституту демократії та правової системи, адже лише стабільне, соціально гармонійне суспільство здатне оцінити мудрість людей похилого віку, сприйняти їх життєвий досвід як скарб нації. У цьому контексті варто згадати, що сучасне суспільство часто називають «суспільством споживання», де усіма можливими засобами оспівуються успіх, молодість, здоров'я, у цьому активну роль відіграють мас-медіа, які пропагують культ тіла, силу, витривалість, прагнення до перемоги будь-якою ціною. Наслідком стає негативне ставлення частини населення до людей похилого віку, які сприймаються як суспільний баласт, формується відроза до старості.

Чим більший відсоток людей похилого віку у суспільстві, тим очевидніше стає той факт, що старість – це не лише біологічна, а й соціальна проблема, яка вимагає чіткого визначення статусу літньої людини, правового забезпечення її життєдіяльності, розробки системи соціальних гарантій та пільг, а також, що особливо важливо, – розробки та створення доступних видів та форм діяльності, виконання яких надасть літній людині відчуття соціальної значущості, дозволить вважати себе активним членом соціальної спільноти. Така оптимістична картинка властива розвиненим, економічно стабільним суспільствам, де замість поняття «старість» використовується поняття «третій вік», яким характеризується респектабельна немолода людина, сповнена фізичних сил та збагачена життєвим досвідом, нормою життя для якої є подорожі, самовдосконалення, стильних зовнішній вигляд, відвідування різноманітних заходів тощо.

Зовсім інша парадигма відношення до людей похилого віку спостерігається у так званих перехідних (таких, що модернізуються) суспільствах, тут спостерігається світоглядний конфлікт поколінь, молодь часто сприймає людей похилого віку як винуватців нестабільного стану суспільства, адже це вони не зробили, не змінили, не побудували, не забезпечили тощо. Будь-які соціальні зміни та катаклізми перш за все впливають на людей старшого покоління, адже вони повільніше орієнтуються у мінливій соціальній реальності, не завжди розуміють. Як можна скористатися перевагами періоду

змін, проте негативні наслідки соціальних трансформацій значно швидше проявляються саме для людей похилого віку. Наслідком стає знецінювання соціального досвіду літніх людей, орієнтація на молодь та представників середнього покоління, а люди похилого віку уявляються такими, що лише обтяжують соціальну структуру.

Частка людей похилого віку в структурі українського соціуму значна, проте достатньої суспільної уваги до проблем цієї соціальної групи, гідного рівня соціальної роботи з людьми похилого віку не спостерігається. Життєдіяльність більшості українських стареньких – це постійна боротьба. Боротьба з хворобами, матеріальними нестатками, недоступністю соціальних благ та послуг, постійними супутниками багатьох літніх людей стають соціальна відчуженість, самотність, соціальна стигматизація.

Вікова проблематика знаходиться в центрі уваги багатьох галузей пізнання – біології, медицини, психології, соціології, педагогіки, проте нас цікавить філософська рефлексія проблеми похилого віку. Першими мислителями, що починають досліджувати старість – це Платон, Аристотель, Гіппократ, Піфагор, Сенека та ін., які в репрезентували старість як природний, універсальний феномен, середньовічні мислителі (Августин Блаженний, Оріген, Фома Аквінський) тлумачили старість як закономірний підсумок земного буття. Доба Середньовіччя представлена активними пошуками алхіміків (Парацельс, М. Сендівогий, Т. Воген), які намагалися знайти засоби продовження людського життя, створити еліксир вічної молодості (безсмертя). Особливий погляд на людину пропонує «філософія життя» (Ф. Ніцше, В. Дільтей, А. Бергсон, Г. Зіммель, О. Шпенглер), а ґрунтовні дослідження діалектики життя та смерті, визначення старості як пограничного стану перед загрозою припинення буття здійснені філософами-екзистенціалістами (С. К'єркегор, М. Гайдеггер, К. Ясперс, Ж. Сартр, Г. Марсель і А. Камю, П. Тілліх).

У філософії існує декілька підходів до дослідження геронтологічної проблематики, проте особливої уваги, на нашу думку, заслуговує онтологічний, відповідно до якого, похилий вік розглядається як онтологічна реальність, що завжди існувала, була створена без людської участі, адже в основі старіння закономірності певної фази онтогенезу, біологічні процеси, пов'язані з віковими фізіологічними особливостями організму й психологічними властивостями особистості, тому людина вимушена пристосовуватися до старості, визнати та пізнати її. Проте, заслуговує уваги й інший підхід, у контексті якого похилий вік розглядається як соціально та культурно сконструйований феномен, на розвиток якого впливають конкретно-історичні умови та соціально-політичні фактори, світоглядні особливості, усталені ціннісно-етичні норми відношення до літніх людей, що значно різняться у різних державах. Важливим є усвідомлення того, що похилий вік, хоча він і передбачає (з медичної та правової позицій) припинення професійної діяльності, оскільки, досягнувши певного віку, людина виходить на пенсію, втрачає звичний соціальний статус, хоча в більшості випадків може виконувати свої професійні обов'язки на достатньому рівні, проте в сучасних умовах це жодним чином не означає, що людина стає непрацездатною, не може бути суспільно корисною та значимою (достатньо пригадати дачну працю пенсіо-

нерів), навпаки, саме тлумачення похилого віку як маркера непрацездатності є проявом соціальної стигматизації та дискримінації стареньких.

Перед людиною похилого віку відкриваються дві можливі альтернативи стосовно стосунків зі світом взагалі (макрорівень) та оточуючим середовищем зокрема (буденним звичним світом, у якому зазвичай проходить її життя). Вибір альтернативи майбутнього життєустрою залежить від того наскільки гармонійними є відносини людини з оточуючою реальністю, якщо ці відносини гармонійні, людина здатна розв'язати виникаючі проблеми та підлаштувати власне буття під вимоги соціуму, в іншому випадку людина похилого віку втрачає сенс буття, не може і не прагне здійснити та прийняти необхідні зміни, «тікає від світу», стає приреченою на ізоляцію, ризикує опинитися у страті соціальних маргіналів. На вибір індивідом стратегії «втечі від світу» впливає також деструктивний вплив оточення, відчуття самотності, непотрібності, самотності, наслідком чого стає дисгармонія внутрішнього світу стареньких, психологічні порушення та захворювання. Засобом допомоги у цій ситуації має стати активний розвиток геронтосоціальної роботи, метою якої має стати пошук ефективних шляхів повернення літньої людини до соціальності, позбавлення стареньких відчуття непотрібності, зайвості, внутрішньої спустошеності й самотності. Геронтосоціальна робота спирається на норми моралі, культури, філософії, оскільки ці сфери діяльності стикаються з проблемами літньої людини, системою її цінностей. До геронтосоціальної роботи важливо залучати тих літніх людей, які обрали активну життєву позицію і можуть своїм власним прикладом надихнути на зміни поведінки тих, хто втратив віру в себе.

Зазначимо, що окрім двох наведених моделей сприйняття світу людьми похилого віку, розповсюдженою є ще одна – конформістська модель, коли людина усвідомлено дотримується вікових ролей, стандартів поведінки, норм та правил, не бунтує проти оточуючого середовища та самої себе. Проте, ця стратегія, хоча й здається досить привабливою, може призвести до сумних наслідків, коли людина стає повністю залежною від інших, перетворюється на так званого «соціального паразита», шукає нові приводи для отримання пільг та допомоги від соціальних структур, стає тираном для рідних, оскільки потребує постійної опіки та догляду.

Отже, підсумовуючи все вищенаведене, зазначимо, що не лише національна, расова чи статевая ознака є атрибутом соціальної нерівності, вік людини так само впливає на її соціальний статус та визначає місце в системі соціальної ієрархії. Літні люди часто позиціонуються як кризова група, відносно якої діють практики виключення.

*Ляхова Н.О.,  
викладач кафедри соціальної медицини,  
організації та економіки охорони здоров'я  
з біостатистикою та медичним правознавством  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*  
*Голованова І.А.,  
д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини,  
організації та економіки охорони здоров'я  
ВДНЗУ «УМСА»*  
*Белікова І.В.,  
доц. кафедри соціальної медицини,  
організації та економіки охорони здоров'я  
ВДНЗУ «УМСА»*

## **ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ГРОМАДЯН НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УКРАЇНІ**

Охорона здоров'я – це важлива соціальна проблема, провідну роль у вирішенні якої повинна відігравати насамперед держава. У Конституції України закріплено, що держава створює умови доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У відповідності зі ст. 49 Конституції громадяни України мають право на безкоштовне лікування в державних закладах охорони здоров'я[1].

Охорона здоров'я народу є найважливішим завданням держави, одним із напрямків, що визначають його соціальну політику. На сьогоднішній день немає жодної країни, де б ця проблема не була гострою. Навіть у найблагополучніших, економічно стійких державах змушені вирішувати безліч питань, пов'язаних з оптимізацією медичної допомоги населенню.

Право на безкоштовне медичне лікування та обслуговування – це сукупність закріплених у законодавстві повноважень, які забезпечують кожному громадянину можливості отримання у разі звернення до державної медичної установи безкоштовного кваліфікованого лікування та медико-соціального обслуговування, вибору установи охорони здоров'я при реалізації даного права, а також можливості вимагати захисту у разі його порушення.

Право на медичну допомогу в об'єктивному сенсі є сукупність правових норм, що регулюють суспільні відносини, що складаються в процесі задоволення потреб населення у медичному забезпеченні.

Суб'єктами правовідносин щодо медичного обслуговування, з одного боку, виступають громадяни-пацієнти, які потребують медичного лікування та обслуговуванні, з іншого – заклади охорони здоров'я. Громадянин-пацієнт виступає управненою стороною. Зобов'язаною стороною в цих правовідносинах виступають заклади охорони здоров'я (фельдшерсько-акушерські пункти, поліклініки, консультації, лікарні, диспансери тощо), які є суб'єктами надання медичної допомоги.

Науковці виділяють у правовідносинах з надання медичної допомоги також суб'єкт надання медичної допомоги – медичного працівника, який здійснює безпосередньо медичну допомогу, тобто сукупність потрібних в конкретному випадку професійних дій[2]. Питання про суб'єктний склад правовідносин з надання медичної допомоги потрібно вирішувати виходячи



з того, хто несе відповідальність перед пацієнтом. Якщо медичний працівник, який надавав медичну допомогу, перебуває у трудових правовідносинах з медичною організацією, то зобов'язаним суб'єктом є медична організація. Якщо ж це приватно-практикуючий медичний працівник, який здійснює медичну діяльність як приватний підприємець, то саме він виступає в ролі зобов'язаного суб'єкта.

Об'єктом правовідносин щодо медичного забезпечення виступають медичні послуги. Медична послуга являє собою різновид професійних послуг. При їх наданні законом пред'являються підвищені вимоги до кваліфікації виконавця.

Домагання громадянина на отримання конкретного виду медичної допомоги та надання йому такої зобов'язаним суб'єктом на умовах соціальної аліментарності – це основна схема поведінки учасників відносин щодо медичного забезпечення.

Суб'єктивне право на медичну допомогу є вираженням правових можливостей, адресованих громадянам правовими нормами як суб'єктам права. Суб'єктивне право громадян на конкретний вид медичного лікування та обслуговування являє собою право даного особи, що реалізується в конкретному правовідношенні з приводу профілактичної, лікувально-діагностичної, реабілітаційної допомоги та заходів медико-соціального характеру по догляду за хворими. Кожен громадянин має право пройти медичне обстеження і отримати медико-санітарну допомогу в будь-якому медичному закладі з урахуванням його профілю і потужності; громадяни мають право на отримання повної і достовірної інформації про стан свого здоров'я.

Закони та інші нормативно-правові акти щодо медичного забезпечення можна класифікувати наступним чином[3]:

- регулюють засади організації та здійснення права на медичну допомогу;
- присвячені окремим видам медичної допомоги;
- присвячені медичному забезпеченню окремих категорій громадян.

Заклад охорони здоров'я, в якому громадянин перебуває на медичному обслуговуванні, зобов'язана забезпечити йому медичну допомогу, а в разі необхідності направити його на обстеження і лікування в інші лікувально-профілактичні заклади.

Медичні установи зобов'язані відповідати позитивними діями на домагання особи, що володіє правовими підставами надання конкретного виду медичної допомоги. Інакше громадянин має можливість звернутися до державних органів за захистом свого порушеного права з безпосередньою метою відновлення порушеного права і, в кінцевому рахунку, реалізації суб'єктивного права.

Проте, на сучасному етапі в чинному законодавстві про медичне забезпечення не передбачено механізму захисту порушених прав. Захист проводиться на основі норм цивільного чи кримінального права. Не передбачено у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» також право громадян на оскарження дій державних органів і посадових осіб, що ущемляють права і свободи громадян у сфері медичного лікування та обслуговування. Правові механізми захисту громадян від некомпетентного лікування так само, як і лікарів від необгрунтованих претензій пацієнтів, по-

требують розробки. Не розроблені чіткі критерії розмежування гарантованої безплатної медичної допомоги та «медичних послуг другорядного значення», які надаються за плату [4]. Надання окремих видів медичної допомоги, наприклад, стоматологічної, здійснюються за застарілими нормативно-правовими базами, що не відповідають сучасним умовам.

Таким чином, подальше вдосконалення медичного забезпечення населення України в нових соціально-економічних умовах нерозривно пов'язане з необхідністю створення принципово нового, адаптованого до сьогодення нормативно-правового забезпечення галузі охорони здоров'я та підвищення дієвості державної політики у галузі охорони здоров'я.

#### **Література:**

1. Конституція України (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, №30, ст. 141) Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>

2. Тихомиров А. В. Медицинское право. Практическое пособие / Издательство статут, 1998. – 418 с.

3. Гушин И. В. Право социального обеспечения / Учеб.-метод. комп. лекс. В 2 ч. Гродно: ГрГУ, 2011. – 418 с. (Ч.1) и 667 с. (Ч.2).

4. 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» / Київ, 29 травня 2002 року. – Справа N 1-13/2002 N 10-рп/2002 Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02/paran54#n54>.

*Майданик Р.А.,*

*д.ю.н., проф., завідувач кафедру*

*цивільного права Київського національного університету імені Тараса Шевченка, академік НАПрН України*

### **ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ: ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ**

За невиконання або неналежне виконання зобов'язань за договором про надання стоматологічних послуг сторони несуть відповідальність, згідно з чинним законодавством України та умовами цього договору.

Послугонадавач за цим договором несе відповідальність перед пацієнтом за невиконання або неналежне виконання умов договору, недотримання вимог, що пред'являються до методів діагностики, профілактики і лікування, що дозволені на території України, а також у разі заподіяння шкоди здоров'ю та життю пацієнта (відповідно до протоколів, затвердженими Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 566 від 23.11.2004 р.)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Див.: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.11.2004 р. № 566 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20041123\\_566.html](https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041123_566.html)

Договором про надання стоматологічних послуг доцільно передбачати підстави звільнення послугонадавача від відповідальності за шкоду, заподіяну здоров'ю пацієнту.

Договором може бути передбачено, що послугонадавач не несе відповідальності за шкоду, заподіяну здоров'ю пацієнта в результаті:

а) неявки чи несвоєчасної явки пацієнта на заплановані візити чи контрольні медичні огляди;

б) дострокове розірвання договору з ініціативи пацієнта;

в) неповідомлення або несвоєчасне повідомлення пацієнтом в анамнезі історії хвороби (анкеті) істотних відомостей про стан його здоров'я, у тому числі наявність алергічних чи інших специфічних реакцій на медичні препарати, індивідуальне їхнє несприйняття, атипову побудову органів чи їх систем, наявність захворювань, які становлять загрозу для оточуючих та медперсоналу;

г) недотримання пацієнтом приписів та рекомендацій лікаря та медперсоналу послугонадавача; д) інших порушень пацієнтом встановленого лікарем режиму.

Одна з підстав звільнення від цивільно-правової відповідальності, передбачених законом, є обставини непереборної сили.

Чинне законодавство розглядає непереборну силу як надзвичайну і невідворотну обставину, яка не залежить від жодної із сторін. Відповідно до ч.2 ст. 218 Господарського кодексу України обставини непереборної сили – це надзвичайні і невідворотні обставини за даних умов здійснення господарської діяльності.

Не вважаються такими обставинами, зокрема, порушення зобов'язань контрагентами правопорушника, відсутність на ринку потрібних для виконання зобов'язання товарів, відсутність у боржника необхідних засобів.

У договорі про надання стоматологічних послуг доцільно передбачати положення про те, що сторони не несуть відповідальності за невиконання або неналежне виконання умов цього договору в разі виникнення і безпосередньої дії на процес виконання обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин), настання яких сторони не могли і не повинні були передбачити, і які перешкоджають сторонам виконати свої обов'язки за цим договором.

До обставин непереборної сили сторони договору відносять: стихійні лиха – повені, землетруси, зсуви, урагани, бурі, циклони та інші природні й кліматичні явища; війну і воєнні дії, заколот, блокаду, епідемії, епізоотії, масові заворушення, страйки, безпорядки та інші протиправні дії; технологічні фактори (відсутність електроенергії, пошкодження апаратури, аварії, пожежі тощо); дії, бездіяльність або акти державних органів, виконавчих органів влади та місцевого самоврядування, спрямовані на припинення або призупинення виконання дій за цим договором, що перешкоджають виконанню договору, в тому числі зміни в нормативній та законодавчій базі, яка регулює правовідносини сторін цього договору.

Сторона, яка не може виконувати свої договірні відносини внаслідок обставин, зазначених у цьому договорі як обставини непереборної сили, повинна без зволікання повідомити про це іншу сторону письмово будь-якими засобами, але не пізніше як у визначений договором строк (наприклад, не пізніше за 10 календарних днів з дати їх виникнення), а також належним чи-

ном цей факт підтвердити. У цьому повідомленні має бути зазначений строк виконання обов'язків за договором.

Якщо форс-мажорні обставини тривають більше шести місяців, кожна зі сторін вправі розірвати договір. При цьому жодна із сторін не має права жадати від іншої сторони відшкодування можливих збитків.

Сторони договору зобов'язуються докласти максимум зусиль для подолання перешкод, що виникли внаслідок дії форс-мажорних обставин.

При наданні медичних послуг, особливо в стоматології, не рідко виникають ситуації, за яких проведено лікування пацієнта, дотримані всі стандарти, встановлено гарантійні строки на роботи, споживач залишає клініку повністю задоволений тим, що відновив своє здоров'я.

Однак через певний проміжок часу (наприклад, через півроку) у споживача виявляється серйозна стадія діабету, остеопорозу (вимивання кальцію з кісток), у жінок встановлюється багатоплідна вагітність, тобто виникають комплексні фізіологічні зміни в організмі людини, які прямо і безпосередньо впливають на отриманий у процесі лікування результат. Так, багатоплідна вагітність призводить до того, що різко знижується зміст кальцію в кістковій тканині і зубах, у санованій порожнині рота починаються процеси, які призводять до швидкого руйнування пролікованих зубів, послаблення десен тощо.

Наскільки правомірна вимога такого споживача, який приходить до виконавця і вимагає розпочати перелікування все по гарантії згідно Закону, тобто безоплатно?

Про ці зміни, стани, захворювання споживач-пацієнт не повідомляє і часто навіть не знає про них у момент отримання послуг. Всі ці стани прямо і безпосередньо негативно впливають на стан зубів і десен пацієнта за відсутності будь-якої вини з боку виконавця і споживача, вони часто не можуть бути відвернені.

За змістом ч. 1 ст. 617 ЦК, ч. 2 ст. 218 ГК подібні захворювання, фізіологічні стани, які настали за відсутності вини виконавця (закладу охорони здоров'я) – це форс-мажорні обставини (дія непереборної сили), за які жодна із сторін не відповідає.

В літературі подібні ситуації розглядаються як обставини непереборної сили при наданні медичних послуг, зумовлені специфікою об'єкта впливу. Очевидно, для того щоб уникнути пов'язаних із цим юридичних ризиків у подальшому, виконавець і споживач повинні закріпити в договорі, що саме вони розуміють під обставинами непереборної сили для цілей ЦК України (ч. 1 ст. 617, ч. 1 ст. 906) і ГК України (ч. 2 ст. 218).

Рекомендується таке формулювання умови договору про звільнення виконавця від відповідальності за роботу (послугу), на яку встановлено гарантійний строк: «Щодо роботи (послуги)», на яку встановлено гарантійний строк, виконавець відповідає за її недоліки, якщо не доведе, що вони виникли після прийняття роботи (послуги) споживачем внаслідок порушення ним правил використання результату роботи (послуги), дій третіх осіб або непереборної сили».

До принципів визначення непереборної сили відносять об'єктивний та абсолютний характер обставин: дія факторів, які стали перешкодою для виконання зобов'язань, повинна бути об'єктивною та абсолютною. Будь-яке

комплексне захворювання – це збіг багатьох факторів та обставин життя людини, який ми неспроможні передбачити і не завжди можемо попередити.

З огляду на це, рекомендується до зазначеної вище фрази договору додати: «До принципів визначення непереборної сили відносять об'єктивний та абсолютний характер обставин: дія факторів, які стали перешкодою для виконання зобов'язань, повинна бути об'єктивною та абсолютною. Будь-яке комплексне захворювання – це збіг багатьох факторів та обставин життя людини, який жодна із сторін договору неспроможна передбачити і не може попередити. Сторони вважають зазначені обставини форс-мажорними відповідно до ч.1 ст. 617, ч.1 ст. 906 ЦК України».

**Пашков В.М.,**

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

### **ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ САМОРЕГУЛЮЮЧИХ ОРГАНІЗАЦІЙ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ**

За умов політичної нестабільності державне регулювання поступово повинно замінюватися, у межах законодавства, саморегулюванням або професійним самоврядуванням під наглядом спеціально уповноважених органів державної влади. Основними контрагентами держави з представництва організованих професійних інтересів в окремих галузях національної економіки повинні стати незалежні професійні інститути громадянського суспільства, вільні як від політичної, так і від економічної конкуренції. Йдеться про саморегулюючі організації та/або професійні самоврядні організації, об'єднання професіоналів, спільний інтерес яких не пов'язаний ані з отриманням прибутку, ані з завоюванням влади, а спрямований на спільне вирішення галузевих і професійних проблем. А в контексті сфери охорони здоров'я це захист не лише професійних інтересів медичних і професійних працівників, а й прав пацієнтів шляхом встановлення правил професійної поведінки та контролю за їх дотриманням.

Необхідно відмітити, що нами, з метою розподілу змісту розуміння поняття «саморегульована організація» та «самоврядна організація» підготовлено ознаки цих понять.

Так, під поняттям «саморегульована організація» нами розуміється перш за все, добровільне об'єднання професійних учасників, що зареєстровані як суб'єкти господарювання або відносяться до так званих «самозайнятих осіб», в розумінні ст. 14 ПК України.

Але практика застосування господарського законодавства в контексті організаційно-господарських повноважень свідчить про відсутність достатньої якості цих повноважень. І це не дивно, адже на сьогодні, зокрема у сфері охорони здоров'я, залишаються не вирішеними ряд питань, в тому числі як самоврядних так й і делегованих державою різним недержавним організаціям. При цьому, надаючи приватним інтересам щодо охорони здоров'я громадян загальносоціальної спрямованості, публічне право формує в суспільстві своєрідний простір, у межах якого створюються умови дії галузей приватного права. Елементи публічної складової знаходять своє вираження у загальних правилах, заборонах, гарантіях прав. Публічне право формує

і закріплює загальні принципи правотворчості й правозастосування, встановлює загальні правозахисні процедури, зміст яких в остаточному варіанті відповідає приватним інтересам, оформленим у нормах приватного права. Проте й норми приватного права не мають ставати на заваді державі в установленні та захисті публічного правопорядку, в тому числі господарського. Організаційно-правовою формою забезпечення охорони здоров'я можна вважати діяльність держави в особі її органів та територіальної громади в особі органів місцевого самоврядування, спрямовану на забезпечення публічних інтересів шляхом використання переважно господарсько-правових засобів впливу на відносини та поведінку господарюючих і негосподарюючих суб'єктів. Правову основу організаційно-господарських повноважень сфери охорони здоров'я становлять функції управління, що здійснюється прямими та непрямими засобами, контролю та застосування адміністративно-господарських санкцій.

Сьогодні саморегулюючі організації діють у різних сферах економіки та суспільного життя у всіх країнах ЄС. Хоча критерії ідентифікації правового режиму саморегулювання у країнах-членах ЄС відрізняються, усім їм доводиться вирішувати однакові проблеми, наприклад, пов'язані з питаннями приватної та публічної відповідальності саморегулюючих організацій. Однак це не стає перешкодою на шляху успішного розвитку інституту галузевого саморегулювання в економіці.

Унікальність саморегулюючих організацій полягає в тому, що, з одного боку, подібні організації фактично перебирають на себе функції державного регулювання, аз іншого – їх діяльність не суперечить нормативам, запроваджені державою. На сучасному етапі розвитку економіки саморегулювання є найбільш досконалою моделлю взаємин між виробниками товарів і послуг та їх споживачами, саморегулюючі організації захищають інтереси своїх учасників як на ринку, так і перед державою. Крім того, останнім часом правознавці все частіше звертають увагу на факти впровадження так званої стратегії саморегулювання, яка передбачає наявність делегованих державою повноважень, що дозволяють певним фізичним чи юридичним особам встановлювати норми професійної поведінки для своїх працівників. Зазначена система може мати як приватну, так і державну форму, тобто з або без зобов'язань перед державою.

Основними принципами саморегулювання, згідно зі світовою практикою та вимогами Світової організації торгівлі, є такі: 1) незалежність саморегулюючих організацій від державних структур, наявність власних органів та механізмів контролю; 2) прозорість процесів саморегулювання, орієнтація на споживача, соціальна орієнтація; 3) незалежне і стабільне фінансове забезпечення процесів саморегулювання, у тому числі з урахуванням новітніх інвестиційних стандартів; 4) підвищення рівня компетентності при акредитації та сертифікації організацій, атестації та сертифікації персоналу; 5) солідарна відповідальність (насамперед фінансова) членів саморегулюючих організацій перед споживачами послуг; 6) корпоративне страхування та компенсаційні фонди; 7) гармонізація стандартів і правил провадження підприємницької діяльності, в тому числі в галузі технічного регулювання, з міжнародними стандартами; 8) наявність систем регулювання підприємницьких і професійних ризиків; 9) забезпечення інформаційної відкритості

саморегулюючих організацій, доведення до споживачів відомостей про запроваджені стандарти і правила, що діють, механізми відповідальності членів саморегулюючих організацій; 10) наявність механізмів захисту членів саморегулюючих організацій, у тому числі в міжнародних судах; 11) забезпечення умов для вільної конкуренції на ринку; 12) дотримання інтересів не тільки членів саморегулюючих організацій, а й споживачів, створення механізмів захисту від можливих картельних угод.

Можливість, а в окремих випадках – необхідність створення саморегулюючих організацій передбачена в законах України: «Про цінні папери та фондовий ринок», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про державне регулювання ринку цінних паперів в Україні», «Про інститути спільного інвестування (пайові та корпоративні інвестиційні фонди)», «Про кредитні спілки», «Про недержавне пенсійне забезпечення» та ін.

Однак науковці звертають увагу на необхідність розмежування діяльності саморегулюючих організацій і професійних самоврядних організацій, оскільки саморегулюючі організації створюються суб'єктами господарювання, а професійні самоврядні організації – професіоналами, що не зареєстровані як суб'єкти господарської діяльності. В ідеальному випадку це повинні бути особи, які отримують спеціальні дозволи на професійну діяльність і беруть на себе індивідуальну відповідальність за неї.

В Україні також чинні спеціальні закони, які регулюють функціонування окремих професій, наприклад, закони України «Про нотаріат», «Про адвокатуру та адвокатську діяльність», «Про аудиторську діяльність», «Про сільськогосподарську дорадчу діяльність», «Про оцінку майна, майнових прав та професійну оціночну діяльність в Україні». Проте ні в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ні в Законі України «Про лікарські засоби» про можливість створення професійних організацій навіть не згадується.

Однак, не заперечуючи необхідності існування саморегулюючих організацій і професійних самоврядних організацій, доречно наголосити, що вони не органи державної влади, тому функції постійного контролю за дотриманням членами цих організацій правил, стандартів, вимог; накладання санкцій і застосування заходів впливу на їх членів, які порушують чинне законодавство; сприяння органам державного регулювання у контролі за ринком медичних послуг і фармацевтичного обслуговування повинні виконувати відповідні центральні органи виконавчої влади. Професійні самоврядні організації покликані стати захисниками інтересів своїх членів, а тому не можуть входити до структури органів державної влади.

**Радиш Я.Ф.,**  
д.держ.упр., проф. Національної академії  
державного управління  
при Президентові України,  
доктор наук з державного управління,  
**Соколова О.М.,**  
здобувач Національної академії  
державного управління  
при Президентові України

## МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ: СТАН, ОСНОВНІ ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ

*Si vis pacem – para bellum, лат (Хочеш миру – готуйся до війни)*

Аналіз медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України в зоні антитерористичної операції (АТО), який здійснюється за участю представників відповідних міністерств і відомств, громадських і волонтерських організацій, дав можливість зробити висновок, що проблеми лікування, евакуаційного забезпечення, підготовки кадрів, постачання відповідного майна та обладнання, а також наукового супроводу медичної допомоги здебільшого виникає у загально-організаційній і нормативно-правовій площинах. Такою самою є природа труднощів розуміння особливостей бойової патології із забезпеченням наступності надання медичної допомоги в межах медичної евакуації, оперативного виявлення вузьких ланок в системі медичного забезпечення та вжиття адекватних коригуючих заходів. (Схема організації медичного забезпечення в зоні АТО представлена на рис. 1). Тому виникла нагальна потреба в додаткових організаційних заходах щодо співпраці військово-медичних вузів між собою і з цивільними закладами та установами охорони здоров'я і Національної академії медичних наук.



Рис. 1. Схема організації медичного забезпечення в зоні АТО



У засобах масової інформації останнім часом активно обговорюється недосконалість українського законодавства в галузі охорони здоров'я військовослужбовців. Дієвість і вади будь-яких законів виявляються лише в практичному застосуванні, тому й не дивно, що воєнні події в Україні ставлять на порядок денний щораз нові законодавчі виклики та проблеми.

Воєнні дії на сході України значною мірою посилюють необхідність обговорення системи медичного забезпечення відомчих структур Воєнної організації України<sup>2</sup> в єдиному медичному просторі держави та свідчать про необхідність вироблення власної позиції щодо адаптації міжнародного досвіду цивільно-військових відносин, демократизації та професіоналізації армії.

На глибоке переконання авторів, основне призначення доктрини – служити підґрунтям для оптимізації структурних та кількісних потужностей у системі медичного забезпечення конгруентно з проголошеними воєнними загрозами та характером можливих конфліктів; поточними і перспективними завданнями щодо сценаріїв застосування збройних сил, а також політичними, соціально-економічними, демографічними, військово-технічними умовами і можливостями України.

Затвердження Воєнно-медичної доктрини України<sup>3</sup> – як інструменту державного управління формуванням системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час, що має стати основою для розробки всіх інших нормативно-правових актів щодо медичного забезпечення військ та цивільного населення в умовах бойових дій, як Конституція України є основою для законотворчого процесу в державі. Вона призвана бути “дорожньою картою” для розбудови організаційних основ системи військової охорони здоров'я. При збереженні організаційної самостійності медичних служб ЗС України та інших військових формувань, цивільних закладів охорони здоров'я Доктрина має ліквідувати відомчі розбіжності між ними та забезпечити єдині підходи до організації медичного забезпечення і надання вичерпної медичної допомоги пораненим військовослужбовцям та цивільному населенню в умовах бойових дій і надзвичайних ситуацій.

На сьогоднішній день місце і роль Воєнно-медичної доктрини (ВМД) України визначене Системою оперативних стандартів ЗС України, що затверджена наказом начальника ГШ ЗС України [4]. Цим документом передбачено опрацювання та упорядкування керівних документів, що застосовуються у сфері діяльності ЗС України у мирний час і в особливий період, за напрямками діяльності з питань управління, підготовки, застосування та забезпечення Зс України, а за рівнями застосування – стратегічного, оперативного та тактичного. Воєнно-медичною доктриною визначатиметься, що

<sup>2</sup> **Воєнна організація держави** – сукупність органів державної влади, військових формувань, утворених відповідно до законів України, діяльність яких перебуває під демократичним цивільним контролем з боку суспільства і безпосередньо спрямована на захист національних інтересів України від зовнішніх та внутрішніх загроз; правоохоронні органи – органи державної влади, на які Конституцією і законами України покладено здійснення правоохоронних функцій [2].

<sup>3</sup> **Воєнно-медична доктрина України** – це сукупність поглядів, науково обґрунтованих принципів, єдиних організаційних вимог щодо медичного забезпечення ЗС України, інших військових формувань і цивільного населення у воєнний час та під час надзвичайних ситуацій [1, с.160.].

для потреб медичних служб і цивільної охорони здоров'я державою забезпечується виробництво та постачання за замовленнями військових формувань необхідного переліку та якості вітчизняного медичного обладнання, майна і техніки, лікарських та профілактичних засобів, створення і утримання стратегічного запасу відповідно до затвердженої номенклатури. ВМД України повинна стати підставою для розробки Державної цільової програми розбудови військової охорони здоров'я України та основою формування єдиного медичного простору у воєнний час [1, с.159 – 160.].

Робочою групою Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, яка наприкінці серпня 2014 року вивчала стан медичного забезпечення в зоні АТО [8], зроблено висновок, що існуюча система охорони здоров'я, як цивільного населення, так і військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань, попри її недосконалість, діє та в основному забезпечує виконання покладених на неї завдань. Водночас підтверджено наявність ряду серйозних проблем у медичному забезпеченні військ і відсутність ефективної взаємодії між їхніми медичними службами та цивільними закладами охорони здоров'я, що негативно відображається на стані медичного забезпечення в цілому, своєчасності та якості надання медичної допомоги пораненим та їх лікування, а на сьогодні найважливіші з них такі:

1. Військовослужбовці ЗС України та інших військових формувань не забезпечені уніфікованими індивідуальними засобами медичного захисту та не мають навичок їх застосування.

2. У медичних службах відсутні сучасні засоби розшуку поранених в осередках санітарних втрат, індивідуальні носії медичної інформації, інформаційні системи підтримки процесу управління медичним забезпеченням, засоби цифрового зв'язку тощо.

3. У ЗС України та інших військових формуваннях відсутній броньований санітарний транспорт для вивезення поранених з поля бою (осередків санітарних втрат) і санітарний транспорт для медичної та аеромедичної евакуації.

4. Наявне комплектно-табельне оснащення медичних служб морально і фізично застаріло та не відповідає вимогам сучасності, відсутні мобільні модулі для розгортання етапів медичної евакуації тощо.

5. Медичні підрозділи військових частин і з'єднань (медичні пункти, медичні роти), військові мобільні госпіталі (ВМГ), що використовуються для надання медичної допомоги в районах бойових дій, не забезпечені сучасними засобами життєдіяльності в польових умовах, які б гарантували їх автономність, мобільність, спроможність розгортання та згортання у найкоротші терміни, стабільне електроживлення, водо- та теплопостачання.

6. Існуючим комплектом сил та засобів медичних служб ЗС України та інших військових формувань, навіть за умов їх підсилення, доукомплектування і використання мобілізаційного ресурсу, активного маневру силами та засобами, неможливо повністю забезпечити потреби військ (сил) у медичному забезпеченні, що обумовлює необхідність залучення потенціалу цивільної системи охорони здоров'я та формування єдиного медичного простору.

7. Під час надання медичної допомоги пораненим у цивільних лікувальних закладах виявилася проблема необізнаності медичного персоналу з особливостями перебігу бойової патології, зумовленої вогнепальними та

мінно-вибуховими пораненнями, що не дозволяло цивільним лікарям (хірургам) застосувати правильну тактику лікування на початкових етапах лікування, а у подальшому призводило до ускладнень, необхідності повторних хірургічних втручань та збільшення тривалості лікування і реабілітації поранених.

8. Практично відсутня єдина система управління та координації дій медичних служб ЗС України, інших військових формувань та системи цивільної охорони здоров'я України.

Збройний конфлікт, в який сьогодні втягнута Україна, серед багатьох неочікуваних у мирний час серйозних викликів, яким покликана протистояти медична галузь, особливо гостро поставив питання про нагальну доцільність глибокого дослідження проблеми міжнародного гуманітарного права (далі – МГП) – як інструменту регулювання діяльності медичного персоналу під час воєнних дій та проблеми вироблення ефективних шляхів реабілітації поранених, які отримали ушкодження в умовах АТО.

Автори поділяють думку Р. Майданика про те, що право покликано регулювати суспільні відносини, в тому числі в сфері охорони здоров'я, з урахуванням стандартів прав людини, що слугують керівними принципами та нормами фундаментального характеру, ґрунтуються на притаманній людській особистості гідності та цінності, є достатньо чіткими регламентаційними або формально-обов'язковими настановами, що фіксують мінімально необхідний або бажаний зміст прав і обсяг прав людини, зумовлені досягнутим рівнем соціального розвитку, забезпечені позитивними обов'язками держави щодо їх охорони [3].

Як відомо, з 6 грудня 1991 р. розпочався період становлення і розвитку МГП у ЗС незалежної України. Час, що минув від його початку, можна поділити на два етапи [ 5, 7]:

– *перший етап* – етап чинності на теренах України радянського розпорядчого акта щодо застосування норм МГП (6 грудня 1991 р. – ухвалення Верховною Радою України Закону “Про Збройні Сили України” – 10 вересня 2004 р. – чинність у ЗС України наказу Міністра оборони СРСР від 16.02.1990 р. № 75);

– *другий етап* – з 11 вересня 2004 р. триває процес становлення і розвитку МГП в Україні.

Особливостями національного періоду становлення і розвитку МГП в Україні є:

а) відсутність із 6 грудня 1991 р. до 10 вересня 2004 р. власного Керівництва зі застосування норм МГП у ЗС України, через що у ЗС України тимчасово застосовувався наказ міністра оборони СРСР від 16 лютого 1990 р. № 75;

б) успішна діяльність упродовж окресленого періоду військово-медичних служб різних країн світу, у тому числі медичної служби ЗС України, у правовому полі МГП під час медичного забезпечення міжнародних миротворчих операцій;

в) введення наказом міністра оборони України від 11 вересня 2004 р. № 400 в дію Керівництва зі застосування норм МГП в ЗС України.

Ефективність дотримання норм і принципів МГП, що має важливе значення при вирішенні євроатлантичної інтеграції, залежить від того, наскільки

ки ці питання забезпечені механізмами правового регулювання. Серед яких важливе місце належить питанням юридичної відповідальності. Особлива роль відповідальності як у міжнародному, так і національному праві зумовлена, передусім, активною участю таких міжнародних інституцій, як ООН, відповідних її регіональних організацій, НАТО, ЄС, ОБСЄ, а також окремих держав у вирішенні актуальних питань міжнародної безпеки, боротьби з міжнародними злочинами, у тому числі серйозними порушеннями МГП.

Події останніх місяців ще більшою мірою оголили численні проблеми в Україні, в т. ч. у сфері охорони здоров'я, які потребують невідкладного реагування, насамперед нормативного, адже без належної нормативно-правової бази забезпечити права людини у сфері охорони здоров'я дуже складно.

Автори поділяють думку відомого українського фахівця в галузі медичного права І.Я. Сенюти, яка стверджує, що найближчим часом пріоритетним напрямками виваженої нормотворчої роботи в нашій країні повинні бути такі [9]:

- 1) поетапне втілення концепції медичного нейтралітету крізь призму закріплення гарантій діяльності медичних працівників при виконанні професійних функцій;

- 2) перегляд спільного наказу МВС України та МОЗ України від 10.05.1993 р. № 307/105 "Про порядок обліку випадків звернення до закладів охорони здоров'я і міськрайлінорганів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру", який є контраверсійним. Цей підзаконний акт повинен бути доопрацьований обидвома відомствами, аби максимально закріпити гарантії для захисту прав людини.

#### **Література:**

1. *Жаховський В.О., Лівінський Г.В.* Воєнно-медична доктрина України як інструмент державного управління у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час // Інвестиції: практика та досвід, 2015. – № 1. – С. 157 – 162.

2. Закон України "Про основи національної безпеки України" // Уряд. Кур'єр. – 2003. – 30 лип. – С. 1 – 5.

3. *Майданик Р.* Єдиний медичний простір України як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України // Медичне право, 2013. – № 1 (11). – С. 33 – 42.

4. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 22.10.2012 року № 220 "Про затвердження Системи оперативних стандартів Збройних Сил України (Система документів з питань управління, застосування, підготовки та забезпечення)"

5. Наказ Міністра оборони України № 400 від 11.09.2004 р. "Про затвердження Керівництва по застосуванню норм міжнародного гуманітарного права в Збройних Силах України". – К., Вид-во "Азимут-Україна", – 2004. – 144 с.

6. Наказ Міністра оборони України № 114 від 05.03.2012 р. "Про зміни до Керівництва по застосуванню норм міжнародного гуманітарного права в Збройних Силах України".

7. *Радии Я.* Міжнародне гуманітарне право – важлива складова правового регулювання участі медичного персоналу в міжнародній миротворчій діяльності // Медичне право, 2013. – № 1 (11). – С. 54 – 66.

8. Рішення Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я від 4.09.2014 року № 04-26/4-38 “Про вжиття невідкладних заходів для поліпшення стану організації медичного забезпечення населення та учасників антитерористичної операції”.

9. *Сенюта И.Я.* Гуманитарный долг как профессиональная миссия и призвание медицинского работника: этико-правовые аспекты / Право и этика биомедицинской деятельности в России и за рубежом : сб. науч. ст. / под ред. д-ра юрид. наук, проф. Романовского Г.Б., канд. юрид. наук, доц. И.Я. Сенюты. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2014. – С. 30 – 46.

**Радіонова В.О.,**

*к.фарм.н., доц. кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної та клінічної фармації*

*Харківської медичної академії післядипломної освіти*

**Шаповалов В.В.,**

*д.фарм.н., проф., начальник відділу фармації*

*Департаменту охорони здоров'я*

*Харківської обласної державної адміністрації.*

**Шаповалова В.О.,**

*д.фарм.н., проф., завідувач кафедри медичного та фармацевтичного права,*

*загальної і клінічної фармації*

*Харківської медичної академії післядипломної освіти*

**Москаленко Д.В.,**

*старший лаборант кафедри медичного*

*та фармацевтичного права, загальної*

*та клінічної фармації*

*Харківської медичної академії післядипломної освіти*

## **НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ**

Сучасний фармацевтичний ринок України представлений широким асортиментом безрецептурних лікарських засобів (БЛЗ), відпуск яких призводить до неконтрольованого споживання населенням різних вікових груп. Крім того, актуальність неконтрольованого споживання БЛЗ пояснюється пропагуванням «відповідального» самолікування шляхом широкої реклами БЛЗ та активної маркетингової політики фармацевтичних компаній [1-6].

Метою роботи стало вивчення нормативно-правового апарату з регулювання обігу БЛЗ в Україні на засадах фармацевтичного права.

Одним з завдань держави є забезпечення організаційно-правового регулювання та здійснення контролю на всіх етапах обігу лікарських засобів (ЛЗ), зокрема тих, що відпускаються з аптек без рецепта лікаря. Під обігом БЛЗ слід розуміти вид діяльності, який формує цілісність сфер відтворення: безпосереднього виробництва, обміну, розподілу і споживання, тобто діяльність, пов'язану зі створенням, виробництвом (виготовленням), зберіганням,

перевезенням, ввезенням в Україну та вивезенням з України, реалізацією, застосуванням, утилізацією або знищенням БЛЗ [7, 8].

Нормативно-правове регулювання обігу БЛЗ в Україні здійснюється на підставі ряду законодавчих актів. Зокрема основним нормативно-правовим документом в фармацевтичній галузі є Закон України «Про лікарські засоби», що регулює правовідносини, пов'язані із створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією ЛЗ, визначає права та обов'язки підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів виконавчої влади і посадових осіб [9].

Згідно наказу МОЗ України №185 від 17.05.2001 р. «Про затвердження критеріїв визначення категорії відпуску лікарських засобів» ЛЗ відносяться до категорії безрецептурних, коли: – ЛЗ чи інгредієнти, що входять до його складу, не повинні чинити прямої або непрямої загрози для здоров'я пацієнта (ступінь безпеки ЛЗ); – ЛЗ використовуються переважно в амбулаторних умовах; – ЛЗ не містять інгредієнтів, активність (побічна дія) яких потребує додаткових досліджень [10].

Порядок відпуску БЛЗ з аптек та їх структурних підрозділів затверджений наказом МОЗ України від 19.07.2005 р. № 360 "Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробів медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень". А перелік БЛЗ, що налічує 3172 торгові назви, затверджено наказом МОЗ України № 283 від 18.05.2015 р. «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів». Тому при наданні фармацевтичної допомоги відвідувачам аптечних закладів, зокрема під час відпуску БЛЗ для симптоматичного лікування різних розладів здоров'я, провізори і фармацевти повинні користуватися наказом МОЗ України від 11.10.2013 р. № 875 «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта)», де викладені основні принципи здійснення фармацевтичної опіки [10].

Особливої уваги заслуговує наказ МОЗ України від 14.05.2003 р. № 210 «Про затвердження критеріїв віднесення лікарських засобів, що містять малу кількість наркотичних засобів або психотропних речовин і прекурсорів, до категорії лікарських засобів, які відпускаються без рецептів», оскільки містить положення про критерії віднесення до безрецептурних ЛЗ, що містять малу кількість наркотичних засобів або психотропних речовин [10].

Порядок обігу БЛЗ регулюється спеціальними законами та нормативними актами, якщо вони розроблені з дотриманням вимог Державної фармакопеї України та нормативно-технічної документації підприємством, яке має дозвіл (ліцензію – документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на провадження зазначеного в ньому виду господарської діяльності протягом визначеного строку у разі його встановлення Кабінетом Міністрів України за умови виконання цих Ліцензійних умов), та входять до державного реєстру або ввезені через митну територію України та легалізовані в Україні шляхом внесення до державного реєстру України. Процедура ліцензування БЛЗ регламентується наказом МОЗ України від 31.10.2011 р. №723 «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» [10].

Далі на підставі вивчення вище наведених нормативно-правових документів становило інтерес провести порівняльний аналіз термінологічного апарату з позиції медичного та фармацевтичного права (табл.).

Таблиця

**Порівняльна характеристика фармацевтичних і медичних понять**

№ з/п	Фармацевтична діяльність	Медична діяльність
1.	<p><i>Фармацевтична допомога</i> – комплекс організаційно-правових і спеціальних (медико-фармацевтичних), соціально-економічних заходів, спрямованих на збереження здоров'я людей, профілактику захворювань, забезпечення ефективної фармакотерапії з метою усунення фізичних і, як наслідок, моральних страждань людей незалежно від їх соціального й матеріального статусу в суспільстві, расової та національної приналежності, віросповідання, громадянства, віку, статевої приналежності, сексуальної орієнтації [9, 11]</p>	<p><i>Медична допомога</i> – 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 [9]</p>
2.	<p><i>Фармацевтичне обслуговування</i> – усі види послуг, що надаються з боку провізорів (фармацевтів) в рамках надання фармацевтичної допомоги. Разом з відпуском лікарських препаратів включає також інформування, просвіту й пропаганду щодо сприяння суспільній охороні здоров'я, надання інформації стосовно ЛЗ та консультування, здійснення регуляторної діяльності, професійну освіту та підготовку кадрів [9,11]</p>	<p><i>Медичне обслуговування</i> – діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою [9]</p>
3.	<p><i>Фармацевтична практика</i> – включає порядок відпуску ЛЗ, забезпечення обігу ЛЗ, фармацевтичне обслуговування та фармацевтичну допомогу й охоплює всі види діяльності та послуг, що здійснюються провізором (фармацевтом) у системі охорони здоров'я, зокрема у межах аптечних закладів та персональної діяльності фармацевта (провізора) і здійснюється у напрямках: – забезпечення належної терапії та її результатів; – відпуску ЛЗ та медичних виробів; – санітарно-просвітницької діяльності та профілактики захворювань, зокрема питання самолікування; – управління системи охорони здоров'я [9,11]</p>	<p><i>Медична практика</i> – це діяльність, пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту [9]</p>

Як видно з табл., лише у визначенні «медичне обслуговування» згадується про наявність відповідної ліцензії, що є важливим аспектом при здійсненні медичної або фармацевтичної діяльності.

Таким чином, на основі вивчення нормативно-правової бази щодо регулювання обігу БЛЗ, ми з'ясували прогалини в термінологічному апараті та визначили перспективи щодо внесення в нього деяких змін, зокрема процесу ліцензування, з метою його удосконалення.

#### **Література:**

1. Петренко В. О. Судова фармація: вивчення особливостей зловживання психоактивними речовинами різних класифікаційно-правових груп серед жінок / В. О. Петренко, В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 4. – С. 98–100.

2. Сравнительный анализ организации фармацевтической помощи в России, Украине и Белоруссии в обеспечении льготных категорий населения / В.В. Шаповалов (мл.), В.В. Шаповалов, В.А. Шаповалова, О.В. Рогожникова // Научные ведомости Белгородского государственного университета (Медицина. Фармация). – 2015. – №10 (207), вып. 30. – С. 226–238.

3. Судебно-фармацевтическая характеристика правонарушений в сфере оборота средств и веществ различных классификационно-правовых групп / В.В. Шаповалов (мл.), В.В. Шаповалов, С.И. Зброжек, В.А. Шаповалова, Л.А. Комар // Фармация Казахстана. – 2015. – №3 (166). – С. 46–50.

4. Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря / В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, М.М. Халін та ін. – Х.: Скорпіон, 2010. – 1200 с.

5. Шаповалов В. В. Міжнародна співпраця України з протидії організованій наркозлочинності, наркотрафіку і контрабанді наркотичних засобів на засадах судової фармації та криміналістики [Електронний ресурс] / В. В. Шаповалов // Теорія і практика правознавства. – 2014. – Вип. 1(5). – ISSN 2225-6555. – С. 1–26. – Режим доступу: [http://nauka.jur-academy.kharkov.ua/download/el\\_zbirmik/1.2014/11.5.pdf](http://nauka.jur-academy.kharkov.ua/download/el_zbirmik/1.2014/11.5.pdf).

6. Шаповалов В. В. Судебная фармация как инструмент таможенных служб Украины, России и Таджикистана в противодействии незаконному обороту наркотических средств на основе инноваций в криминалистике / В. В. Шаповалов // Научные ведомости Белгородского государственного университета (Философия. Социология. Право). – 2015. – № 2 (199), вып. 31. – С. 138–153.

7. Фармацевтична енциклопедія [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/3096/obig-likarskix-preparativ>.

8. Шаповалов В. В. Введение в медицинское, фармацевтическое право и судебную фармацию / В. В. Шаповалов, В. В. Шаповалов (мл.), В. А. Шаповалова // Право и этика биомедицинской деятельности в России и за рубежом : сб. науч. ст. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2014. – ISBN 978-5-94170-857-4. – С. 186–194.

9. Законодавство України // Верховна Рада України: офіційний веб-портал [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>.



10. Нормативно-директивні документи МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/liki.php/>.

11. Методичні рекомендації з розробки на засадах доказової медицини, впровадження та моніторингу застосування протоколів провізора (фармацевта) / І.А.Зупанець, Т.В.Талаєва, О.М.Ліщишина та ін.–К., 2015.–20с.

**Рогожнікова О.В.,**

*старший викладач кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти*

**Шаповалов В.В. (мол.),**

*к.фарм.н., доктор філософії, доц. кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти*

**Шаповалов В.В.,**

*д.фарм.н., проф., начальник відділу фармації Департаменту охорони здоров'я*

*Харківської обласної державної адміністрації.*

**Шаповалова В.О.,**

*д.фарм.н., проф., завідувач кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти*

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАСАД У СФЕРІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ПІЛЬГОВИМИ РЕЦЕПТАМИ НА ОСНОВІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА**

Кожен громадянин України має невід'ємне та непорушне право на охорону здоров'я. Соціально-економічною політикою кожної держави є надання медичної та фармацевтичної допомоги усім верстам населення. Законодавчими актами України закріплено надання пільгового лікарського забезпечення окремим категоріям населення. Для соціального захисту населення та додержання прав людини у сфері охорони здоров'я в Україні сформовано законодавчу базу, яка включає Конституцію України (а саме ст. 49), Цивільний Кодекс України (закріплено безоплатність фармацевтичного обслуговування та, зокрема, медична допомога, тобто передбачається обов'язкове відшкодування витрат), Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (регламентовано порядок забезпечення населення лікарськими засобами, імунобіологічними препаратами та протезною допомогою, у тому числі безоплатно та на пільгових умовах) та інших законодавчих актах [1, 2, 3, 4].

В Україні система охорони здоров'я була сформована ще за радянських часів та до теперішнього часу майже не зазнала змін. Проводячи системно-аналітичний та порівняльний аналіз моделей охорони здоров'я різних країн світу можна зробити висновок, що модель охорони здоров'я в Україні соціально та економічно не вигідна, тому що вона є чи не єдиною європейською країною в якій застосовують неефективні методи компенсації витрат

на лікарські засоби. Це призводить до того, що держава перестає виступати гарантом якісної, ефективної та доступної медичної та фармацевтичної допомоги. Повільні темпи реформування системи охорони здоров'я в Україні, зумовлені відсутністю стандартизації та прозорості у сфері призначення та споживання лікарських засобів [5].

На даний час в Україні у системі охорони здоров'я впроваджена система відшкодування витрат, яка регулюється постановами Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впровадження безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», від 05.09.1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету», наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення, порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» та роз'яснення Державного казначейства України від 25.02.2008 р. № 3.4-04/654-3021, де вказано, що «...якщо відпуск медикаментів на безоплатній основі за пільговими рецептами проводиться госпрозрахунковими підприємствами – аптеками, відшкодування витрат цим закладам здійснюється на підставі поданого реєстру пільгових рецептів» [1, 6, 7, 8]. Проте, значних змін щодо удосконалення та створення більш ефективної системи відшкодування вартості лікарських засобів з боку держави не здійснено. Питання забезпечення населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення здебільшого розглядаються лише в контексті загальних реформ медичної галузі. І вже стало традицією основною причиною відмови у забезпеченні лікарськими засобами за пільговими рецептами лікарів називати недостатнє фінансування [9 – 13].

Для подальшого вдосконалення механізмів державного управління забезпеченням соціально вразливих верств населення України лікарськими засобами за пільговими рецептами лікарів необхідно провести ряд заходів на регіональному та державному рівні:

- провести «інвентаризацію» пільгових категорій громадян, а саме внести зміни до постановами Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303 «Про впровадження безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» та виключити з неї ті категорії громадян, які на цей час не є актуальними;

- створення реєстру пацієнтів та постійне його оновлення по захворюванням та категоріям надання пільг на отримання лікарських засобів за пільговими рецептами лікарів;

- планування кількості коштів на наступний рік за реєстрами пацієнтів;

- виділення коштів для кожної окремої пільгової категорії, а також для певного захворювання;

- приведення існуючої нормативно-правової документації України до вимог країн ЄС;

– підвищення інформованості лікарів різних спеціальностей і пацієнтів про можливість отримання лікарських засобів та виробів медичного призначення безкоштовно або на пільгових умовах за рецептами лікарів;

– можливість отримання додаткових джерел фінансування для фармакотерапії хворих на захворювання, які потребують вартісних лікарських засобів.

Також, необхідно проведення повної реорганізації системи пільгового забезпечення лікарськими засобами населення України та приведення її до стандартів і вимог європейського законодавства.

#### **Література:**

1. Лисак В.П., Пашков В.М. Правове регулювання відшкодування витрат при медикаментозному забезпеченні на регіональному рівні [Електронний ресурс] // Український медичний Часопис. – 2010. – № 4 (78). – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/4284/pravove-regulyuvannya-vidshkoduvannya-vitrat-pri-medikamentoznomu-zabezpechenni-na-regionalnomu-rivni>.

2. Конституція України // Фармацевтичне право і доказова фармація в системі правовідносин держава-закон-виробник-оптовик-менеджер-лікар-пацієнт-провізор-ліки-контролюючі та правоохоронні органи : матеріали наук.-практ. конф., 16 лист. 2007 р. / За ред. В.О. Шаповалової, В.П. Черних, В.В. Шаповалова та ін. – Х., 2007. – С. 214–274.

3. Цивільний Кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№ 40-44. – ст. 356.

4. Закон України «Основи законодавства України про охорони здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ (в редакції від 01.04.2014 р.) // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page>.

5. Шаповалов В. В. (мол.) Про підвищення рівня застосування норм медичного та фармацевтичного права в ланцюзі «лікар-пацієнт-провізор», як елемент захисту прав та безпеки пацієнтів [Електронний ресурс] / В. В. Шаповалов (мол.) // Время. – 31.07.2013. – № 103. – Режим доступу до документу: <http://timeua.info/310713/78055.html>.

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 р. № 1303 “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань” // Офіційний вісник України. – 1998. – № 33. – С. 61.

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 05.09.1996 р. № 1071 “Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету” в ост. ред. від 14.11.2013 р. № 972 // Офіційний вісник України. – 2013. – № 91. – С. 351.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т.17. – Вип. 2 (додаток). – С. 212–222.

9. Шаповалов В. В., Рогожникова О. В. Фармацевтическое право: роль научного информирования при отпуске лекарств льготным группам населения // Человек и лекарство : XVIII Рос. нац. конгр., 11-15 апр. 2013 г. : тезисы докл. – М., 2013. – С. 356.

10. Шаповалов В.В. (мл.) Сравнительный анализ организации фармацевтической помощи в России, Украины и Белоруссии в обеспечении льготных категорий населения / В.В. Шаповалов (мл.), В.В. Шаповалов, В.А. Шаповалова, О.В. Рогожникова // Научные ведомости БелГУ. – 2015. – №10 (207), вып. 30. – С. 236-238.

11. Шаповалов В.В. Судово-фармацевтичні аспекти особливостей обігу наркотичного засобу Трамадол на засадах фармацевтичного права та доказової фармації / В.В. Шаповалов, О.В. Рогожнікова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 115-120.

12. Шаповалов В. В. (мл.), Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., Рогожнікова О. В. Засади державної політики у судово-фармацевтичному вивченні проблеми пільгового забезпечення лікарськими засобами онкологічних хворих з коморбідною наркотичною залежністю на основі фармацевтичного права // Сборник научных трудов Sworld. – Иваново: Маркова АД, 2014. – ISSN 2224-0187. – Т. 30, вып. 3 (36). – С. 70–83.

13. Шаповалов В. В. (мл.), Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., Рогожнікова О. В. Судово-фармацевтичні ризики: неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником, що заважає забезпеченню лікарськими засобами пільгового контингенту на основі фармацевтичного права [Електронний ресурс] // Теорія і практика правознавства. – 2014. – № 2 (6). – Режим доступу: <http://nauka.jur-academi.kharkov.ua>.

**Стеценко С.Г.,**

*д.ю.н., проф., перший заступник начальника  
Інституту кримінально-виконавчої служби,  
член-кореспондент НАПрН України*

## **БЕЗОПЛАТНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: РУДИМЕНТ МИНУЛОГО**

### **ЧИ СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ?**

Ми живемо в дуже непростий час. У суспільному житті здійснюється суттєва переоцінка багатьох звичних понять, явищ, процесів. За таких умов, виходячи із свого функціонального призначення, не може не розвиватись і юридична наука, забезпечуючи правовий аналіз, прогнозування, пропонуючи шляхи врегулювання певних суспільних відносин та вектори державно-правового впливу на сфері суспільного життя. Одним із соціально чутливих напрямів публічної політики завжди був і залишається стан справ з організації охорони здоров'я. Своєю чергою, важливою складовою сприйняття ролі держави у медичній сфері є спроможність реально забезпечити права пацієнтів, якими стають громадяни при зверненні за медичною допомогою. І перш за все – права на безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, значного досягнення нашої держави за радянських часів.

У науковому та експертному середовищі активно лунають пропозиції щодо необхідності розгляду питання про внесення змін до статті 49 Осно-

вного закону країни, де вказано про безоплатність медичної допомоги. Актуальність аналізу доцільності (чи недоцільності) вказаного обумовлена низкою факторів, ключовими із яких можуть вважатись наступні:

1) системні проблеми в самій галузі охорони здоров'я, котра далеко не повною мірою виконує ті завдання, які перед нею ставляться суспільством та державою. Проявами цього є як часта зміна керівників профільного міністерства (з 1991 року по теперішній час змінилось 18 міністрів охорони здоров'я України), так і незадоволеність значної кількості населення України станом справ у вітчизняній медицині;

2) логічне сприйняття організації охорони здоров'я як складової реалізації соціальної функції держави. Відтак питання щодо можливої ревізії конституційних гарантій безоплатної медичної допомоги постає у якості чинника зміни (чи фактично відмови) низки важливих соціальних стандартів держави;

3) негативні фінансово-економічні показники 2014-2015 рр., які де-факто спричинили саму можливість постановки в Україні питання щодо модернізації Основного закону країни в контексті безоплатної медичної допомоги;

4) рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р. № 10-рп/2002 (справа про безоплатну медичну допомогу), де єдиний орган конституційної юстиції держави дав таке тлумачення статті 49 Конституції України, яке отримало неоднозначну реакцію як медичної спільноти, так і наукового середовища. Такого роду ситуацію, коли тлумачення сприяє не покращенню розуміння сутності тієї чи іншої норми права, а навпаки, викликає жваві дискусії, численні варіанти розуміння як самої початкової статті, так і її офіційного тлумачення, можна назвати феноменом «тлумачення на тлумачення».

Відповідаючи на запитання чи треба наразі вносити зміни до статті 49 Конституції України, автор схиляється до недоцільності такого кроку. Так, об'єктивно держава не у змозі повністю гарантувати безоплатну медичну допомогу. Проте, з метою пошуку виходу із проблемної ситуації, чи не приносимо ми у жертву Конституцію (скажімо, не сам закон, а його стабільність), коли мова може йти про використання інших нормативно-правових та організаційних кроків подолання кризових явищ? Авторська думка полягає у тому, що ми ще не вичерпали всіх позаконституційних можливостей подолання кризових явищ у соціально-економічному та політичному житті. Проводячи паралель із сферою практичної медицини, скажемо, що модернізація Основного закону держави – хірургічне втручання, в той час як інші, менш радикальні кроки, – терапевтичне. Початковим та пріоритетним, як видається, має стати друге. Не виключено, що воно залишиться і остаточним.

Нам видається, що таким виходом здатне стати законодавче запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Це і було б свого роду «терапевтичною альтернативою» внесенню змін до Конституції України. Адже відповідна частина Основного закону держави формулюється наступним чином: «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування». В контексті запровадження медичного страхування мова йде перш за все про державу. Автори Основного закону держави, як ви-

дається, говорячи про медичне страхування, мали на увазі саме обов'язкове страхування (під ним ми розуміємо вид державного соціального медичного страхування, яке охоплює все чи переважну більшість населення країни). Тут ми не можемо погодитись із точкою зору, яка висловлена у вищезазначеному рішенні КСУ 2002 року та зводиться до інтерпретації конституційного права на медичне страхування як права на добровільне медичне страхування.

У статті 49 Конституції України мова безсумнівно йде про обов'язкове медичне страхування. У розумінні *обов'язку держави* створити його і забезпечити обов'язковим медичним страхуванням кожного шляхом видачі відповідного полісу. Це і є основна ідея сприйняття права людини на обов'язкове медичне страхування. Іншими словами, реалізація права на медичне страхування – обов'язок держави, що базується на необхідності забезпечити відповідне право людини. Тобто держава має створити умови, за яких кожен громадянин буде в обов'язковому порядку застрахований на випадок виникнення необхідності звернення до лікаря. А звідси, – буде в обов'язковому порядку забезпечений безоплатною медичною допомогою.

Розуміння правової сутності конституційно визначеної безоплатної медичної допомоги через запровадження обов'язкового медичного страхування додатково пояснюється через природу самих соціальних прав. Забезпечення реалізації останніх обумовлює необхідність «позитивної» діяльності держави. Образно кажучи, із громадянськими та політичними правами державі простіше: робити нічого не треба (тому такі права і називаються негативними), водночас соціальні права потребують активної, цілеспрямованої, витратної для бюджету діяльності з боку держави. Право на медичне страхування – приклад соціального права, що додатково засвідчує методологічну доцільність сприйняття його в сучасній Україні як права на обов'язкове медичне страхування. Позитивна діяльність української держави з приводу реалізації на практиці соціального права на медичне страхування ніяк не може зводитись до простого визнання його добровільним страхуванням і, відповідно, переведення всіх питань його розвитку та функціонування у приватно-правову площину. При добровільному страхуванні держава присутня мінімально, при обов'язковому – вона домінує, для певних категорій громадян виступає страхувальником, затверджує тарифи на медичні послуги тощо.

На завершення вкажу, що вносити зміни до статті 49 Конституції України зараз недоцільно. Запровадження обов'язкового медичного страхування здатне запустити організаційно-правовий механізм, котрий потенційно модернізує «правила гри» у вітчизняній охороні здоров'я і зніме соціальну напругу з приводу певної декларативності норми про безоплатність медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

*Стрілець В.В.,*

*д.і.н., проф. кафедри теорії та історії  
держави і права ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

**НОРМОТВОРЧІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ РЕВОЛЮЦІЙНИХ  
КОМІТЕТІВ ПОЛТАВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
БОРотьБИ З ЕПІДЕМІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ  
(ГРУДЕНЬ 1919 – БЕРЕЗЕНЬ 1920 РР.)**

Революційні комітети (ревкоми) Полтавської губернії на чолі з губернським ревкомом організувалися переважно російською радянською військовою владою на рубежі 1919 – 1920 рр. як надзвичайні органи радянської влади, а їх діяльність охоплювала практично всі сфери суспільно-політичного та економічного життя. Важливим і результативним як для тих умов напрямом діяльності ревкомів губернії стала галузь охорони здоров'я, що було особливо актуальним у тогочасній складній санітарно-епідеміологічній ситуації, зумовленій насамперед військовими подіями.

В наказі № 1 губернського відділу охорони здоров'я за підписом завідувача відділу, надрукованому в газеті «Власть Советов» за 18 грудня, першим завданням губернського відділу було визначено організацію боротьби з епідеміями тифу, для чого відділ закликав всіх громадян та установи прийти на допомогу та сприяти в його діяльності. Цей наказ залишав чинними всі накази і розпорядження, видані на той час завідувачем колишнього медико-санітарного відділу при начальникові гарнізону м. Полтави [1, с. 1]. На засіданні губернського ревкому 31 грудня 1919 р. була прийнята постанова про посилення боротьби з тифом, яка зобов'язувала Комітет охорони здоров'я при губернському ревкомі (пізніше він став називався відділом охорони здоров'я) за сприяння ревкому та губернського продовольчого комітету (як найбільш зорганізованого на той момент) негайно створити комісію з представників губернського військового комісаріату, губернського продовольчого комітету, губернського комітету охорони здоров'я, паливної комісії та губернського ревкому для з'ясування ситуації, що склалася з поширенням епідемії висипного тифу в губернії. Разом з тим перед комітетом охорони здоров'я було поставлено завдання організувати відповідні комітети (відділи) в повітах губернії [2, арк. 178].

16 січня 1920 р. в органі губернського ревкому газеті «Влада рад» була надрукована постанова губернського ревкому «Про боротьбу з висипним тифом», яка зобов'язувала губернський відділ охорони здоров'я та вищезазначену комісію з боротьби з тифом, що отримала назву в тогочасному стилі – «Надзвисиптиф» негайно об'єднати всі існуючі як приватні, так і громадські та державні організації для боротьби з висипним тифом, прийнявши у своє відання фінансові і матеріальні засоби, призначені для цієї мети. Завідувачу губернським відділом охорони здоров'я під особисту відповідальність ставилися завдання: залучити до боротьби з тифом робітників Полтави (як саме, і в якій формі – не уточнювалося), негайно організувати бані та прийняти у своє відання існуючі, взяти на облік та раціонально розподілити дезінфікуючі засоби, негайно залучити всіх наявних в Полтаві медиків (лікарів, фельдшерів, медсестр), який постанова оголошувала мобілізованими. Зазначалося, що тих, хто ухилився б від мобілізації, будуть розглядатися як дезертири, котрі будуть відповідати за законами військового часу. «Боротьба

з висипним тифом оголошується внутрішнім фронтом і кожний, хто не буде виконувати накази і розпорядження відповідних органів, буде розглядатися як той, хто порушив бойовий наказ і буде підлягати суворому покаранню аж до розстрілу», – наголошувалося в постанові. Медичному персоналу, особливо старшим лікарям, постановою заборонялося залишати лікарні у визначений для чергування час. Губернський ревком вимагав щоденного донесення про хід виконання постанови [3, арк. 9].

Наказ губернського ревкому за № 43 від 21 січня 1920 р. вводив речову повинність, зумовлену розгортанням заразних госпіталів та відсутністю належної кількості білизни, ліжок для них. Речовою повинністю обкладалися квартири від 5 кімнат і більше. Жодна квартира зазначеного розміру не звільнялася від збору, незалежно від того, ким вона була заселена. Мешканці кожної такої квартири зобов'язані були доставити у відповідну міліцейську частину одне ліжко, матрац або тюфяк, одягано, подушку, дві наволочки та ін. Крім того, наступні категорії осіб: особи, які використовували найману працю з метою отримання вигоди, особи, які отримували нетрудовий дохід (відсотки, доходи з підприємств тощо), особа, які станом на 1917 р. мали нерухомість за оцінкою полтавської міської управи вартістю 10 000 крб., купці першої і другої гільдій, власники оптово-торгових підприємств, магазинів, біржовики, маклери, особи, які мали грошовий капітал вартістю понад 30 000 крб, торгові і комерційні посередники, власники ресторанів, столових, кафе тощо, члени всіх акціонерних товариств, всі колишні поміщики і орендарі великих маєтків незалежно від кількості кімнат у помешканнях повинні додатково бути здати подібний набір речей. Радянські службовці, які належали до перелічених категорій, від виконання цієї натуральної повинності не звільнялися. Збір мав проводитися під відповідальність будинкових комітетів, а за їх відсутності – власниками будинків чи їх заступниками. Передбачався штраф у потрійному розмірі натурою в разі невиконання зазначеної повинності [4, арк. 26 – 26 зв.].

В плані доповнення та внесення змін до зазначеного наказу невдовзі був виданий наказ за № 45, який покладав виконання попереднього наказу на комісію з пошуку засобів для боротьби з гостро-заразними хворобами. Цій комісії надавалися широкі права для виконання речової повинності та в питанні мобілізації працівників та спеціалістів як за плату, так і безоплатно, в накладанні штрафів на осіб, які ухилялися від виконання розпоряджень комісії. Про кожний випадок накладання штрафу комісія мала повідомляти у відділ управління губернського ревкому. Всі зібрані іншими установами і організаціями речі мали бути доставлені до центрального складу комісії, а зібрані грошові кошти – переведені на поточний рахунок губернського ревкому [5, арк. 44].

Протягом лютого та березня 1920 р. відділом управління губернського ревкому публікувалися списки громадян, які обкладалися речовою повинністю комісією з боротьби з гострозаразними хворобами. Таких громадян зобов'язували принести в трьохденний термін речі в центральний склад комісії. Допускалося подання заяв і скарг в комісію з попередженням, що ті особи, скарги яких виявляться безпідставними, будуть переведені у вищу категорію обкладання. Попереджалося, що особи, які не здадуть речі у визначений термін, будуть обкладатися повинністю у подвійному розмірі та



притягнуті до відповідальності за невиконання розпоряджень радянської влади [6, с. 5]. Наказом губернського ревкому від 27 січня 1920 р. з метою боротьби зі спекуляцією необхідними для боротьби з висипним тифом медикаментами всі громадяни, аптечні магазини, кооперативи та інші установи, що мали в своєму розпорядженні такі медикаменти в будь-якій кількості, протягом трьох днів мали передати їх Центральному аптечному складу під його розписку.

20 лютого 1920 р. на першому засіданні української надзвичайної санітарної комісії під головуванням Х. Раковського постановлено надіслати всім губревкомом циркулярну телеграму, яка зобов'язувала з метою об'єднання всіх сил для боротьби з епідеміями та встановлення «санітарної диктатури» організувати в губерніях згідно постанови Всеукраїнського ревкому та Реввійсьради фронту, опублікованому в «Известиях» губернські надзвичайні санітарні комісії під головуванням голови відповідного ревкому чи виконкому. На розсуд голів губернських санітарних комісій в повітах могли створюватися повітові надзвичайні санітарні комісії під головуванням голів повітових ревкомів чи виконкомів. Зазначалося, що розпорядження цих комісій обов'язкові для місцевих органів військової і цивільної влади. Полтавський губернський ревком відреагував на цей циркуляр реорганізацією вищезазначеної комісії в комісію з боротьби з гострозаразними хворобами. Постановою губернського ревкому від 5 березня 1920 р. «Надзвисиптиф» ліквідувався, а всі його справи передавалися у відання губернського відділу охорони здоров'я. Цією ж постановою на основі постанови Всеукраїнського ревкому від 15 лютого 1920 р. створювалася губернська надзвичайна санітарна комісія в складі 3-х осіб: завідувача губернського відділу охорони здоров'я, начальника евакуаційної комісії або його заступника та завідувача військово-санітарним підвідділом губернського відділу охорони здоров'я [7, арк. 40].

Ці характерні для надзвичайних органів радянської влади кроки та ряд інших санітарно-протиепідемічних заходів, що здійснювалися губернським та повітовими ревкомом, сприяли подоланню навесні 1920 р. загрозливих епідемій в Полтавській губернії.

#### **Література:**

1. Приказ № 1 губернского отдела здравоохранения // Власть Советов. – Полтава, 1919. – 18 декаб. – С. 1.
2. Державний архів Полтавської області (далі – ДАПО). – Ф. Р-3872. – Оп. 2. – Спр. 3. ДАПО. – Ф. Р-3872. – Оп. 2. – Спр. 4.
4. ДАПО. – Ф. Р-1865. – Оп. 1. – Спр. 3.
5. ДАПО. – Ф. Р-1865. – Оп. 1. – Спр. 8.
6. Офіційний відділ // Радянська влада. – Полтава, 1920. – 4 березня. – С. 2.
7. ДАПО. – Ф. Р-3872. – Оп. 2. – Спр. 1.

**Сенюта І.Я.,**

*к.ю.н., доц., завідувач кафедри медичного права  
ФПДО Львівського національного медичного  
університету імені Данила Галицького*

## **ПРАВО ЛІКАРІВ КЛІНІК НА ВИДАЧУ ЛИСТКІВ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ: ПРОБЛЕМИ ЗДІЙСНЕННЯ**

Медична практика оповита численними викликами, палітра яких спектральна. Одним із таких є механізм здійснення права лікарів, які працюють у клініках, видавати листки непрацездатності своїм пацієнтам. Колізійність нормативно-правової бази, контраверсійність роз'яснень органів влади породжує труднощі з фіналізацією лікувального процесу, пов'язаного з документальним оформленням перебування пацієнта на лікуванні. Прикладом такого роз'яснення є лист Виконавчої Дирекції Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 15.07.2015 р., надісланий Директорові виконавчої дирекції Львівського обласного відділення Фонду соціального страхування від тимчасової втрати працездатності, в якому зроблено висновок такого змісту: «працівники кафедр, які не входять до штату лікувально-профілактичного закладу, не мають права видачі листків непрацездатності».

Метою дослідження є з'ясування особливостей здійснення права лікарів клінік на видачу листків непрацездатності й окреслення пропозицій з удосконалення алгоритмів його реалізації.

Згідно з п. 3.1. Положення про клінічний заклад охорони здоров'я, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.1997 р. № 174 (далі – Положення) [1], однопрофільна кафедра (відділ, лабораторія) вищого навчального закладу, який здійснює підготовку фахівців за спеціальностями галузей знань "Медицина" та "Фармація" III, IV рівнів акредитації (закладу післядипломної освіти, науково-дослідної установи), яка співпрацює з відділенням клінічного закладу для надання медичної допомоги та наукової і навчально-виховної роботи, називається клінікою. Відповідно до п. 1.1. Положення, клінічним є заклад охорони здоров'я, який використовується для розташування структурних наукових і навчальних підрозділів (кафедри, лабораторії тощо) вищих навчальних закладів, які здійснюють підготовку фахівців за спеціальностями галузей знань "Медицина" та "Фармація" III, IV рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних установ з метою забезпечення лікувально-діагностичного процесу, підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів та проведення і впровадження у практику охорони здоров'я результатів наукових досліджень, на договірній основі. Між ректором (директором) вищого навчального закладу, який здійснює підготовку фахівців за спеціальностями галузей знань "Медицина" та "Фармація" III, IV рівнів акредитації (закладу післядипломної освіти, науково-дослідної установи) і керівником закладу охорони здоров'я укладається угода, яка встановлює форми взаємодії, права, обов'язки, відповідальність кожної із сторін.

З наведеного можна виокремити такі ознаки клініки:

- 1) клініка розташовується на базі клінічного закладу охорони здоров'я;
- 2) клініка не є структурним підрозділом клінічного закладу охорони здоров'я;

3) клініка співпрацює з відділеннями клінічного закладу охорони здоров'я для надання медичної допомоги.

4) клініка є структурним підрозділом вищого медичного навчального закладу.

З аналізу норми п. 1.4. Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001 р. № 455 (далі – Інструкція) [2] випливає, що право видавати листки непрацездатності має право лише лікуючий лікар, або фельдшер у місцевостях, де відсутній лікар. Окрім того, листок непрацездатності (довідка) видається і закривається в закладі охорони здоров'я.

У ст. 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) [3] закріплено, що лікуючий лікар – це лікар закладу охорони здоров'я або лікар, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець і який надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування. З наведеного визначення можна виокремити дві ключові ознаки лікуючого лікаря:

1) такий лікар перебуває у трудових відносинах із закладом охорони здоров'я. Основною підставою для виникнення трудових відносин є трудовий договір (ст. 21 Кодексу законів про працю України [4]);

2) лікар надає медичну допомогу пацієнтові в період його обстеження та лікування.

З-поміж завдань клініки є надання кваліфікованої медичної допомоги хворим, обстеження та лікування хворих, госпіталізованих у клініку, консультації хворих в інших підрозділах клінічного закладу (п. 3.2.5, 3.2.6 Положення [1]). Вказане положення не узгоджується із нормою ст. 33 Основ [3], в якій закріплено, що медична допомога надається відповідно до медичних показань професійно підготовленими медичними працівниками, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги згідно з одержаною відповідно до закону ліцензією, адже працівники клініки не перебувають у трудових відносинах із клінічним закладом охорони здоров'я. Відтак, одна із ознак лікуючого лікаря, який має право видавати листки тимчасової непрацездатності, відсутня.

1. Водночас, значна кількість норм Положення [1] дають підстави твердити, що працівники клініки за своїм правовим статусом можуть прирівнюватись до лікуючих лікарів закладів охорони здоров'я. Про це свідчить, зокрема, таке: Для проведення навчально-виховного процесу і наукових досліджень госпіталізувати тематичних хворих в межах 15 відсотків від загальної кількості хворих у відділенні, що визначається угодою між клінічним закладом та вищим навчальним закладом (п. 3.3.4.)

2. Керівник клініки здійснює нарівні з завідуючим відділенням несе відповідальність за рівень, обсяг і якість лікувально-діагностичної роботи (п. 4.2.).

3. Керівник клініки у своїй консультативній і лікувальній роботі керується загальними вимогами до закладу охорони здоров'я (п. 4.3.).

4. Керівник клініки несе відповідальність за якість лікувально-діагностичного процесу у тематичних хворих та нешкідливість для їх здоров'я апробацій нових медичних технологій (п. 4.5.).

5. Асистенти, аспіранти, клінічні ординатори та наукові співробітники клінічних кафедр (відділів) виконують лікувально-діагностичну роботу в профільних відділеннях, на яких базується клініка, в обсязі, що визначається від розрахункової норми навантаження лікаря-ординатора відповідної спеціальності (5.3.1.).

6. Науково-педагогічні працівники і наукові співробітники клінічних кафедр (відділів) можуть проводити виїзди санітарною авіацією для надання екстреної і планово-консультативної медичної допомоги відповідно до угоди між вищим навчальним закладом, та закладом екстреної медичної допомоги (5.3.6.).

Якщо брати до уваги вимогу, згідно з якої листок непрацездатності має право видати лікуючий лікар, який перебуває у трудових відносинах із закладом охорони здоров'я, то виникне ситуація, за якої пацієнтові не можна буде видати листок непрацездатності. Така ситуація, зокрема, може виникнути в разі, якщо пацієнт, користуючись своїм правом на вільний вибір лікаря, обрав собі лікарем працівника клініки з числа професорсько-викладацького складу університету, який не перебуває у трудових відносинах із закладом охорони здоров'я. Це, своєю чергою, перешкоджатиме реалізації такою особою свого права на соціальний захист на випадок тимчасової втрати працездатності.

Аналіз судової практики дає підстави твердити, що позиція національних судів полягає у тому, що працівники клінік, які не перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я, за своїм статусом прирівнюються до лікуючого лікаря, який має право видавати листки непрацездатності. Зокрема:

– Рішення Господарського суду Чернівецької області від 03.06.2014 р. у справі № 926/536/14 [5]:

«Так, відповідач за своїм статусом є клінічним лікувальним закладом і відповідно до підпункту 3.3.4. зазначеного Положення для проведення навчально-виховного процесу і наукових досліджень має право госпіталізувати тематичних хворих в межах 15 відсотків від загальної кількості хворих у відділенні, що визначається угодою між клінічним закладом та вищим медичним закладом освіти III, IV рівнів акредитації (закладом післядипломної освіти, науково-дослідним інститутом).

Відповідно до п. 5.1. Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я працівники клініки з числа професорсько-викладацького складу беруть участь у проведенні лікувально-діагностичного процесу, здійснюють обходи, консультації хворих, організують консилиуми, визначають і коригують плани і тактику подальшого обстеження і лікування хворих, разом з іншими співробітниками клінічного закладу несуть відповідальність за якість лікувально-діагностичного процесу, організують клінічні, патолого-анатомічні та науково-практичні конференції лікарів клінічного закладу.

Асистенти, аспіранти, клінічні ординатори та наукові співробітники клінічних кафедр (відділів) виконують лікувально-діагностичну роботу в

профільних відділеннях, на яких базується клініка, в обсязі, що визначається з розрахункової норми навантаження на лікаря-ординатора відповідної спеціальності (пп. 5.3.1. Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я).

Підпунктами 5.3.2. – 5.3.6. Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я передбачено інші умови праці наукових співробітників клінічних кафедр в клінічному лікувальному закладі.

Пунктами 3.2.2., 3.2.8., 3.2.12. укладеного між відповідачем і БДМУ договору про співпрацю № 131/2 від 31.10.2012 р. обумовлено право Буковинського державного медичного університету в особі завідувачів кафедр нарівні з керівником клінічного закладу госпіталізувати, обстежувати, консультувати та лікувати хворих, що госпіталізовані у профільні відділення, виконувати в установлених межах діагностично-лікувальну роботу.

*Таким чином, суд доходить висновку, що наукові працівники БДМУ, які згідно з укладеним договором про співробітництво, ведуть прийом та здійснюють госпіталізацію хворих у відділеннях відповідача, прирівнюються до лікуючих лікарів і на законних підставах видають листки непрацездатності тим хворим, щодо яких вони здійснюють діагностично-лікувальний процес. У протилежному випадку взагалі виключається можливість видачі листка непрацездатності хворому, госпіталізованому в межах співробітництва клінічного лікувального закладу та вищого медичного закладу освіти, оскільки лікар, який не веде відповідного хворого, не є його лікуючим лікарем і не має права видавати такому пацієнту лікарняний.*

*У свою чергу, у переліку лікарів, яким у відповідності до підпункту 1.5.1. Інструкції № 455 заборонено видавати листки непрацездатності, відсутні наукові співробітники вищих медичних закладів освіти, які на підставі укладеного з лікувально-профілактичним закладом договору здійснюють лікувально-діагностичний процес хворих, госпіталізованих ними у профільні відділення відповідного лікувального закладу.*

– Постанова Львівського апеляційного господарського суду від 17.07.2014 р. у справі № 926/536/14 [6]:

«Як встановлено місцевим господарським судом та вбачається з матеріалів листки непрацездатності № 628371 (хвора ОСОБА\_8) та № 629704 (хворий ОСОБА\_4.) видані лікарями ОСОБА\_11 і ОСОБА\_12, які є не працівниками відповідача, а є викладачами Буковинського державного медичного університету, і здійснюють на базі ОКУ "Чернівецька обласна клінічна лікарня" науково-методичну, науково-дослідну роботу, консультації та лікування хворих, навчання студентів, лікарів та провізорів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів, аспірантів, лікарів-слухачів відповідно до укладеного між ОКУ "Чернівецька обласна клінічна лікарня" та Буковинським державним медичним університетом договору про співробітництво № 131/2 від 31.10.2012 р.

Пунктами 3.2.2., 3.2.8., 3.2.12. укладеного між відповідачем і Буковинським державним медичним університетом договору про співпрацю № 131/2 від 31.10.2012 р. обумовлено право університету в особі завідувачів кафедр нарівні з керівником клінічного закладу госпіталізувати, обстежувати, консультувати та лікувати хворих, що госпіталізовані у профільні відділення, виконувати в установлених межах діагностично-лікувальну роботу.

*Таким чином, колегія суддів апеляційної інстанції погоджується з висновком місцевого господарського суду стосовно того, що наукові працівники БДМУ, які згідно з укладеним договором про співробітництво, ведуть прийом та здійснюють госпіталізацію хворих у відділеннях відповідача, прирівнюються до лікуючих лікарів і на законних підставах видають листки непрацездатності тим хворим, щодо яких вони здійснюють діагностично-лікувальний процес. Також варто зазначити, що у переліку лікарів, яким у відповідності до підпункту 1.5.1. Інструкції № 455 заборонено видавати листки непрацездатності, відсутні наукові співробітники вищих медичних закладів освіти, які на підставі укладеного з лікувально-профілактичним закладом договору здійснюють лікувально-діагностичний процес хворих, госпіталізованих ними у профільні відділення відповідного лікувального закладу».*

Підсумовуючи вищенаведене, варто зробити кілька ключових зауваг:

1. Враховуючи те, що листок непрацездатності видає лікуючий лікар, то повинна бути дотримана імперативна ознака, якій повинен відповідати лікуючий лікар, а саме перебування у трудових відносинах із закладом охорони здоров'я, що передбачено законодавством.

2. Функціонування клінічного закладу охорони здоров'я має свої особливості, які не були враховані при підготовці Інструкції, зокрема: 1) працівники клініки з числа професорсько-викладацького складу медичного вищого навчального закладу, які надають медичну допомогу, не визначені серед числа осіб, які мають право видавати листки непрацездатності; 2) працівники клініки з числа професорсько-викладацького складу медичного вищого навчального закладу, які надають медичну допомогу, не визначені серед числа осіб, яким в Інструкції заборонено видавати листки непрацездатності (перелік таких осіб є вичерпним та не допускає розширювального тлумачення).

3. Аналіз судової практики все ж свідчить про те, що працівники клінік прирівнюються до лікуючих лікарів і мають право видавати листки непрацездатності.

4. У листі Виконавчої Дирекції Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 15.07.2015 р. не міститься посилання на норми Положення про клінічний заклад охорони здоров'я, затверджене Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.1997 р. № 174, а, відтак, незрозуміло, в якому контексті надавалось роз'яснення та чи було враховано уповноваженими працівниками Виконавчої Дирекції Фонду соціального страхування на випадок з тимчасової втрати працездатності специфіку функціонування клінічного закладу охорони здоров'я

5. З огляду на те, що в п. 1.5. Інструкції передбачено вичерпний перелік осіб, які не мають права видавати листки непрацездатності, можна констатувати, що працівники Виконавчої Дирекції Фонду соціального страхування на випадок з тимчасової втрати працездатності своїм роз'ясненням допустили розширювальне тлумачення положення п. 1.5. Інструкції, чим вийшли за межі своїх повноважень.

6. Відповідно до ч. 5 ст. 13 Закону України «Про вищу освіту», листи, інструкції, методичні рекомендації, інші документи органів виконавчої влади, крім наказів, зареєстрованих Міністерством юстиції України, та документів, що регулюють внутрішню діяльність органу, не є нормативно-правовими актами і не можуть встановлювати правові норми. Відтак, норми

листа Виконавчої Дирекції Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності не мають імперативного характеру.

7. Враховуючи те, що Інструкцію розробляло та затверджувало МОЗ України, а інші суб'єкти, як-от: Виконавча дирекція Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та Виконавча дирекція Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві лише погоджували, розроблений текст Інструкції, лише МОЗ України як єдиний автор документа має право здійснювати автентичне тлумачення положень Інструкції.

8. Доцільним видається внести зміни до наказу МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» щодо розширення кола суб'єктів, які уповноважені видавати листки непрацездатності, перелік яких закріплений у п. 1.4., доповнивши його новим суб'єктом – лікуючі лікарі клінік.

#### **Література:**

1. Положення про клінічний заклад охорони здоров'я, затверджене Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.1997 р. № 174 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0245-97>

2. Інструкція про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001 р. № 455 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1005-01>

3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року № 2801-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

4. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/322-08>

5. Рішення Господарського суду Чернівецької області від 03.06.2014 р. у справі № 926/536/14 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/>

6. Постанова Львівського апеляційного господарського суду від 17.07.2014 р. у справі № 926/536/14 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/>

*Хорош М.В.,  
аспірант кафедри соціальної медицини,  
організації та економіки охорони здоров'я  
ВДНЗУ «УМСА»*  
*Голованова І.А.,  
д.мед.н., проф., завідувач кафедри  
соціальної медицини,  
організації та економіки охорони здоров'я  
ВДНЗУ «УМСА»*

## **ШЛЯХИ МЕДИКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Серцево-судинна патологія займає перше місце в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності працездатного населення. Саме тому одним з основних завдань системи охорони здоров'я є своєчасне виявлення та адекватна профілактика кардіологічної патології [1]. Успіх профілактики визначають, перш за все, механізми скоординованої взаємодії міжнародних організацій, МОЗ України та органів місцевого самоврядування, що формують регіональну політику, представників неурядових організацій і широких верств громадськості [2].

Шляхи вирішення профілактики серцево-судинних захворювань окреслені законодавчими і нормативними актами України. Але їх реалізація гальмується не стільки певною недосконалістю чинної законодавчо-нормативної бази, скільки практикою її застосування [3]. Як ми дослідили, законодавство в цілому, можна вважати, що на сьогодні в Україні сформована державна система профілактики ССЗ відповідно до наступних законодавчих актів:

1. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні, затвердженою Указом Президента України від 4 лютого 1999 року №117/99. Програма передбачає заходи, спрямовані на зниження захворюваності населення на АГ, ІХС, судинні ураження мозку, смертності від ускладнень АГ, підвищення тривалості і якості життя хворих на серцево-судинні захворювання. Завданнями програми є пропаганда здорового способу життя; зміцнення охорони здоров'я кадрами та ресурсами; забезпечення ефективної діагностичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги кардіологічним хворим; забезпечення населення антигіпертензивними засобами та приладами для вимірювання АТ. Виконання програми заплановане до 2010 року.

2. Постанова Кабінету міністрів від 31.05.2006 року №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки». Постанова визначає необхідним забезпечити проведення первинної та вторинної профілактики; забезпечити своєчасне надання спеціалізованої медичної допомоги; організація системи стандартизованого обстеження хворих; надання в повному обсязі спеціалізованої медичної допомоги у разі гострих серцево-судинних захворювань; створення нових та дооснащення існуючих кардіологічних, кардіохірургічних та інсультних центрів сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням; створення системи пренатальної діагностики природжених вад серця; підготовка спеціалістів для обласних, регіональних карді-



ологічних, кардіохірургічних, інсультних центрів; здійснити реабілітаційні заходи; впровадження стандартів та клінічних протоколів терапевтичного ведення хворих різного віку після інвазійних кардіологічних та кардіохірургічних втручань, а також після втручань на магістральних судинах голови та шиї.

Перші результати виконання програм засвідчили дві найголовніші тези. По-перше, виявлена і реально встановлена поширеність і щорічна захворюваність на АГ і асоційовані з нею стани. По-друге, контроль АГ і пов'язаний з нею ризик розвитку серцево-судинних хвороб і ускладнень на популяційному рівні поки що не відповідає результатам міжнародних багаточентрових плацебо-контрольованих наукових досліджень, які продемонстрували високу ефективність лікування і покращення прогнозу не тільки при АГ, але і при поєднаннях з нею хвороб [4,5].

Керуючись п. 22 ч. 1 ст. 26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», з урахуванням вимог постанови Кабінету Міністрів України від 31.05.2006 №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки» та з метою запобігання і зниження рівня захворюваності на серцево-судинні та судино-мозкові хвороби, інвалідності та смертності, враховуючи істотний вплив хвороб системи кровообігу на інвалідизацію, смертність та тривалість життя громадян, Полтавська міська рада видає низку нормативно-правових документів:

1. Спільний наказ управління охорони здоров'я та ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» від 3 березня 2007 року №113/84 «Про затвердження обласного плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки».

2. Робочий план УОЗ від 20.07.2007 року по забезпеченню виконання розпорядження Голови ОДА від 18.06.2007 року №237 «Про затвердження заходів щодо реалізації Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2007-2010 роки в області».

3. Рішення обласної Координаційної ради за квітень 2008 року «Про хід виконання розпорядження голови обласної державної адміністрації від 18.06.2007 року №237 «Про затвердження заходів щодо реалізації Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки в області», затвердженої постановою КМУ від 31.05.2006 №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки» в Миргородському та Лубенському районах».

4. Рішення розширеної колегії облдержадміністрації від 31 липня 2008 року «Про хід виконання розпорядження голови обласної державної адміністрації від 18.06.2007 року «Про затвердження заходів щодо реалізації Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2007-2010 роки в області» згідно вимог постанови Кабінету Міністрів України від 31 травня 2006 року №761 «Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2006-2010 роки»».

5. Наказ Головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 19.08.09 року № 503 «Про хід виконання обласних заходів Державної Програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань та невідкладні завдання по забезпеченню виконання доручень, даних на розширеній колегії обласної державної адміністрації від 31 липня 2008 року».

6. Наказ Головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації № 299 від 26 червня 2008р. «Про організацію роботи виїзних бригад лікарів з метою проведення організаційно-методичної роботи з метою впровадження системи передачі ЕКГ по телефону».

7. Наказ МОЗ України №193/20 від 11.03.2013 року «Про систему кардіохірургічної допомоги в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 22.03.2013 р. за № 481/23013.

8. Наказ МОЗ України № 211/24 від 18.03.2013 р. «Про організацію і роботу системи з рентгенендоваскулярної діагностики та лікування у закладах охорони здоров'я в Україні», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 01.04.2013 р. за № 532/23064. (затверджує положення про систему рентгенендоваскулярної діагностики та лікування, визначає механізм надання та взаємодії рівнів рентгеноендоваскулярної діагностичної та лікувальної допомоги населенню України).

9. Наказ МОЗ України №621/60 від 24.07.2013 року «Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 09.08.2013 р. за № 1365/23897. (затверджує положення про систему кардіологічної допомоги, передбачає регламентацію механізму надання та взаємодії рівнів надання кардіологічної діагностичної та лікувальної допомоги населенню України).

10. Наказ МОЗ України №670/65 від 31.07.2013 року «Про організацію та роботу системи функціональної діагностики у закладах охорони здоров'я України», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 20.08.2013 р. за № 1437/23969. (затверджує положення про функціональну діагностику, передбачає регламентацію взаємодії рівнів системи функціональної діагностики та застосування її методів).

Реалізація цих заходів сприятиме: удосконаленню організації невідкладної допомоги особам, хворим на гострий інфаркт та інсульт, шляхом відкриття кардіохірургічних центрів (відділень) і центрів (відділень) рентгенендоваскулярної діагностики та лікування в кожній області; розвитку і підтримці мережі регіональних кардіохірургічних центрів; наближенню доступності високоспеціалізованої медичної допомоги цим хворим; реформуванню високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із серцево-судинною патологією.

Висновки: Таким чином вивчення законодавчої бази засвідчило що надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями серцево-судинної системи регламентовано наказами та законами, що в повній мірі охоплюють наступні положення:

- Своєчасного виявлення, адекватної профілактики та лікування захворювань серцево-судинної системи;
- Забезпечення безперервності надання кваліфікованої допомоги кардіологічним хворим на усіх етапах лікування;

- Забезпечення надання невідкладної допомоги при кардіологічній патології;
- Забезпечення кардіохірургічної допомоги хворим, що потребують оперативного втручання.

**Література:**

1. Дудник С.В. Серцево-судинні захворювання в Україні: прогнози – невтішні. // С.В. Дудник. – Ваше Здоров'я. – 2015. – №1-2. [Електронний доступ]
2. Загальна практика-сімейна медицина – основа формування Національної системи охорони здоров'я
3. Кривоконь Н.І. Проблеми соціальної роботи і соціальної політики в Україні: навчальний посібник. /Н.І. Кривоконь. – Чернігів: Чернігівський державний технологічний університет. – 2012. – 320 с.
4. Сіренко Ю.М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999-2007 роки). // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – №2. – с. 83-88.
5. Горбась І.М., Смирнова О.О. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень. // Артеріальна гіпертензія. – 2010. – №6(14). – с. 51-67.
6. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс] : Web-сайт. – Режим доступу: [http:// www.moz.gov.ua/](http://www.moz.gov.ua/).
7. Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації [Електронний ресурс] : Web-сайт. – Режим доступу: <http://uoz.gov.ua/>.

*Ціленко В.А.,  
голова Господарського суду  
Полтавської області*

**ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
СТИМУЛОВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БУДІВНИЦТВА**

Державне стимулювання будь якої господарської діяльності здійснюється відповідно до основ державної економічної політики, державних програм економічного і соціального розвитку України, законів про Державний бюджет України тощо. Доктринальне, з метою стимулювання розвитку окремих галузей економіки можуть здійснюватись такі заходи: цільове спрямування державних капітальних вкладень у розвиток виробничої, комунікаційної та соціальної інфраструктури; надання державної підтримки, в тому числі фінансової, суб'єктам господарювання, сприяння формуванню інфраструктури розвитку підприємництва; спрямування фінансової допомоги на розв'язання актуальних соціально-економічних та екологічних проблем, а також здійснення інших найважливіших заходів; сприяння зайнятості населення, забезпечення цільового фінансування програм перекваліфікації та професійного розвитку трудових ресурсів, удосконалення соціальної сфери, зокрема житлового будівництва, охорони здоров'я та охорони довкілля тощо.

Так, відповідно до ст. 48 ГК, з метою створення сприятливих організаційних та економічних умов для розвитку підприємництва органи влади

на умовах і в порядку, передбачених законом: надають підприємцям земельні ділянки, передають державне майно, необхідне для здійснення підприємницької діяльності; сприяють підприємцям в організації матеріально-технічного забезпечення та інформаційного обслуговування їх діяльності, підготовці кадрів; здійснюють первісне облаштування неосвоєних територій об'єктами виробничої і соціальної інфраструктури з продажем або передачею їх підприємцям у визначеному законом порядку; стимулюють модернізацію технології, інноваційну діяльність, освоєння підприємцями нових видів продукції та послуг; подають підприємцям інші види допомоги. Держава сприяє розвитку малого підприємництва, створює необхідні умови для цього. Зазначене може здійснюватися шляхом: визначення і підтримки пріоритетних напрямів господарської діяльності державного, галузевого, регіонального і місцевого рівнів; формування і реалізації державних, галузевих, регіональних і місцевих програм економічного розвитку; створення нормативно-правової бази та економічних механізмів для підтримки і стимулювання окремих видів господарської діяльності; захисту прав та інтересів суб'єктів підприємницької діяльності; фінансової підтримки виконання інноваційних проєктів.

В окремих галузях народного господарства України стимулювання здійснювалося за допомогою спеціальних законодавчих актів, зокрема Закон України «Про стимулювання розвитку сільського господарства на період 2001 – 2004 років», в якому регламентовано, що пріоритетний розвиток сільського господарства, серед іншого, забезпечується шляхом: підтримання стабільної законодавчої та нормативно-правової бази з метою забезпечення передбачуваних умов розвитку підприємництва в сільському господарстві; невтручання органів виконавчої влади у вибір форм господарювання та господарську діяльність суб'єктів підприємництва, крім випадків, передбачених законами; стимулювання розвитку приватного підприємництва; дотування виробництва продукції тваринництва, рибництва та рибальства, льону; сприяння розширенню вітчизняної сировинної бази для виробництва тютюнових виробів, а саме введенням обов'язкового використання вирощеної і ферментованої в Україні тютюнової сировини у вітчизняних сигаретах неліцензованих марок, захищених знаком для товарів України; поєднання обов'язкового і добровільного страхування; створення умов для забезпечення кредитами сільськогосподарських товаровиробників з урахуванням сезонності виробництва; сприяння розвитку мережі дорадчих сільськогосподарських служб і системи моніторингу аграрного ринку.

Що стосується сфери будівництва у фармацевтичній сфері, то можна зауважити про відсутність спеціального галузевого законодавчого акту щодо підтримки цієї галузі.

Між тим, державне замовлення на будівництво – це найпоширеніша форма стимулювання будівельних організацій на виконання інвестиційно-житлових програм будівельної галузі. Поряд з цим для усунення бар'єрів на шляху конкуренції і зниження ризиків учасників інвестиційно-будівельних відносин держава має активізувати роботу із створення сприятливого законодавчого й інвестиційного клімату на ринку фармацевтичного будівництва. Дієве державне заохочування незалежних забудовників і будівельних компаній сприяє їх активному залученню у фармацевтичне будівництво. Лише

при ефективній фінансово-кредитній підтримці держави можна чекати на позитивні зміни у збільшенні обсягів будівництва фармвиробників.

Отже, законодавець фактично серед засобів державного стимулювання відокремив засоби державної підтримки, до яких необхідно віднести підтримання стабільної законодавчої та нормативно-правової бази з метою забезпечення передбачуваних умов розвитку господарської діяльності у сфері будівництва; невтручання органів виконавчої влади у вибір форм господарювання та господарську діяльність суб'єктів підприємництва, крім випадків, передбачених законами.

Крім того, засоби державної підтримки в сфері фармацевтичного будівництва необхідно класифікувати, по-перше, в залежності від економічного характеру використання: 1) податкових пільг; 2) пільгове кредитування; 3) застосування компенсаторних механізмів погашення відсотків при кредитуванні.

По-друге, в залежності від дозвільного характеру: 1) захисту прав власності на землю, майно об'єкти будівництва та результати своєї праці; 2) державної підтримки наукових досліджень по створенню та впровадженню нових ресурсозберігаючих технологій будівництва; 3) формування цінового, податкового і кредитного механізмів з урахуванням специфіки надання будівельних послуг та виконання робіт; здешевлення вартості будівництва фармвиробників.

**Балюк В.М.**

*ас. кафедри цивільного права № 1  
НЮУ ім. Ярослава Мудрого*

## **ВДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТИТУТУ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНІ**

Одним з першочергових завдань держави є забезпечення прав і свобод людини та громадянина закріплених Конституцією України. Законодавчим інститутом, що покликаний захищати законні права та інтереси особи, є професійна таємниця, різновидом якої виступає лікарська таємниця. Серед науковців, роботи яких присвячені проблемам правового регулювання інституту лікарської таємниці, варто виокремити Ю.М. Аргунову, В. Головиченко, Л.І. Дембо, Н.В. Коробцову, О.П. Махник, С.Г. Стеценка, Ж.В. Чевичалову, І.А. Шамова та інших. [1]

Медична таємниця є багатофункціональним явищем, яке виконує різні функції – охоронювальні, відновлювальні, компенсаційні, гарантійні. Усі вони реалізуються за рахунок закріплення на законодавчому рівні питань пов'язаних із збереженням лікарської таємниці. Конституція України у ст.ст. 32 та 34 передбачає збереження лікарської таємниці, яка не може бути розголошена без дозволу особи чи її законних представників. Конституційні положення про лікарську таємницю містяться також і в поточному законодавстві [5]. Так, у ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 зазначається, що медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків [3]. Також обов'язок збе-

реження лікарської таємниці передбачений і Клятвою лікаря затвердженою Указом Президента №349 від 15 червня 1992 р. [4].

Однак не зважаючи на нормативне регулювання цього питання, виникає низка спірних моментів. Одним з них є питання про суб'єктів, які зобов'язані зберігати лікарську таємницю. Головним суб'єктом права на лікарську таємницю є пацієнт, проте в окремих випадках незалежно від його волі та бажання цю інформацію можуть отримати й інші суб'єкти. Відповідно до законодавства такими особами можуть бути перш за все лікарі та інші медичні працівники, службові особи правоохоронних органів, родичі та близькі хворої особи. Тоді, ці особи стають суб'єктами збереження лікарської таємниці, що охороняється законом і не мають права розголошувати її [5].

Щодо питання яке стосується збереження лікарської таємниці після смерті пацієнта, то тут існують різні точки зору. Слід погодитися з А. Савицькою, яка вважає, що всі відомості про хворобу, сімейне та інтимне життя померлого повинні залишатися об'єктом лікарської таємниці з метою забезпечення охорони його доброго імені і репутації його родичів (проте деяку інформацію можна відкрити якщо це послужить інтересам його близьких, родичів, спадкоємців і т.д.) [2].

Наступним проблемним питанням у цій сфері є те, що з огляду на недосконалість та несистемність чинного законодавства, що регулює сферу охорони здоров'я, у тому числі питання збереження лікарської таємниці, не кожен лікар достименно знає, які саме відомості є об'єктом лікарської таємниці, не говорячи про обізнаність у процедурі і нюансах розголошення такої інформації. Законодавство України не містить вичерпного переліку відомостей, які утворюють зміст категорії «лікарська таємниця». Але аналізуючи нормативно-правову базу, можна дійти висновку, що об'єкт лікарської таємниці становить інформація профакт звернення за медичною допомогою; стан здоров'я пацієнта; хворобу та діагноз; огляд та його результати; методи лікування; інтимну і сімейну сторону життя; інші відомості, одержані при медичному обстеженні [1].

Отже, на сьогодні складність збереження інформації про пацієнта, що становить лікарську таємницю, полягає в тому, що в чинному законодавстві України відсутній єдиний нормативний акт, який би повністю регулював це питання. Оскільки лікарська таємниця є досить важливим інститутом у житті кожної людини, на мою думку необхідно перейняти досвід інших країн, зробити висновки та прийняти єдиний нормативно-правовий акт, який містив би: запровадження обов'язкового медичного страхування, що підвищило б соціальні гарантії у сфері медичної діяльності та страхового захисту для громадян України; деталізувати відповідальність для тих осіб, які порушили вимоги щодо збереження у таємниці відомостей медичного характеру стосовно конкретного пацієнта; удосконалити процедури документального оформлення згоди пацієнта на медичне втручання і, як наслідок, правового забезпечення відповідальності лікаря за неправомірне розголошення конфіденційної інформації, що міститься у лікарській таємниці.

### Література:

1. Шатковська І.В. Правове регулювання інституту лікарської таємниці (українська історія та міжнародний досвід). Електронний ресурс.[Режим доступу]: <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/FP/2009-3/09.pdf>
2. Т.І. Длугопольська. Проблеми правового регулювання лікарської (медичної) таємниці в законодавстві України про охорону здоров'я. Електронний ресурс. [Режим доступу]:<http://dSPACE.nbu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/24293/33-Dlugopolska.pdf?sequence=1>
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ.Електронний ресурс.[Режим доступу]: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
4. Указ Президента України «Про Клятву лікаря» від 15.06.1992 № 349/<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/349/92>
5. О.І.Мацегорін. Цивільно-правова охорона права на таємницю про стан здоров'я. <http://dSPACE.nbu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/23659/37-Matsegorin.pdf?sequence=1>

**Батигіна О.М.,**

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

### **ЩОДО ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДІЙСНЕННЯ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ**

В умовах, коли у світі лютують масові захворювання сільськогосподарських тварин в Україні утримується сприятлива епізоотична ситуація. Перевагою вітчизняної системи державного регулювання сільського господарства є розгалужена служба ветеринарної медицини і досить розвинутий комплексний інститут аграрного права – інститут правового регулювання ветеринарної медицини. В основі правового регулювання ветеринарної справи лежать публічно-правові відносини щодо забезпечення здоров'я свійських тварин та уникнення небезпек для людини, пов'язаних з хворобами тварин, а також приватноправові відносини щодо підвищення економічної ефективності сільськогосподарського тваринництва шляхом надання якісних послуг щодо лікування тварин.

Центральне місце у системі правового регулювання ветеринарної медицини посідає Закон України «Про ветеринарну медицину» від 25 червня 1992 р. (у редакції Закону від 10 квітня 2015 р.). Взагалі цей Закон мав вже більше десяти редакцій, що свідчить про його особливе значення в системі джерел аграрного права.

Відповідно до ст. 1 Закону України «Про ветеринарну медицину» під ветеринарною медициною розуміють галузь науки та практичних знань про хвороби тварин, їх профілактику, діагностику та лікування, ветеринарно-санітарну якість та безпеку продукції тваринного, а на ринках – і рослинного походження, про збереження здоров'я і продуктивності тварин, запобігання хворобам і захисту людей від захворювань, спільних для тварин і людей.

Перший розділ Закону визначає загальні положення, другий присвячений державному управлінню в галузі ветеринарної медицини, третій регулює державний ветеринарно-санітарний контроль та нагляд, четвер-

тий присвячений принципам розроблення, затвердження і застосування ветеринарно-санітарних заходів. Також у Законі містяться розділи щодо захисту здоров'я тварин; регулювання обігу тварин та репродуктивного матеріалу; надзвичайні протиепізоотичні комісії та карантин тварин; регулювання виробництва та обігу неїстівних продуктів тваринного походження; наукове забезпечення ветеринарної медицини, статус державної фармакологічної комісії ветеринарної медицини, статус державних та уповноважених лабораторій; регулювання виробництва та обігу ветеринарних препаратів, субстанцій та засобів ветеринарної медицини; вимоги до виробництва кормових добавок, преміксів та кормів для тварин; вимоги щодо здійснення міжнародної торгівлі; фінансування, матеріально-технічне забезпечення; ветеринарна практика, підготовка та статус спеціалістів ветеринарної медицини, інформаційне забезпечення державної служби ветеринарної медицини; відповідальність осіб за правопорушення в галузі ветеринарної медицини; міжнародне співробітництво та прикінцеві положення.

У наказі Міністерства аграрної політики та продовольства України «Про затвердження Положення про функціональну підсистему захисту сільськогосподарських тварин і рослин єдиної державної системи запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру» від 25.05.1999 № 214 ветеринарну медицину визначено як галузь, що охоплює систему наук про хвороби тварин, їх профілактику, діагностику, лікування, визначення якості харчових продуктів і сировини тваринного походження та діяльність, спрямовану на збереження здоров'я і продуктивності тварин, запобігання хворобам і захисту людей від захворювань, спільних для тварин і людей. Також у вищевказаному Положенні дається перелік осіб, які відносяться до спеціалістів ветеринарної медицини – це лікарі та фельдшери ветеринарної медицини, які здійснюють діагностичні, профілактичні, оздоровчі, лікувальні роботи в тваринництві, ветеринарно-санітарну експертизу тваринницької та рослинницької продукції або надають інші ветеринарні послуги.

Іншими нормативно-правовими актами в системі ветеринарного законодавства є закони України «Про тваринний світ» від 13.12.2001 № 2894-III, «Про племінну справу у тваринництві» від 15.12.1993 № 3691-XII, «Про бджільництво» від 22.02.2000 № 1492-III, «Про молоко та молочні продукти» від 24.06.2004 № 1870-IV тощо. Так, наприклад, у ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 02.03.2015 № 222-VIII вказується, що ветеринарна практика є тим видом господарської діяльності, який ліцензується. У ст. 10 Закону України «Про захист тварин від жорстокого поводження» від 21.02.2006 № 3447-IV закладено правила ветеринарного обслуговування тварин. Нормативно-правові приписи здійснення ветеринарної справи також містяться і у Законі України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» від 23.12.1997 № 771/97-ВР, у ст. 34 якого встановлені правила щодо забою тварин. Новелою цього закону є азб. 2 п. 2 ст. 34 – із 1 січня 2025 року продукти, отримані в результаті забою не на бойні, що має експлуатаційний дозвіл, можуть використовуватися виключно для власного споживання або реалізації на агропромисловому ринку кінцевому споживачу в межах 50 кілометрів від місця забою або в області, в якій він здійснений.



Існує також цілий ряд підзаконних актів (інструкцій, правил, положень, рекомендацій) у сфері ветеринарної медицини. Відповідно до Указу Президента України «Про невідкладні заходи щодо забезпечення стабільної епізоотичної ситуації в Україні» від 22 березня 2002 р. № 192/2001 значно посилено режим ветеринарного нагляду та контролю. Зокрема наказом Міністерства аграрної політики України «Про запровадження ідентифікації і реєстрації великої рогатої худоби» від 17 вересня 2003 р. №342 впроваджено режим повсюдної ідентифікації великої рогатої худоби. Згідно з Законом України «Про ідентифікацію та реєстрацію тварин» від 04.06.2009 № 1445-VI створено Єдиний державний реєстр тварин (електронна база даних про ідентифікованих тварин, їх власників/утримувачів, господарства, переміщення, забій, утилізацію, загибель, падіж таких тварин). Відповідно до ст. 4 вищевказаного закону об'єктами ідентифікації та реєстрації є сільськогосподарські тварини (велика рогата худоба, коні, свині, вівці, кози).

Важливе місце в системі нормативних актів посідає постанова Кабінету Міністрів України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 10.09.2014 № 442, якою було суттєво змінено систему органів державного управління у сфері ветеринарної медицини. Зокрема, замість Державної ветеринарної та фітосанітарної служби (колишні Державний комітет ветеринарної медицини, Державна інспекція з карантину рослин та Державна інспекція захисту рослин) було утворено Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, поклавши на Службу, що утворюється, функції з реалізації державної політики, які виконували органи, що припиняються (крім функцій з реалізації державної політики у сфері племінної справи у тваринництві, у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження), у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників) тощо. До новоствореної Служби також приєднано Державну інспекцію з питань захисту прав споживачів і Державну санітарно-епідеміологічну службу. Відповідно вищевказаної постанови на Міністерство аграрної політики та продовольства України покладено функції з реалізації державної політики у сфері племінної справи у тваринництві. Центральні органи виконавчої влади, що припиняються згідно з цією постановою, продовжують здійснювати повноваження та функції у визначених сферах до завершення здійснення заходів з утворення центральних органів виконавчої влади, яким передаються повноваження та функції центральних органів виконавчої влади, що припиняються.

Підводячи підсумок потрібно зазначити, що правове забезпечення здійснення ветеринарної медицини в Україні містить розгалужену систему нормативно-правових актів різної юридичної сили, що зумовлює виникнення складнощів при здійсненні правозастосовної діяльності у цій сфері.

*Белецкая А.А.,  
доц. ННУ им. Я. Мудрого*

## **ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ПРОЦЕССА ВАКЦИНАЦИИ В УКРАИНЕ**

Вопросы защиты детей и взрослых от инфекционных заболеваний издавна беспокоят человечество. В этом году исполняется 219 лет со дня первой вакцинации, проведенной английским врачом Эдуардом Дженнером, который почти 30 лет изучал явление, когда люди, переболевшие «коревой оспой», не заражались натуральной оспой человека [1].

Теория коллективного иммунитета создавалась в начале XX века, когда в обществе имелся достаточный естественный иммунитет к болезням из-за высокой инфекционной заболеваемости, и требовалось привить лишь сравнительно небольшое число людей, не имеющих этого иммунитета. Теперь же эта концепция применяется к совершенно другому времени: снижение инфекционной заболеваемости, люди имеют большее число патологических изменений в своем организме, что является одной из главных причин отказа от вакцинации [2].

За границей отказ от прививок воспринимается как отсутствие родительской заботы. Во Франции отказ от прививки против туберкулеза наказывается штрафом (3750 EUR) и тюремным заключением (шесть месяцев), а от других обязательных прививок – 1500 EUR и / или один месяц заключения. Национальная лига Франции за свободу в вакцинации приравнивает принудительные медицинские действия к посягательству на свободу личности [3].

Успех вакцинации во многом зависит от иммунизации максимального количества людей: «иммунологический щит» создается тогда, когда привитые люди составляют 90-95% населения. Но не всегда защита путем вакцинации оказывается достаточно надежной: известны случаи развития самого инфекционного заболевания после вакцинации – так называемое вакциноассоциированное (протекает в легкой форме), а некоторые попытки вакцинации могут обернуться развитием серьезных ранних или поздних поствакцинальных осложнений или даже смертью в течение 30 суток.

Но благодаря прививкам в 80-х годах XX века была глобально ликвидирована натуральная оспа, заболеваемость дифтерией, коклюшем, полиомиелитом, корью существенно уменьшилась, сегодня они регистрируются в виде вспышек или спорадических случаев, а в некоторых европейских странах – не регистрируются уже продолжительное время. Мировой опыт свидетельствует, что риск развития осложнений после прививок намного ниже, чем неблагоприятное тяжелое течение соответствующей инфекции и количество осложнений от нее [4].

То есть, если с медицинской точки зрения целесообразность проведения вакцинации против многих инфекционных заболеваний практически не вызывает сомнений, то в правовой практике вакцинации в Украине остается нерешенным вопрос: «Вакцинация – право или обязанность?»

Анализируя этот аспект, выяснилось, что в ст.12 Закона «О защите населения от инфекционных болезней»[5] заложено две взаимоисключающие нормы: об обязательности прививок и возможность отказа от них, который не влечет за собой никаких правовых последствий. В Основах законодательства Украины о здравоохранении [6] и в Гражданском кодексе Украины [7]

установлено, что любое медицинское вмешательство или медицинская помощь проводится с согласия гражданина, в том числе это касается и вакцинации, которая также является медицинским вмешательством.

Согласно ст.10 Закона Украины «Основы законодательства о здравоохранении» [6] и ст.5 Закона Украины от 24.02.1994 № 4004-ХІІ «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» [8], вакцинация является обязанностью в предусмотренных законодательством случаях. В ст.12 Закона Украины «О защите населения от инфекционных заболеваний» [5], обязательными являются прививки против дифтерии, коклюша, кори, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, вирусного гепатита В, гемофильной инфекции, которые включены в национальный Календарь прививок. Отдельно выделены обязательные прививки для определенных групп населения: по возрасту; в случае нарушения сроков вакцинации; для ВИЧ-инфицированных лиц; по состоянию здоровья; против вирусного гепатита; лиц с новообразованиями; лиц, находящихся длительно на гемодиализе и принимающих длительно многократные переливания донорской крови или ее препаратов; прививки на эндемических и эндотических территориях и прививки по эпидемиологическим показаниям; для отдельных категорий работников.

С другой стороны, ст.8, 43 Закона Украины «Основы законодательства о здравоохранении», по мнению некоторых авторов [6], дает основание рассматривать вакцинацию как право. В ст.17 Закона Украины «О выполнении решений и использовании практики Европейского суда по правам человека» от 23.02.2006г [9] отмечено: Европейский суд по правам человека не однократно подчеркивал, что свобода выбора и самоопределение есть фундаментальная составляющая жизни и отсутствие некоторых признаков необходимости защиты третьих лиц, таких как, например, принудительная вакцинация во время эпидемии, государство должно воздерживаться от вмешательства в свободу выбора граждан в сфере охраны здоровья, поскольку такое вмешательство может только уменьшить, а не повысить ценность жизни. Таким образом, Европейский суд по правам человека определяет вакцинацию как право человека, как элемент права на свободу выбора граждан в сфере охраны здоровья, за исключением ситуаций, когда речь идет о необходимости защиты третьих лиц. Эксперты этой организации рекомендуют закрепить такую формулировку в законе: «Каждый гражданин Украины имеет право на профилактические прививки (вакцинацию) с целью предотвращения развития и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.» Вакцинация – это обязанность государства. Именно оно обязано предоставить своим гражданам возможность проведения безопасной вакцинации, соответствующей современным требованиям медицинской науки. Воспользоваться этой возможностью или нет – безусловное право каждого жителя страны [3]. Таким образом, сегодня этот важный вопрос требует дальнейшего правового урегулирования.

#### **Література:**

1. Вакцинация: правильные акценты [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://blog.liga.net/user/rsobol/article/17000.aspx>

2. Вирус массовой вакцинации [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.2000.ua/v-nomere/aspekty/ekspertiza\\_aspekty/virus-massovoj-vaktsinatsii\\_arhiv\\_art.htm](http://www.2000.ua/v-nomere/aspekty/ekspertiza_aspekty/virus-massovoj-vaktsinatsii_arhiv_art.htm)

3. Гражданский кодекс Украины [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://meget.kiev.ua/kodeks/grazdanskiy-kodeks/>

4. Законодавче забезпечення вакцинації в Україні / Квартальний звіт Аналітико-експертного центру досліджень у сфері громадського здоров'я при ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» 2011 р. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medicallaw.org.ua/ua/novini/article/ЗАКОНОДАВЧЕ%20ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ%20ВАКЦИНАЦІЇ%20В%20УКРАЇНІ/>

5. Иммунпрофилактика инфекционных болезней [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/632/1/иммунопрофилактика.pdf>

6. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Электронный ресурс]: Закон від 19.11.1992 № 2801-ХІІ (у редакції від 13.01.2012 р.) Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/print1329904871796443>

7. Прививки: основные проблемы [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://sv-rasseniya.narod.ru/booki/ruthless\\_immunization/3.html](http://sv-rasseniya.narod.ru/booki/ruthless_immunization/3.html)

8. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення [Электронный ресурс]: Закон від 24.02.1994 № 4004-ХІІ (у редакції від 19.04.2012 р.) Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4004-12/print1329904871796443>

9. Про захист населення від інфекційних хвороб [Электронный ресурс]: Закон від 06.04.2000 № 1645-ІІІ (у редакції від 01.06.2012 р.) Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1645-14/print1329904871796443>

**Бслікова І.В.,**

*доц. кафедри соціальної медицини,  
організації та економіки охорони  
здоров'я*

*з біостатистикою та медичним  
правознавством ВДНЗУ «УМСА»*

**Ляхова Н.О.,**

*викладач кафедри соціальної медицини,  
організації та економіки охорони  
здоров'я*

*з біостатистикою та медичним  
правознавством ВДНЗУ «УМСА»*

## **ВИЗНАЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ**

Визначною ознакою сьогодення стало накопичування великого обсягу різноманітної інформації. Не викликає сумніву, що якість та обґрунтованість управлінських рішень в охороні здоров'я тісно пов'язано зі своєчасністю та достовірністю статистичної інформації, вимоги до якої постійно зростають. Особливо це стає актуальним під час реформування галузі охорони здоров'я та входження України в сучасне інформаційне суспільство. Розвиток сучасних інформаційних технологій та впровадження їх у діяльність закладів охорони здоров'я потребує вдосконалення не тільки самої служби медичної ста-

тики, яка відповідає за збір, обробку, аналіз та збереження статистичної інформації, а й нормативно-правової бази, яка регламентує її роботу в розрізі змін, що відбуваються в галузі охорони здоров'я.

Основним законом, що регулює правові відносини в галузі державної статистики, визначає права і функції органів державної статистики, організаційні засади здійснення державної статистичної діяльності з метою отримання всебічної та об'єктивної статистичної інформації щодо економічної, соціальної, демографічної та екологічної ситуації в Україні та її регіонах і забезпечення нею держави та суспільства є Закон України Про державну статистику, що набув чинності у 1992 році.

Організація інформаційного та статистичного забезпечення системи охорони здоров'я, як і статистичного забезпечення інших галузей народного господарства, базується на наступних основних принципах:

- централізоване керівництво;
- єдина організаційна побудова та методологія;
- зв'язок органів статистики з органами державного управління.

В "Концепції побудови національної статистики України" (постанова Кабінету Міністрів № 326 від 4.05.1993 року) були представлені першочергові завдання розвитку соціальної і, зокрема, медичної статистики, серед яких розробка інформаційної бази впровадження нових методів медичного обслуговування населення; перехід в поточній статистиці на міжнародну методологію при визначенні живонароджених та мертвонароджених, стандартизованих коефіцієнтів природного руху населення, розробки причин смерті за розширеним класифікатором ВООЗ, видання демографічного щорічника та ін.

У зв'язку з завершенням реалізації переважної частини завдань "Концепції", як першого етапу реформування державної статистики, постановою Кабінету Міністрів № 971 від 27.06.1998 року була затверджена "Програма реформування державної статистики на період до 2002 року". Вона передбачала перехід України на міжнародну систему обліку та статистики, використання вибірових обстежень, комбінованих методів спостереження та аналізу, запровадження моніторингу за рядом актуальних проблем.

Продовженням роботи щодо оптимізації діяльності служби медичної статистики став Наказ МОЗ «Про подальше вдосконалення служби медичної статистики системи МОЗ України» №592 від 2.12.2004 року яким було затверджені примірні положення про інформаційно-аналітичний центри медичної статистики різних рівнів.

Разом з програмою реформування державної статистики були запроваджені заходи щодо розвитку системи інформаційного забезпечення, правовою основою якої є Закон України "Про Концепцію Національної програми інформатизації"

Процес інформатизації не міг не стосуватися охорони здоров'я. Розвиток сучасних технологій висуває нові вимоги для закладів, що працюють з медичною інформацією.

Загальновідомо, що протягом робочого дня більшість медичних працівників переобтяжені великою кількістю облікових статистичних форм. Деякі лікувальні заклади вже запровадили комп'ютерні програми типу «Поліклініка», «Стаціонар» та ін., що дало змогу перейти на безпаперові носії

інформації. Але, слід зазначити, що згідно Наказу МОЗ України №330 від 5.07.2005 передбачено список документації, яка повинна вестися на паперових носіях, цей список включає понад 280 форм.

На сьогодні продовжується робота над активним впровадженням в діяльність служби медичної статистики сучасних інформаційних технологій та уніфікованих сертифікованих програмних продуктів. В свою чергу це ставить нові завдання перед законотворцем щодо змін у нормативно-правовій базі.

#### **Література:**

1. Закон України «Про Концепцію Національної програми інформатизації» від 4.02.1998 року N 75/98-ВР [Електронний ресурс]- Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>

2. Наказ МОЗ України №330 від 5.07.2005 «Про запровадження ведення електронного варіанту облікових статистичних форм в лікувально-профілактичних закладах» – [Електронний ресурс]- Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>

3. Проект Наказу "Про заходи щодо запровадження автоматизованої інформаційно-аналітичної системи забезпечення закладів в охорони здоров'я". [Електронний ресурс]- Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>

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

### **ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ МОМЕНТУ ЗАКІНЧЕННЯ НЕЗАКОННОГО ПРОВЕДЕННЯ АБОРТУ**

Визначаючись із моментом завершення посягання, відповідальність за вчинення якого передбачається у ст. 134 «Незаконне проведення абортів», перш за все, необхідно звернути увагу на той факт, що у ч. 1 та ч. 2 містяться відмінні конструкції складу згаданого посягання. Так, у ч. 1 ст. 134 КК законодавець кримінальну відповідальність пов'язує із самим фактом проведення абортів особою, яка не має спеціальної медичної освіти. У частині ж другій названої статті у якості криміналізуючої ознаки виступають перелічені у законі наслідки, а саме: тривалий розлад здоров'я, безплідність або смерть потерпілого. Таким чином окремих наслідків, які б потребували встановлення і визначали кваліфікацію діяння за ч. 1 ст. 134 КК законодавець не називає, що, в свою чергу, дозволяє визначити склад злочину, передбачений у ч. 1 ст. 134 КК як формальний. Саме до такого висновку можливо прийти, ураховуючи і класичну конструкцію ст.134 КК, де у ч. 2 вказані законом суспільно-небезпечні наслідки виступають у якості кваліфікуючої ознаки діяння.

Одразу ж позначимо, що щодо моменту визначення закінченим кваліфікованого складу незаконного проведення абортів складнощів не повинно виникати. Так, смерть жінки, яка настала в результаті проведення абортів, за наявності прямого причинно-наслідкового зв'язку буде свідчити про завершеність посягання, передбаченого ч. 2 ст. 134 КК. Те саме стосується і інших наслідків. Зокрема, під безпліддям розуміється нездатність жінки у репродуктивному віці до запліднення. Відповідно ж до п. 2.2.2. Наказу МОЗ України, яким затверджені «Правила судово-медичного визначення ступеня

тяжкості тілесних ушкоджень» тривалим належить вважати розлад здоров'я строком понад 3 тижні (більш як 21 день). Отже встановлення у висновку судово-медичної експертизи відповідних наслідків дозволяє визначитися із моментом завершення цього злочину.

Разом із тим, у ч. 1 ст. 134 КК законодавець настання кримінальної відповідальності пов'язує із самим фактом втручання в організм вагітної жінки, тобто проведенням абортів. У медицині під абортим (від лат. -abortus) розуміється процедура із переривання вагітності. Саме тому використаний законодавцем термін «проведення абортів» наводить на певні роздуми щодо визначення моменту закінчення цього посягання. Термін «проведення», будучи віддієслівним іменником, може утворюватися від дієслова недоконаного виду – «проводити», а крім того, і від дієслова доконаного виду «провести». У зв'язку з чим виникає запитання, що для нас є визначальним. Перший варіант – порушення встановленого порядку проведення процедури з переривання вагітності, яке полягає у здійсненні цієї діяльності особою яка не має спеціальної медичної освіти. Другий варіант – результат цієї діяльності, яка проведена з порушенням – переривання вагітності. На нашу думку, саме результат – переривання вагітності визначає суспільну небезпечність цього діяння як злочинного. Від так, саме проведення відповідних медичних процедур без настання відповідного наслідку – переривання вагітності свідчить про наявність незавершеного посягання і має кваліфікуватися з посиланням на ст. 15 КК як замах на незаконне проведення абортів.

Крім того, слід звернути увагу на те, що висловлювана окремими науковцями позиція з приводу того, що цей злочин є закінченим з моменту вигнання плоду є не зовсім точною. Так, при аборті в залежності від способу його здійснення момент переривання вагітності не завжди може збігатися із моментом вигнання плоду. Наприклад, у випадку переривання вагітності медикаментозним шляхом переривання вагітності фактично у часі може передувати вигнанню плода.

Отже, завершення злочинного посягання, відповідальність за вчинення якого передбачається у ч. 1 ст. 134 КК необхідно пов'язувати виключно з моментом переривання вагітності.

*Гаркуша А.О.,  
к.ю.н., доц. кафедри  
теорії та історії держави і права  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ДОСВІД ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИРОБНИЦТВА І ТОРГІВЛІ ВИРОБАМИ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ТА МЕДИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ В МЕЖАХ ЄС**

1985 було розпочато реформу системи технічного регулювання ЄС, до завдань якої входять: забезпечення високого рівня безпеки виробів, вільне переміщення товарів в рамках єдиного ринку, заохочення конкуренції та інновацій, зниження витрат виробників. Основні положення реформи були розроблені в 1989 р, майже повністю вона введена в 1993р. Дана система отримала назву «Новий підхід» [1].

Суть Нового підходу полягає в тому, що: 1) на законодавчому рівні приймаються базові вимоги щодо безпеки продукції, сформульовані в за-

гальному (якісному) вигляді; 2) детальні вимоги безпеки розкриваються в стандартах, які носять добровільний характер; 3) з усього масиву стандартів державні органи формують і підтримують перелік стандартів, застосування яких на добровільній основі гарантує відповідність нормативним загальним базовим вимогам. Ці стандарти носять назви «гармонізованих» (із загальними вимогами); 4) для доказу відповідності зазначеним «гармонізованим» стандартам підприємства на ринковій основі звертаються до акредитованих дослідним лабораторіям і / або органам по сертифікації і отримують відповідні сертифікати; 5) органи влади уповноважують спеціальні організації для проведення експертизи поданих заявником доказів відповідності виробів базовим (загальним) вимогам безпеки та ефективності. На сьогоднішній день в ЄС діють близько 30 директив «Нового підходу» [2, с. 55].

В рамках Нового підходу для медичних виробів з точки зору визначення аспектів безпеки застосовуються такі директиви: 93/42 / ЕЕС «Про медичні вироби» [3]; 90/385 / ЕЕС «Про активні медичних виробках, імплантуються» [4]; 98/79 / ЕЕС «про виробках медичного призначення для діагностики *in vitro*» [5]. Директива 93/42 / ЕЕС охоплює всю сферу медичних виробів, включаючи предмети разового використання, а також не активні імплантати.

Медичними виробами за змістом директиви 93/42 / ЕЕС є інструменти, пристрої і т.д., які призначені для використання людиною з метою знаходження, спостереження, лікування і т.д. травми, інвалідності, хвороби і т.д. або моніторингу або зміни частини людської анатомії фізіологічної діяльності людського тіла і т.д. Класифікація медичних виробів має вирішальне значення при здійсненні процесу сертифікації. Директива 93/42 / ЕЕС передбачає чотири класи. Клас I встановлюється для виробів з мінімальним ризиком для пацієнта і які диференціюються на основі критерію про стерильність виробу. Більш строгі правила сертифікації поширюються на більш небезпечні вироби, для них застосовуються класи IIa і IIb в той час як клас III включає вироби, які становлять найбільшу небезпеку для пацієнтів.

Директива 90/385 / ЕЕС застосовується тільки до медичних виробів, які вимагають особливого джерела енергії і які були імплантовані в тіло людини хоча б частково [6]. Випускаються відповідно до вимог даних директив медичні вироби, маркується знаком «CE». Маркування CE – знак, яким виробник засвідчує, що виріб відповідає основним вимогам гармонізованих стандартів ЄС, які регулюють його нанесення [7].

Відповідними директивами передбачено функціонування Європейського банку даних медичних виробів [8]. Це інтернет-ресурс, який покликаний забезпечити інформаційний обмін між компетентними органами для посилення нагляду за ринком медичних виробів. Інформація про них систематизована відповідно до глобальної веб-номенклатури такої продукції (GMDN доступ обмежений) [9; 10, с. 2].

Що стосується регулювання медичних виробів в країнах ЄС, то його можна розділити на два сегменти: доринковий і ринковий. До доринкового сегменту відноситься проведення процедур оцінки відповідності продукції за обраною виробниками схемою сертифікації. Ринковий сегмент – це діяльність органів ринкового нагляду, які здійснюють моніторинг і перевірку продукції, представленої на ринку, на відповідність застосованим директивам; розглядають коригувальні заходи для приведення її у відповідність і виправ-



лення порушень; застосовують відповідні заходи щодо осіб, відповідальних за невідповідність товарів чи маркування відповідності [1].

В ЄС різні етапи контролю з боку влади розподілені між різними суб'єктами, включаючи національні органи держав-членів (Competent Authorities), приватні організації, що діють в якості партнерів у процесі сертифікації медичних виробів (Notified Bodies) [12], і Європейська комісія з лікарських засобів (ЕМЕА). Європейська комісія з лікарських засобів являє собою децентралізоване агентство ЄС, знаходиться в Лондоні. Агентство несе відповідальність за оцінку лікарських засобів і медичних виробів, розроблених фармацевтичними компаніями для використання в ЄС з 1995 року.

З аналізу усього вищевикладеного, можна зробити висновки про те, що регулювання виробництва і торгівлі медичними виробами в ЄС відбувається в два етапи: до їх введення в обіг (так званий попередній скринінг) і протягом усього терміну їх придатності (теоретично доти, поки споживач може його застосувати). Точкою поділу між цими етапами виступає момент введення медичного виробу в оборот. Для того щоб пройти відповідний контроль, суб'єкти господарювання повинні дотримуватися встановлені вимоги до якості медичних виробів і пройти процедури, встановлені законодавством. Складність процедури, яку зобов'язані пройти медичні вироби перш ніж бути допущеними в обіг безпосередньо залежить від класу, до якого належить даний медичний виріб. Розподіл медичних виробів на класи відбувається за критерієм ризику для життя і здоров'я людини.

Нормативно-правова база ЄС є гнучкою і надає суб'єктам господарювання більшу можливість вибору. Дана гнучкість проявляється як в тому, що на законодавчому рівні визначені лише базові вимоги до якості медичних виробів, детальні ж вимоги визначаються в стандарти, технічні регламенти, специфікаціях, які носять добровільний характер. Суб'єкти господарювання вільні вибирати будь-яке технічне рішення, яке забезпечує дотримання основних вимог, також вони можуть вибирати між різними процедурами оцінки відповідності та між акредитованими органами з оцінки відповідності. Сам суб'єкт господарювання зацікавлений в тому, щоб пройти процедуру оцінки відповідності та мати право нанести на свій медичний виріб знак відповідності, оскільки це дасть йому реальні конкурентні переваги.

На нашу думку, для України, враховуючи євроінтеграційні зобов'язання, перспективним буде введення такої системи регулювання, яка функціонує в ЄС. З одного боку вона дозволяє здійснювати ефективний контроль за суб'єктами господарювання, що здійснюють виробництво і торгівлю медичними виробами та забезпечити за допомогою існуючої системи якості безпеку медичних виробів, які вводяться в оборот, а з іншого боку не пригнічує суб'єктів господарювання тотальним контролем, дає можливість при виконанні базових вимог вибирати той варіант поведінки, який є найбільш прийнятним, зрозумілим і зручним для даного конкретного підприємства.

#### **Література:**

1. Якість та безпека Медично виробів в Україні: в очікуванні змін // Щотижневик Аптека. – 2014. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/309841>. – Назва з екрана.
2. Антонов В. С. Міжнародний досвід регулювання ринку медичних виробів та можливості його використання в Росії / В. С. Антонов // Лабораторна служба. – 2013. – № 1. – С. 54 – 57.

3. Council Directive 93/42 / EEC of 14 June тисяча дев'яносто дев'яносто-три concerning medical devices [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ec.europa.eu/consumers/sectors/medical-devices/market-surveillance-vigilance/eudamed/>.

4. Council Directive 90/385 / EEC of 20 June 1990 on the approximation of the laws of the Member States relating to active implantable medical devices [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.emergogroup.com/files/EUROPECONSOLIDATED-90-385-EEC.pdf>.

5. Directive 98/79 / EC of the European Parliament and of the Council of 27 October +1998 on in vitro diagnostic medical devices [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.hpa-standardmethods.org.uk/documents/qsop/pdf/qsop33.pdf>.

6. Stefan Kirchner. The European Law of Medical Products. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ssrn.com/author=343201>.

7. Інститут технічної нормалізації, метрології й державного тестування ІНМТ. Маркування СЕ – значення, призначення, ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ї приклада! Застосування. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://csi.dp.ua/tl\\_files/data/Information%20CE%202.ppt](http://csi.dp.ua/tl_files/data/Information%20CE%202.ppt).

8. European databank for medical devices – Eudamed [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ec.europa.eu/consumers/sectors/medical-devices/marketsurveillance-vigilance/eudamed/>.

9. Global Medical Device Nomenclature [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.gmdnagency.com/>.

10. Оверчук Л. П. Державне регулювання імплементації Європейського досвіду технічних регламентів относительно виробів медичного призначення в умовах Реформування Галузі охорони здоров'я / Л. П. Оверчук // Теорія та практика державного управління. – 2013. – Вип. 4 (43). – С. 1 – 8.

11. Bernhard Lobmayr. An Assessment of the EU Approach to Medical Device Regulation against the Backdrop of the US System / B. Lobmayr // European Journal for Risk Regulation. – Issue 2.- 2010. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ssrn.com/abstract=1695310>.

12. European Medicines Agency. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/about\\_us/general/general\\_content\\_000235jsp](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/about_us/general/general_content_000235jsp).

*Греков Є.А.,*

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

### **ДИСТАНЦІЙНИЙ ПРОДАЖ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ**

Специфічні характеристики окремих речей як об'єктів цивільних відносин зумовлюють необхідність впровадження особливих підходів та спеціальних вимоги для їх залучення до цивільного обороту. Серед таких об'єктів за кількома параметрами виділяються лікарські засоби. З однієї сторони, вони є товаром щодо якого укладаються різноманітні договори у сфері цивільних відносин, від споживчих договорів купівлі-продажу до договорів про рекламу, науково-дослідні роботи тощо, а з іншої – це речі, які внаслідок своїх властивостей та призначення мають безпосередній вплив на здоров'я

людини, що може призвести до позитивних чи негативних наслідків. Зважаючи на це, лікарські засоби залежно від категорії випуску можуть розглядатись як вільно або обмежено оборотоздатні об'єкти цивільних прав, а у випадках встановлених законом, і як об'єкти вилучені з цивільного обороту. Не вдаючись в аналіз причин встановлення певних обмежень для даної категорії речей, пропонуємо приділити увагу більш детальному розгляду природи законодавчого обмеження характерного для усіх лікарських засобів незалежно від їх класифікації, а саме заборони дистанційного їх продажу. Пропонується розглянути це питання в аспекті реформування законодавства України у сфері обігу лікарських засобів з огляду на процес адаптації нормативного регулювання у цій сфері до законодавства ЄС, і, в першу чергу, положень Директиви № 2001/83/ЄС Європейського Парламенту та Ради «Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів (для людського використання)».

Відомим є той факт, що ключовою датою з якою пов'язується заборона продажу ліків через Інтернет в Україні, що є переважаючим способом дистанційного продажу, є 29 грудня 2011 року – дата набрання чинності діючими Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами. Даний крок можна розглядати в якості своєрідної реакції держави на особі своїх уповноважених органів на неможливість контролювати виклики та упоратися з наслідками розповсюдження лікарських засобів у спосіб, правове регулювання якого знаходилось у зародковому стані, зважаючи на існування по суті єдиного нормативного документа, що містив правила продажу товарів на замовлення та поза торговельними або офісними приміщеннями, і жодним чином не враховував специфіки лікарських засобів як товару.

В Європейському співтоваристві етапи розвитку дистанційної торгівлі лікарськими засобами можна певною мірою співвіднести з прийняттям ключових актів законодавства ЄС у сфері електронної комерції та згаданого вище Кодексу Співтовариства відносно лікарських засобів. У якості початку першого етапу можна виділити ухвалення Директиви 97/7/ЄС Європейського парламенту та Ради «Про захист прав споживачів в дистанційних контрактах» від 20 травня 1997 року, яка визначила обов'язки виконавця та основні права споживача у сфері дистанційної торгівлі. Серед іншого статтею 14 Директиви було надано право державам-членам, в цілях загального інтересу, запроваджувати заборону маркетингу певних товарів чи послуг, зокрема, медичної продукції, на своїй території за допомогою засобів дистанційного зв'язку. Даною можливістю скористалася більшість держав-членів ЄС, оскільки на початку 2000-х років можливість розповсюдження лікарських засобів через Інтернет існувала лише у Нідерландах, Великобританії і Швеції, а з окремими обмеженнями – також у Німеччині, Бельгії та Норвегії.

Наступним етапом було прийняття Директиви 2000/31/ЄС Європейського парламенту та Ради «Про деякі правові аспекти інформаційних послуг, зокрема, електронної комерції, на внутрішньому ринку» від 8 червня 2000 року, яка встановила основний принцип, що електронна комерція повинна бути дозволена в межах ЄС і законодавство держав-членів має визнавати дійсність угод, укладених в електронній формі. Крім того, даною директивою було визначено мінімально необхідний обсяг даних, що мають бути надані споживачеві інформаційних послуг, як-то найменування поста-

чальника послуги, його адреса, дані реєстрації тощо. В подальшому надання цих та інших даних компетентному органу держави-члена ЄС були визнані як обов'язкова передумова для здійснення діяльності з дистанційного продажу лікарських засобів.

Важливою віхою на шляху розвитку дистанційної торгівлі ліками було ухвалення Директиви № 2001/83/ЄС Європейського Парламенту та Ради «Кодекс Співтовариства відносно лікарських засобів (для людського використання)». Саме цим документом були визначені основні вимоги до осіб, які мають право на здійснення дистанційного продажу лікарських засобів, обов'язку попередньої реєстрації даних про них, обсягу необхідної інформації, що має бути доступною на веб-сайті з продажу ліків; запроваджено використання загального логотипу, що дозволяє ідентифікувати державу – члена ЄС, в якій зареєстровано особу, що займається дистанційним продажем лікарських засобів населенню, та верифікувати останню за відповідним списком; зобов'язано компетентні органи держав-членів ЄС створити веб-сайт, що має містити нормативну та довідкову інформацію, пов'язану з дистанційним продажем лікарських засобів населенню; закріплено необхідність провадження компетентними органами інформаційних компаній з метою підвищення обізнаності споживачів про ризики, пов'язані з незаконно розповсюджуваними лікарськими препаратами тощо.

Значну роль у розумінні «правил гри» щодо дистанційного продажу лікарських засобів за Кодексом Співтовариства відносно лікарських засобів відіграло рішення Європейського суду у справі DocMorris (Case C-322/01 DeutscherApothekerverbandeV v. 0800 DocMorris NV (11 December 2003)). Зокрема, було зроблено висновки щодо припустимості дистанційного продажу ліків продавцем, розміщеним в одній країні, на території іншої країни-члена ЄС, вирішено пов'язані з цим питання щодо наслідків різної класифікації лікарських засобів у цих країнах та можливості їх реклами. Дане рішення фактично дозволило існування на території ЄС інтернет-аптек, проте з окремими обмеженнями.

Слід зауважити, що процес імплементації положень Директиви № 2001/83/ЄС триває і досі. Країни-члени ЄС поступово відмовляються від повної заборони торгівлі лікарськими засобами через Інтернет. Серед останніх країн можна назвати Італію, де відповідні законодавчі положення щодо можливості дистанційної торгівлі безрецептурними лікарськими засобами набрали чинності лише з 1 липня 2015 року. Загалом цей процес є свідченням того, що держави-члени ЄС усвідомлюючи неможливість протидіяти розвитку нових способів у сфері розповсюдження лікарських засобів, йдуть умовно безальтернативним шляхом встановлення правил такого розповсюдження та жорсткого контролю за їх виконанням.

Сприйняття такого досвіду в Україні дозволить в подальшому переглянути засади регулювання у сфері обігу лікарських засобів зі зміщенням основних акцентів в напрямку належного забезпечення прав споживачів у цій сфері та запобігання ризикам здоров'я пацієнтів та здоров'я населення. Першими кроками у цьому напрямку можна вважати набрання чинності Законом України «Про електронну комерцію» та включення до проекту нової редакції Закону України «Про лікарські засоби» положень щодо їх дистанційного продажу у відповідності з актами ЄС.

*Грекова М.М.,*

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

## **ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА: МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ І НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО**

Кожен з нас розуміє, наскільки важливо знайти своє місце в житті, займатися справою, котра дійсно подобається, приносить як моральне, так і матеріальне задоволення. Реалізація права на працю здійснюється, як правило, шляхом укладання трудового договору з конкретним роботодавцем. Правове регулювання трудових і безпосередньо пов'язаних з ними відносин виходить із загальноновизнаних принципів і норм міжнародного права та здійснюється у відповідності до Конституції України. Метою такого регулювання є створення справедливих умов праці, які забезпечують рівність прав і можливостей працівників. Саме дотримання принципу рівності вимагає неоднакового підходу до учасників трудових правовідносин.

Зазначимо, що міжнародні норми про працю стосуються так чи інакше практично усіх сфер діяльності людини. У свою чергу, велика кількість міжнародних трудових стандартів присвячені регулюванню праці окремих категорій працівників, які через стан здоров'я, фізіологічні, вікові, соціальні та інші особливості не можуть на рівних конкурувати на ринку праці та не мають однакових можливостей у реалізації загальних для всіх працівників прав та свобод. Міжнародна організація праці окремо виділяє працю осіб, які потребують підвищеного захисту, а саме: праця жінок; праця дітей і підлітків; трудящі похилого віку тощо. Ці категорії працівників об'єктивно потребують більшого захисту та підтримки, не лише з боку держави, а і всієї міжнародної спільноти. При цьому, за умов глобалізації проблеми регулювання праці жінок є одним з найбільш актуальних напрямів діяльності даної організації. За сучасних умов завдання світової спільноти полягає у подоланні за допомогою міжнародних трудових стандартів національних стереотипів щодо трудових функцій, які виконують жінки.

Захист материнства, допомога у поєднанні жінкою своєї репродуктивної функції з виробничою; запобігання нерівності через виконання її соціальної ролі – завжди були і залишаються головною, першочерговою задачею діяльності МОП, з року її заснування та прийняття перших конвенцій № 3 «Про захист материнства» (1919 р.) та № 4 «Про працю жінок в нічний час» (1919 р.) і до прийняття останньої конвенції № 189 «Про гідну працю домашніх працівників» (2011 р.).

Загалом кількість Конвенцій МОП, які спеціально присвячені захисту прав працюючих жінок, є відносно невеликою. Так, серед конвенцій МОП, що мають загальний характер можна виділити наступні: № 100 «Про рівну винагороду» (1951 р.), № 122 «Про політику в галузі зайнятості» (1964 р.), № 111 «Про дискримінацію в галузі праці та занять» (1958 р.), № 171 «Про нічну працю» (1990 р.), № 175 «Про роботу на умовах неповного робочого часу» (1994 р.).

Внаслідок фізіологічних особливостей жінок норми МОП можна поділити на ті, які встановлюють захисні положення відносно усіх працюючих жінок (нічна праця та підземні роботи), так і окремо щодо праці вагітних

жінок та жінок-матерів. Охорона праці жінок, полягає у встановленні норм, які спрямовані на обмеження тривалості робочого часу, заборону або обмеження використання їх праці на шкідливих, небезпечних роботах, у нічний час, на підземних роботах, встановлення граничних норм для підіймання і перенесення важких речей тощо.

Міжнародні стандарти щодо праці жінок сформульовані достатньо чітко, їх значення полягає у захисті трудових прав жінок, які спрямовані на викорінення дискримінації, а також на особливе регулювання жіночої праці. Наприклад, у ст. 3 Конвенції МОП № 89 «Про нічну працю жінок у промисловості» (переглянута 1948 р.) закріплено, що жінки, незалежно від віку, не використовуються на роботах у нічний час на державних або приватних промислових підприємствах чи в будь-яких їхніх філіалах, за винятком підприємств, на яких працюють лише члени однієї родини. Ця загальна заборона має лише деякі незначні виключення.

Не ратифікована Україною Конвенція № 171 «Про нічну працю» (1990 р.), забороняє нічну працю вагітних жінок і жінок-матерів протягом періоду тривалістю щонайменше 16 тижнів, з яких не менш 8 тижнів повинні передувати даті народження дитини. В окремих випадках цей період може збільшуватися, наприклад у зв'язку з поганим станом здоров'я жінки або її дитини.

У 2000 році було прийнято Конвенцію МОП № 183 «Про охорону материнства», положеннями якої було збільшено тривалість відпустки по вагітності та пологах з 12 до 14 тижнів, а також змінено формулювання щодо заборони звільнення жінки у період відпустки по вагітності та пологах. Таке звільнення не допускається крім звільнення з причин, не пов'язаних з вагітністю або народженням дитини і наслідками цього або з годуванням дитини. При цьому доведення того, що причини звільнення не пов'язані з вагітністю, пологами і наслідками цього або з годуванням дитини, було покладено на роботодавця.

Зазначимо, що п. 8 Європейської соціальної хартії 1961 року (переглянута у 1996 р.), містить положення про те, що попередження про звільнення з роботи вважається незаконним, якщо роботодавець надсилає його жінці у період від дати повідомлення нею про вагітність до закінчення її відпустки по вагітності та пологах або якщо він робить попередження про звільнення у такий час, що воно втрачає чинність у цей період. Проте, як зазначається в Додатку до Європейської соціальної Хартії (переглянутої) це положення не є абсолютною, категоричною заборонаю на звільнення. Існує можливість встановлення винятків у деяких випадках, наприклад коли працююча жінка винна у неналежній поведінці, яка виправдовує розірвання трудового договору. Таким чином, однією з тенденцій у міжнародно-правовому регулюванні праці жінок є перехід від норм забороняючого характеру до норм обмежуючого або, навіть дозвольного характеру.

Національне законодавство не містить аналогічних норм, крім того у питанні щодо звільнення жінок, які поєднують роботу з материнством, працюючих матерів-одиначок крім загальних гарантій на захист від незаконних звільнень, передбачені і спеціальні гарантії (ст. 184 КЗпП України).

Разом з тим існує можливість шляхом застосування положень Конвенції № 183 МОП «Про охорону материнства» (2000 р.) (яка досі нератифіко-

вана нашою державою) підвищити рівень забезпечення встановлених нормами внутрішнього законодавства прав жінок. Так, у ст. 9 Конвенції № 183 МОП «Про охорону материнства» (2000 р.) закріплені заходи, які забезпечують неможливість дискримінації у галузі зайнятості жінок у зв'язку з їх вагітністю та пологами. Ці заходи включають заборону вимагати проведення аналізу на вагітність або надання довідки про проведення такого аналізу під час влаштування жінки на роботу. Зазначені положення не знайшли свого закріплення у ст. 57 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка присвячена заохоченню материнства.

Положення Рекомендації МОП № 95 щодо охорони материнства (1952 р.), містять більш високі нормативи щодо перерви для годування дитини ніж законодавство України. Так, відповідно до п. 3.1 перерви в роботі для годування немовлят повинні, по можливості, становити загалом не менше ніж півтори години протягом робочого дня, причому у разі пред'явлення лікарняної довідки частота і тривалість перерви для годування немовлят повинні відповідним чином змінюватись.

Підсумовуючи, слід підкреслити, що завдання світової спільноти полягає у подальшому вдосконаленні міжнародно-правового регулювання праці жінок, що є належною передумовою у боротьбі з дискримінацією, безробіттям, бідністю, нерівністю. У свою чергу, проведення реформування національного трудового законодавства повинно відбуватися з обов'язковим збереженням досягнутого рівня захисту трудових прав жінок, вагітних жінок та жінок-матерів.

**Гринько Л.П.,**

*канд. юрид. наук, доцент*

*ПЮІ НУ «ЮАУ ім. Я. Мудрого»*

### **ОСОБА ПОТЕРПІЛОГО ВІД ЗЛОЧИНІВ ЯТРОГЕННОГО ХАРАКТЕРУ**

Ятрогенні злочини є складним процесом, що починається з порушення винуватим правил надання медичної допомоги або фармацевтичних послуг, внаслідок чого настає смерть пацієнта або тяжкі наслідки для його здоров'я. Тому для розслідування події злочину в цілому необхідно досліджувати як окремі елементи системи ятрогенного злочину, так й існуючі між ними внутрішньоструктурні зв'язки, тобто дати їм криміналістичну характеристику.

Одним з елементів криміналістичної характеристики злочинів у сфері охорони здоров'я є особа потерпілого. Відомості про таку особу дозволяють встановити кореляційні зв'язки між особою потерпілого і способами вчинення злочину, способами приховання, особою злочинця.

Дослідженню даної проблематики присвятили свої роботи такі вчені, як *В. П. Бахін, Р. С. Белкін, В. В. Вандишев, О. М. Васильєв, В. К. Гавло, О. Г. Гельманов, М. В. Даньшин, С. М. Зав'ялов, Г. Г. Зуйков, Б.М. Коврижних, О.Н.Колісниченко, Б.В. Лисенко, І. М. Лузгін, В. С. Мінська, І.Я.Моїсеєнко, В. О. Овечкін, М.О. Сенчик, В.П. Суєтнов, В.В. Тищенко, В. В. Трухачов, В. А. Туляков, М. С. Уткін, Л. В. Франк, Є. Є. Центров, В. В. Чурпіта, В. Ю. Шенітько, В. І. Шиканов та ін.*

*В юридичній літературі запропоновані різні погляди щодо визначення особи потерпілого від ятрогенних злочинів.*

На думку М. В. Даньшина, об'єктом безпосереднього посягання ятрогенного характеру, є: а) пацієнт лікувально-профілактичного закладу, в якому йому надається медична допомога; б) особа, яка звернулася до фармацевтичного закладу за консультацією або купівлею медичних препаратів чи речовин медичного призначення; в) особа, яка звернулася до лікаря або медсестри, фельдшера, фармацевта тощо по допомогу медичного характеру. У ході проведення неналежних медичних або фармацевтичних дій, виконаних із метою полегшення страждань пацієнта або поліпшення якості його життя, заподіюється шкода його здоров'ю або смерть [3, с. 214].

Як зазначає В. Д. Пристансков, жертвою безпосереднього посягання злочинних ятрогеній, виступає фізична особа – пацієнт лікувально-профілактичної установи, в якій йому надавалася медична допомога. У ході неналежних медичних дій, виконаних із метою полегшення його страждань або поліпшення якості життя, заподіюється шкода його здоров'ю або смерть [6, с. 27].

Пацієнтом, на погляд І. М. Філь, потрібно визнавати будь-яку особу, яка звернулася за медичною допомогою незалежно від наявності захворювання (захворювань), або особу, яка через безпорадний стан не має можливості звернутися за такою допомогою та/або скористатися нею [7, с. 327].

О. Беденко-Зваридчук під пацієнтом розуміє будь-яку особу, що звернулася за медичною допомогою або скористалася нею, незалежно від того, в якому вона стані: хвора, здорова, – чи є особою, що погодилася на медико-біологічні дослідження [1, с. 11].

Таким чином, під особою потерпілого ятрогенних злочинів слід визнавати будь-яку особу (пацієнта), якій надавалася медична або фармацевтична допомога незалежно від наявності захворювання.

Розглядаючи особу потерпілого, слід зазначити, що вона є носієм певних суто специфічних та індивідуальних рис, станів та особливостей здоров'я (факторів ризику), які могли вплинути на хід медичної та фармацевтичної допомоги. Такі фактори мають об'єктивний характер й, як вважає М.В. Даньшин, до них відносять: вік; стать; хронічні захворювання; професійні захворювання; повноту; худорлявість; генетичну схильність; алергічні захворювання; алергічні реакції організму різного характеру; психічний стан. Самостійними факторами ризику також можуть бути: давність захворювання; відсутність лікарського втручання; невизначеність етіології захворювання; використання пацієнтом різних форм та методів лікування; прийом одночасно трьох і більше лікарських препаратів. Порушення порядку прийому лікарських засобів, дієти, недотримання запропонованого лікарняного режиму або гібридне лікування з використанням невиправданих форм самолікування також є факторами дестабілізації надання медичної або фармацевтичної допомоги [2, с. 64].

Як криміналістично значущі В. Д. Пристансков виділяє наступні ознаки, що характеризують особу потерпілого ятрогенного посягання: вік пацієнта; характер захворювання; генетичні особливості; наявність хронічних захворювань і їх прояви; індивідуальні особливості організму і його функцій; схильність до шкідливих дій екологічних, кліматичних та інших явищ. Щодо цього можна говорити про групи ризику громадян за такими показ-



никами, як вік, стать, прийом трьох і більш лікарських препаратів, ожиріння, тяжкість патології, ятрогенні реакції у минулому;

– поведінка хворого до, під час і після лікування, зокрема: дотримання ним визначеного режиму лікування, дієти, умов реабілітації, його відношення до алкоголю, наркотиків;

– фізичний стан на момент надходження до лікувально-профілактичної установи; ступінь ураження його організму хворобою або травмою; фізіологічні особливості (вагітність, пологи);

– ступінь інформованості про медичні засоби і лікарські препарати; чи не займався він самолікуванням, чи не звертався до інших медиків або знахарів;

– ставлення пацієнта до заподіяної йому шкоди, лікаря, який лікує, обсягу і якості наданої медичної допомоги, до процесу лікування [6, с. 27-28].

У свою чергу С. П. Іщенко та М. М. Яковлев вважають, що на відомості про особу потерпілого (пацієнта) і його поведінку впливає низка чинників – об'єктивних та суб'єктивних. До перших вони відносять: вік, стать, генетичну схильність, реактивність організму (алергія), ступінь патології, яка зумовлена запущеністю хвороби, причини її виникнення й розвитку; до других – поведінкові акти, пов'язані з недотриманням приписаного режиму, та наявність негативних схильностей і шкідливих звичок [4, с. 25].

О.П. Шайтуро вважає, що потерпіла особа є активним учасником процесу надання медичної або фармацевтичної допомоги і має наступні ознаки:

1) загальні: вік, стать, професія, соціальна адаптація тощо;

2) особливі: фізичний стан на моменти надходження до лікувально-профілактичної установи та надання допомоги; ступінь ураження організму хворобою або травмою; наявність хронічних захворювань, у тому числі професійних, і їх прояви; фізіологічні особливості (вагітність, пологи), генетичні та індивідуальні особливості; поведінка хворого до, під час і після лікування (виконання розпоряджень, дотримання встановленого режиму, дієти, умов реабілітації тощо); ступінь поінформованості про медичні засоби і лікарські препарати; зайняття самолікуванням; одночасне звернення до інших лікарів або знахарів; якість прийнятих пацієнтом фармацевтичних препаратів; наявність при вагітності та пологах фізіологічних, генетичних, патологічних та інших особливостей; наявність шкідливих звичок; підвладність шкідливим впливам екологічних, кліматичних та інших явищ; ставлення пацієнта до заподіяної йому шкоди, лікаря, обсягу і якості наданої медичної допомоги, до процесу лікування тощо [8, с. 242].

Найбільш вдалою на наш погляд є думка М.В. Капустіної, яка зазначає, що особа пацієнта характеризується не тільки традиційними соціально-демографічними ознаками, а й тими, що є доволі специфічними саме для цієї категорії злочинів. Це дані про: 1) фізіологічний стан; 2) поведінкові особливості; 3) ступінь використання пацієнтом своїх прав. До *першої групи* відомостей про фізіологічний стан пацієнта входять такі дані: вік; характер і ступінь тяжкості хвороби або травми; нозологічна форма хвороби; етіологія (причина) її виникнення – чинники (наприклад, травма, опромінення, емоціональний вплив та ін.) і умови (зовнішні вияви – переохолодження, перевтомлення, характер харчування й особливості організму – вік, стать, генотип, функціональний стан різних органів і систем та ін.); реактивність

організму, тобто його здатність реагувати на різноманітні фізіологічні та хворобливі подразники; механізм виникнення й розвитку хвороби (патогенез); резистентність організму як його стійкість до дії різноманітних хворобливих чинників; характер і ступінь патології; генетичні особливості, а саме схильність до певних видів захворювань. Вагоме значення мають відомості про фізіологічний стан пацієнта, що є суто індивідуальними: ступінь тяжкості хворого, несвідомий стан особи, рідкість захворювання, безсимптомність протікання хвороби, зміна клінічних і морфологічних рис хвороби (природній патоморфоз). До *другої групи* відомостей про особу пацієнта входять дані про його поведінкові особливості: до госпіталізації: негативні схильності – паління, надмірне споживання алкоголю, приймання наркотичних засобів; спосіб життя та (або) праці – малорухливий спосіб життя, надмірна вага, неправильне харчування, нехтування своїм здоров'ям, великі фізичні перевантаження, схильність до впливів шкідливих явищ, спричинених умовами праці; реагування на наявні розлади здоров'я – самолікування. Під час госпіталізації та безпосереднього надання медичної допомоги – неповний або необ'єктивний опис виявів хвороби (скарг на здоров'я), недотримання умов здійснення клініко-лабораторного дослідження (наприклад, здавання крові, сечі на аналіз одразу після приймання їжі), відмова від госпіталізації за медичними показниками; дотримання чи недотримання режиму приписаного режиму лікування – приймання ліків (перевищення або зменшення дозування, одночасність їх приймання), дієти, несвоєчасне виконання або невиконання лікувальних процедур, відмова (або згода) від маніпуляцій і втручання, передчасне (самовільне) припинення лікування, не обмеження фізичних навантажень, трудової діяльності за медичними показниками, дотримання чи недотримання правил внутрішнього розпорядку лікувально-профілактичного закладу в разі стаціонарного лікування. Поведінкові особливості пацієнта під час реабілітації включають такі відомості: виконання чи відмова від фізіотерапії, лікувальної фізкультури, відмова або з'явлення на профілактичні медичні обстеження в строки, установлені лікарем, передчасне (самовільне) припинення санаторно-курортного лікування. До *третьої групи* відомостей про пацієнта входять дані про ступінь використання ним своїх прав і механізм їх реалізації: *право на інформацію; право на таємницю про стан здоров'я; право на вибір методів діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; право на вибір лікаря та лікувального закладу* [5, с.75-79].

Отже, з вищенаведеного можна зробити висновок, що дослідження особи потерпілого як важливого елементу криміналістичної характеристики ятрогенних злочинів посідає важливе місце під час розкриття та розслідування злочинів. Відомості про потерпілого, його соціально-демографічні ознаки, поведінку, спосіб життя дозволяють слідчому висунути версії щодо особи злочинця, способів, обстановки вчинення злочину.

#### **Список використаних джерел:**

1. Беденко-Зваридчук О. Медична помилка: матеріали для підготов, до семінару / Олена Беденко-Зваридчук. – К, 2010. – 26 с.
2. Даньшин М. В. Актуальні проблеми методики розслідування злочинів ятрогенного характеру / М.В. Даньшин // Вісник Харківського на-

ціонального університету імені В. Н. Каразіна. – Серія «Право». –2008. – № 817. – С. 62-71.

3. Даньшин М. В. Ятрогенні злочини: поняття та криміналістична характеристика / М. В. Даньшин // Вісник Академії правових наук України. – 2007. – № 1 (48). – С. 207-215.

4. Ищенко Е.П. Расследование преступлений, связанных с профессиональной деятельностью / Е. П. Ищенко, М. М. Яковлев. – М.: Юрлитинформ, 2009. – 124 с.

5. Капустіна М.В. Особа пацієнта в механізмі ятрогенного злочину / М.В. Капустіна // Теорія та практика судової експертизи та криміналістики. – 2012. – Випуск 12. – С. 73-82.

6. Пристанков В.Д. Теоретические и методологические проблемы расследования ятрогенных преступлений / Пристанков Владимир Дмитриевич.: Дис... канд. юрид. наук : 12.00.09 – СПб., 2000. – 122 с.

7. Філь І. М. Надання медичної допомоги та виконання професійних обов'язків: проблеми співвідношення (у контексті аналізу ст. 140 КК України) / І. М. Філь // Часопис Київського університету права. – 2009. – № 4. – С. 325-329.

8. Шайтуро О.П. Особа потерпілого від злочинів, пов'язаних з неналежним виконанням професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником / О.П. Шайтуро // Право і безпека. – 2012. – № 3(45). – С. 237-241.

**Гринько П.О.**

*ас. кафедри цивільного,  
господарського та екологічного права  
ПЮІ НЮІ ім. Я. Мудрого*

#### **ДО ПИТАННЯ ПРО ДОГОВІР НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Стрімкий розвиток суспільства в сучасних умовах сприяє більш широкому розширенню надання послуг у медичній сфері приватними закладами. Ст. 49 Конституції України визначає, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Таким чином, все більшої популярності набуває надання медичних послуг закладами приватної форми власності.

На це питання звертали увагу такі науковці як Самофал М.М., Майданик Р., Суховерський В.Л., Ойгензихт В.А., Савицька А.М., Малеїн М.С., Петров Г.І., Чехун О.В. та ін..

Враховуючи те, що медична галузь права є комплексною, що зумовлено наявністю норм різних галузей права, які загалом можна поділити на дві групи – публічні та приватні, необхідно звернути увагу на лібералізацію приватноправового сектора у сфері охорони здоров'я, де все більшу роль у регулюванні медичних правовідносин відіграє договір про надання медичних послуг.

Як зазначає Р. Майданик, доктрина цивільного права сформулювала три підстави виникнення зобов'язань з надання медичних послуг: 1) договір

про надання медичних послуг; 2) одностороння обіцянка; 3) дії в інтересах третьої особи без доручення [1, с.53 ].

Вважаємо, що порядок надання медичних послуг повинен відбуватися з урахуванням приписів приватного права. Так, Самофал М.М. говорить, що класичним юридичним фактом, на підставі якого можуть надаватися медичні послуги, називають договір про надання послуг [2, с.153 ].

Відповідно до ч.1 ст.901 Цивільного кодексу України (далі – ЦК України) за договором про надання послуг одна сторона (виконавець) зобов'язується за завданням другої сторони (замовника) надати послугу, яка споживається в процесі вчинення певної дії або здійснення певної діяльності, а замовник зобов'язується оплатити виконавцеві зазначену послугу, якщо інше не встановлено договором. Таким чином, договір про надання медичних послуг укладається між споживачем (замовником), яким є пацієнт, та виконавцем (послугодавцем), в ролі якого виступає медичний заклад. При цьому сам лікар є уповноваженою особою, яка безпосередньо надає медичні послуги, перебуваючи у трудових відносинах із медичним закладом.

На думку Р. Майданіка, особливості цих відносин знайшли відображення в ознаках договору про надання медичних послуг і порядку його укладення. Так, договір про надання медичних послуг можна визначити як консенсуальний, тобто такий, що вважається укладеним за умови досягнення згоди сторонами з усіх питань. Також, його можна віднести до оплатних, як і більшість цивільно-правових договорів, тому що елементом цього правочину є надання грошової суми в обмін за надані послуги. За розподілом прав і обов'язків між сторонами цей договір є двостороннім, тобто такий, з якого виникають права і обов'язки для сторін – кожна сторона є одночасно і кредитором, і позичальником.

Варто зазначити, що на практиці виникають певні проблеми при юридичному оформленні цивільних правовідносин щодо оплатного надання медичних послуг. Так, особи, що є «недосвідченими» в сфері укладання правових документів, зазвичай, просто підписують вже запропоновану їм у медичному закладі форму. Таким чином, існує ризик підписання таких документів, адже не знаючи своїх прав та обов'язків, визначених в договорі, сторона, яка не в повній мірі ознайомила з положеннями, може допускати помилки при його виконанні, що призведе до небажаних наслідків. Тому, важливим моментом при укладанні договору про оплатне надання медичних послуг є обов'язкова ознайомленість зі змістом договору в повному обсязі.

Також слід звернути увагу на саму процедуру укладання вказаного правочину. Нерідко допускаються помилки при укладенні самого договору, а саме: договірні відносини з пацієнтами оформляються шляхом складання одного документа, який залишається в медичній установі, а в договорі вказується, що примірників два [3, 215]. Тобто, пацієнт не отримує ніякого юридичного документа, який би підтверджував його права та обов'язки, встановлені укладеним договором. Потребує уваги питання щодо укладення договору з пацієнтом від імені медичної організації лікарем, який може представляти медичну організацію тільки на підставі довіреності, яка має бути належним чином оформлена. Як свідчить практика, таких документів в медичному закладі не укладають через неповну освіченість в цій сфері, що є грубим порушенням законодавства України.

Таким чином, можна зробити висновок, що договір про надання медичних послуг є однією із найважливіших умов щодо забезпечення прав пацієнтів на надання належних медичних послуг. Процедура укладення, зміни та припинення вказаного договору має свої особливості, що регулюються нормами приватного права.

#### **Література:**

1. Майданик Р. Договір про надання медичних послуг. Мед. право: загальнодерж. наук.-практ. журн/ Львівський обласний благодійний фонд "Медицина і право" (Л.). - Л.: Медицина і право, 2010. - N 5. - С. 52-66.
2. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг // Вісник Вищої ради юстиції . - 2013. - № 1. - С. 153-162.
3. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 2. – С. 213-216.

**Гриценко Г.Г.,**

*ас. кафедри цивільного, господарського та екологічного права  
ІЮІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

#### **НОВАЦІЯ СОЛІДАРНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ**

Актуальність вивчення новації солідарних зобов'язань зумовлена відсутністю спеціальних положень у чинному цивільному законодавстві та поширеністю у судовій практиці мирових угод, які опосередковують новацію зобов'язання одним із солідарних боржників.

Досі питання щодо *можливості новації за участю одного із солідарних боржників* не викликало сумнівів ні у науковців (В.Голевінський, І.М.Трепцін, Ф.Бернґефт, Й.Колер, В.А.Белов, С.В.Сарбаш, А.А.Павлов, І.С.Тімуш), ні у законодавців (ст. 1281 ФЦК, ст.435 ЦК Японії). Спори точилися тільки щодо того, чи треба згода інших солідарних боржників, чи останні звільняються від боргу в солідарному зобов'язанні та в якому розмірі. Зокрема, одні науковці вважають, що згода інших боржників потрібна [1, с.212; 2, с.738], а інші вважають – ні [3, с.77, 78]. Проте, нещодавно два дослідники почали наполягати на обов'язковому погодженні новації з іншими співборжниками. Б.Е.Кензеев стверджує, що новація за участі одного з боржників буде породжувати наслідки тільки для нього самого, відповідно такий боржник втрапить право на регрес до інших співборжників [4, с.140]. Д.В.Трут мотивує це тим, що заміна зобов'язання повинна відбутися між тими ж сторонами, тоді як один із солідарних боржників – це ще не вся сторона. Крім того, у разі подібної новації становище інших боржників значно погіршиться, так як у них залишиться борг за солідарним зобов'язанням і не буде права на регрес до боржника, який вийде із зобов'язання шляхом новації [5, с.76]. На нашу думку, вказані науковці не враховують особливості структури солідарного зобов'язання, тобто наявності у кожного із співучасників самостійних прав (обов'язків) кожного на єдиний предмет зобов'язання. Ця модель дозволяє забезпечити певну самостійність кожного із солідарних боржників (кредиторів) із протилежною стороною. Тому новація солідарного зобов'язання за участю одного боржника означає не його «випадіння» із солідарного зобов'язання, а зменшення боргу для всіх боржників (якщо

боржник новував лише частину предмету зобов'язання) або взагалі звільнення їх від боргу (якщо боржник новував все зобов'язання). Відповідно часткова новація солідарного зобов'язання за участю одного боржника не може погіршити становище інших боржників, позбавивши їх права на регрес до такого боржника, бо він залишиться у солідарному зобов'язанні доти, доки кредитор не отримає виконання у повному обсязі. Навпаки, такий боржник отримає право на регрес до своїх співборжників у тій частині, на яку він новував солідарне зобов'язання. Адже він фактично звільнив інших боржників від боргу. У зв'язку із наведеним вважаємо доцільним доповнити ч.3 ст.542, ч.4 ст.543 ЦК України, прирівнявши новацію за своїми наслідками до виконання солідарного зобов'язання. До того ж доповнити ст.604 ЦК України нормою, яка пропонувалася ще у п.1714 Проекту Цивільного Уложення Російської Імперії: *«Якщо один із солідарних боржників за договором з кредитором прийняв на себе зобов'язання замість солідарного, то інші боржники звільняються від солідарного зобов'язання».*

*А от при активній солідарності постає питання, чи може кредитор без згоди інших співкредиторів новувати зобов'язання та в якому розмірі – в цілому чи тільки у «своїй» частині.* Д.В.Трут з наведених вище міркувань заперечує можливість новації за участю лише одного із солідарних кредиторів. Інші автори допускають новацію одним із солідарних кредиторів, проте поширюють її тільки на його частку в предметі зобов'язання [6, с.225; 7, с.67]. Вони посилаються на те, що нове зобов'язання може бути менш цінним для інших кредиторів, або позбавленим тих забезпечень, якими був забезпечений первісний борг. Французький вчений М.Плянйоль тримається тієї ж думки, бо за ідеєю представництва солідарний кредитор не може вийти за межі повноважень, наданих йому іншими кредиторами. Інакше вважав І.П.Чиріхін: новація припинить все зобов'язання в цілому, бо є фактом, який діє безпосередньо на його предмет, а не пов'язаним із особою одного з боржників чи кредиторів. На нашу думку, ніяких взаємних повноважень у солідарних кредиторів немає, тому і вийти за їх межі неможливо. Вести мову про погіршення становища інших співкредиторів теж не доречно, бо вони не стають стороною у новому зобов'язанні. Навпаки, виходячи із того, що кожен із солідарних кредиторів має окреме право на весь предмет солідарного зобов'язання, останнє зобов'язання повністю припиниться. Їх колишній співкредитор отримає право вимоги у новому зобов'язанні (тобто певний «еквівалент» предмету солідарного зобов'язання), а вони отримують право регресу до нього. Слід наголосити, що таке право вони отримали б і у разі звичайного виконання зобов'язання. У цьому сенсі можна твердити, що новація аж ніяк не погіршує їх становища. У зв'язку із наведеним вважаємо за доцільне доповнити ст.604 ЦК України таким реченням: *«Якщо один із солідарних кредиторів за договором з боржником встановив зобов'язання взамін солідарного, то інші кредитори втрачають право вимоги до боржника і отримують право вимагати належне від колишнього співкредитора».*

*Із новацією старого солідарного зобов'язання припиняються і всі його забезпечення* (ст.1690 Цивільного закону Латвії). Вони можуть бути збережені лише щодо майна особи, яка зобов'язалася за новим боргом (ст.1280 ФЦК). Це не якась особливість солідарного зобов'язання і навіть без закріплення у ЦК України слідує із положень теорії зобов'язального права. На

підтвердження наводимо приклад із судової практики. Так, у касаційному провадженні ВГСУ розглядалася справа № 5023/088/12 за позовом Прокурора Київського району м.Харкова в інтересах держави в особі ПАТ «Державний експортно-імпорتنний банк України» в особі філії АТ «Укресімбанк» в м.Харкові до ТОВ «Курязький завод силікатних виробів» (поручителя) про стягнення 39 217 595,89 грн. Постановою від 31.07.2012 року ВГСУ підтримав висновки суду апеляційної інстанції, що «при мировій угоді [яка затверджувалася судом у справі про банкрутство основного боржника] відбувається новація зобов'язання – попереднє зобов'язання змінюється новим, яке припиняє не тільки основне попереднє зобов'язання, але й інші додаткові зобов'язання, пов'язані із основним; та мирова угода є підставою для виникнення нових грошових зобов'язань, умови і порядок яких закріплюється в угоді, є правильним і відповідає положенням закону та матеріалам справи» [8].

Таким чином, наведені вище зміни до ч.3 ст.542, ч.4 ст.543, ст.604 ЦК України дозволять удосконалити правове регулювання новації солідарних зобов'язань та уникнути спірних питань на практиці.

#### **Література:**

1. Новицький І.Б., Лунц Л.А. Общее учение об обязательствах. – М.: Юр.лит., 1950. – 418 с.
2. Аномалії в цивільному праві України: Навч.-практ. посібник / Відп. ред. Р.А.Майданик. – К.: Юстиніан, 2007. – 912 с.
3. Павлов А. А. Некоторые вопросы прекращения солидарных обязательств // Очерки по торговому праву: сб. науч. трудов/ Под ред. Е. А. Крашенинникова – Ярославль: ЯрГУ, 2006. – Вып. 13. – с. 70-81
4. Кензеев Б.Э. Исполнение обязательств с множественностью лиц: дисс...к. ю. н. / 12.00.03 / Борис Эрдниевич Кензеев. – Волгоград, 2011. – 167 с.
5. Трут Д.В. Цивільно-правові зобов'язання з множинністю осіб : дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Трут Дмитро Володимирович. – К., 2014. – 235 с.
6. Голевинский В. О происхождении и делении обязательств.– Варшава: Типография Осина Бергера, 1872. – 302 с.
7. Анненков К. Система русского гражданского права: Права обязательственные. Т. 3 / Анненков К. – 2-е изд., пересмотр. и доп. – С.-Пб.: Тип. М.М. Стасюлевича, 1901. – 495 с.
8. Постанова Вищого господарського суду України від 31.07.2012 року у справі № 5023/088/12 [Електронний ресурс] // Єдиний державний реєстр судових рішень України. – Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/25581835>

*Гусева Г.В.,  
Начальник управління експертної роботи  
Державного експертного центру МОЗ України,  
здобувач Академії адвокатури України*

## **КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У СФЕРІ РЕЄСТРАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Основним завданням системи реєстрації лікарських засобів є захист населення від лікарських засобів, що не відповідають сучасним вимогам до ефективності, безпеки і якості. При цьому система державного регулювання фармацевтичної діяльності повинна забезпечувати своєчасний допуск препаратів на ринок. Тобто, з одного боку, система повинна гарантувати ретельний розгляд кожного лікарського засобу, що заявляється до реєстрації в Україні, з іншого боку – цей розгляд має проводитися відповідно до встановленої процедури з чітким дотриманням відповідних вимог у нормативно регламентовані терміни.

Відповідно до статті 27 Закону України «Про лікарські засоби» особи, винні в порушенні законодавства про лікарські засоби, несуть дисциплінарну, адміністративну, цивільно-правову або кримінальну відповідальність згідно з законодавством [1].

Заявники, виробники, експерти з питань реєстрації та державні службовці МОЗ України та інші учасники фармацевтичного ринку України несуть адміністративну та цивільну відповідальності відповідно до Кодексу України про адміністративні правопорушення та Цивільного кодексу України.

Законом України від 05.07.2012 № 5065-VI Кримінальний кодекс України було доповнено статтею 321-2, нормами якої було запроваджено кримінальну відповідальність за порушення встановленого порядку доклінічного вивчення, клінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів [2]. У пояснювальній записці до законопроекту було зазначено, що прийняття проекту зумовлено необхідністю подальшої гармонізації національної нормативно-правової бази у сфері обігу лікарських засобів із міжнародним та європейським законодавством та має на меті забезпечення встановлення більш високого рівня юридичної відповідальності за незаконний обіг лікарських засобів, їх фальсифікацію. Ці обґрунтування до цього часу викликають сумніви та занепокоєння у суб'єктів фармацевтичного ринку.

Але, слід підкреслити, що запровадження кримінальної відповідальності у сфері державної реєстрації лікарських засобів за суто процедурні порушення не відповідає міжнародній практиці. Зокрема, у країнах Європейського Союзу, кримінальна відповідальність не застосовується до зазначених порушень.

Умисне порушення встановленого порядку доклінічного вивчення, клінічних випробувань лікарських засобів, фальсифікація їх результатів, а також порушення встановленого порядку державної реєстрації лікарських засобів караються позбавленням волі на строк від 3 до 5 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк від 1 до 3 років. Ті самі дії, вчинені повторно або за попередньою змовою групою осіб, караються позбавленням волі на строк від 5 до 8 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю



на строк від 2 до 3 років. Зазначені вище дії, які спричинили смерть потерпілого або інші тяжкі наслідки, караються позбавленням волі на строк від 8 до 10 років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк від 2 до 3 років.

Враховуючи формулювання статті 321-2 Кримінального Кодексу України, існує ризик, що співробітники компаній заявників, виробників, консалтингових організацій, незалежних експертів, а також експертів з питань реєстрації, що здійснюють попередню та спеціалізовану експертизу реєстраційних матеріалів, поданих з метою державної реєстрації в Україні, керівництво Державного експертного центру МОЗ, державні службовці та керівництво МОЗ України можуть бути притягнуті до кримінальної відповідальності за незначні порушення процедурних вимог щодо організації проведення реєстраційних процедур, навіть у випадках, якщо ці порушення не завдають суттєвої шкоди. Порушення зазначених процедур, не несе тяжких наслідків для громадян та держави, оскільки не має прямого зв'язку з можливим обігом фальсифікованих лікарських засобів та виникненням загрози для життя та здоров'я людини чи шкоди для держави.

Слід також зазначити, що за даними Державної судової адміністрації України, отриманими у рамках запиту на публічну інформацію, у 2011-2014 роках в Україні відсутня судова практика застосування статті 321-2 Кримінального кодексу України. Жодна особа не була засуджена (вироки не набрали законної сили) за вищезазначеною статтею Кримінального Кодексу. Отже 3 роки стаття 321-2 Кримінального Кодексу України не працює та фактично перетворилась у так звану «мертву» кримінально-правову норму.

У 2012 році за ініціативою народного депутата Харліма В.М. у Верховній Раді України був зареєстрований проект Закону України "Про внесення змін до Кримінального кодексу України щодо скасування кримінальної відповідальності за порушення встановленого порядку доклінічного вивчення, клінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів" (реєстр. № 11129 від 31.08.2012) [3]. За висновком Головного науково-експертного управління зазначений законопроект було відхилено у першому читанні.

У зв'язку з вищезазначеним, декриміналізація статті 321-2 Кримінального кодексу України шляхом скасування кримінальної відповідальності за порушення встановленого порядку доклінічного вивчення, клінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів є актуальною до цього часу. Такий крок сприятиме розвитку фармацевтичного ринку України, збільшенню іноземних інвестицій у медичну галузь, а також забезпечить приведення норм українського законодавства у відповідність до міжнародної практики та законодавства Європейського Союзу.

Підсумовуючи вищевикладене, актуальним питанням для фармацевтичної галузі України є впровадження в національне законодавство сучасних документів Європейського Союзу у сфері правового регулювання допуску лікарських засобів до медичного застосування, зокрема, шляхом вдосконалення кримінального законодавства на підставі практики його застосування.

#### **Література:**

1. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 № 123/96-ВР [Електронний ресурс].- Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>.

2. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо посилення відповідальності за фальсифікацію або обіг фальсифікованих лікарських засобів: Закон України від 05.07.2012 № 5065-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5065-17>.

3. Проект Закону про внесення змін до Кримінального кодексу України щодо скасування кримінальної відповідальності за порушення встановленого порядку доклінічного вивчення, клінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів: законопроект від 31.08.2012 реєстр. № 11129 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?id=&pf3511=44212](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?id=&pf3511=44212).

*Задихайло Д.Д.,*

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

### **АКТУАЛІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЧНОГО ГОСПОДАРЮВАННЯ В СФЕРІ ПОВОДЖЕННЯ З ВІДХОДАМИ**

Актуальність проблеми екологічної безпеки в теоретико-правовому аспекті обумовлена запровадженням в Україні ринкової економіки, що супроводжується руйнування соціальної сфери та об'єктами природоохоронної діяльності, появою суб'єктів підприємницької діяльності, які не готові дотримуватися вимог законодавства про охорону навколишнього природного середовища. Як наслідок, господарсько-правове забезпечення діяльності, зокрема, у сфері поводження з відходами знаходиться у занепаді. Між тим, правове забезпечення діяльності у цій сфері неможливе без зміцнення системи забезпечення повного збирання і своєчасного знешкодження та видалення відходів, дотримання правил екологічної безпеки при поводженні з відходами; сприяння максимально можливій утилізації відходів шляхом їх повторного чи альтернативного використання; розроблення екологічно безпечних методів та засобів поводження з відходами; організація контролю за місцями чи об'єктами розміщення відходів для запобігання шкідливому впливу їх на навколишнє природне середовище та здоров'я людини. Крім того, у сфері поводження з особливо шкідливими відходами має забезпечуватися розмежування функцій державного контролю та управління у цій сфері із застосування відповідних засобів регулюючого впливу держави.

Дуже важливу роль у справі охорони навколишнього природного середовища відіграє включення до правового режиму вимог до суб'єктів у сфері поводження з відходами, заходів обмеження та запобігання негативному впливу відходів, окремих вимог поводження з небезпечними відходами тощо.

Але наявність публічних інтересів у сфері поводження з відходами, породжує специфічні правові режими, в залежності від категорії відходів та правил їх переробки або утилізації. Це, в свою чергу, вимагає визначення відповідної державної політики у цій сфері.

До заходів запобігання негативному впливу відходів, що запроваджуються урядом, центральними і місцевими органами виконавчої влади в межах їх компетенції, зокрема, належать встановлення нормативів утворення відходів на одиницю продукції, лімітів утворення та розміщення відходів; загальних вимог щодо поводження з відходами; санкцій за перевищення

відповідних лімітів; квот на ввезення в Україну відходів як вторинної сировини тощо. Так, видалення відходів має здійснюватися відповідно до встановлених законодавством вимог екологічної безпеки з обов'язковим забезпеченням можливості утилізації чи захоронення залишкових продуктів за погодженням з державною санітарно-епідеміологічною службою України; місця розташування відходів мають відповідати екологічним та санітарно-гігієнічним вимогам. Одночасно забороняється захоронення відходів на найбільш екологічно та соціально цінних територіях, зокрема, на території міст, інших населених пунктів, природно-заповідного фонду, в межах водохоронних зон, у місцях, що може створювати небезпеку для довкілля та здоров'я людини.

В аспекті розширення ресурсних можливостей комплекс регулюючих заходів має включати визначення ресурсної цінності відходів і технологічних можливостей їх залучення у виробництво, обґрунтування напрямків та шляхів використання відходів, попередження втрат відходів як джерела матеріальних чи паливно-енергетичних ресурсів, створення на основі ресурсно-технологічних передумов територіально-виробничих комплексів із замкненими ресурсними циклами тощо.

Враховуючи різноманітну видову гаму відходів та різні можливі напрямки їх застосування, доцільно в рамках загальної категорії відходів як вторинної сировини виділити окремі групи відходів, що потребують впровадження цільового державного регулювання в рамках політики ресурсозбереження як базової суспільної мети. Віднесення відходів до тієї чи іншої групи має здійснюватися шляхом складання їх переліків. Переліки відходів як вторинної сировини формуються, виходячи з комплексу факторів: якісно-кількісних характеристик відходів; практики використання; техніко-технологічних можливостей; економічної доцільності; соціальної значимості; ринкової кон'юнктури та реальних ресурсних резервів.

Для кожної з зазначених груп має впроваджуватись цільове регулювання з метою: по-перше – конкретизації та адресної прив'язки законодавчих вимог щодо забезпечення повноти збирання, заготівлі, належного зберігання та недопущення знищення і псування відходів як вторинної сировини; по-друге – встановлення спеціального режиму поводження з ними.

Ринкова економіка створила відповідні інститути, притаманні ринковим умовам господарювання у сфері поводження з відходами. Суб'єкти організаційно-господарських повноважень були наділені відповідною господарською компетенцією. Проте ступінь наукової розробленості проблеми господарсько-правового забезпечення діяльності у сфері поводження з відходами слід охарактеризувати як фрагментарний, що пов'язано з низкою факторів, зокрема, комплексним і спеціальним характером дослідження. Вітчизняна доктрина господарського права не містить монографічних праць або дисертацій, присвячених цьому питанню, а науковці-господарники розглядають відносини у цій сфері у звуженому значенні, обмежуючись лише екологізацією підприємництва. Науково-теоретичною базою проведеного дослідження стали праці відомих науковців-юристів, зокрема, О.А. Беляєвич, А.О. Бобкової, Р.П. Бойчука, О.М. Вінник, Д.В. Задахайла, Г.Л. Знаменського, В.В. Лаптева, В.К. Мамутова, В.М. Пашкова, Н.О. Саніахметової, В.С. Щербини, В.Л. Яроцького та ін. Разом з тим, сфера правового впливу у

сфері поводження з відходами досить складна та багатогранна і пов'язана зі специфікою самих об'єктів, суб'єктного складу, змісту та напрямків регулювальної ролі держави. В цьому сенсі слід зазначити, що у науковій юридичній літературі регулюванню ринкових відносин саме у сфері поводження з відходами не приділялась відповідна увага, тим більше у формі комплексних досліджень. Це пов'язано, зокрема, з невизначеністю державної політики в залежності від категорії відходів та правових режимів щодо поводження з ними. Відповідно до цього законодавець не завжди системно підходить до застосування тих чи інших інструментів державного впливу, що покликані забезпечити відповідні публічні інтереси.

Слід зазначити, що в науковій літературі не систематизовані господарсько-правові засоби запобігання утворенню відходів. Крім того, суспільні відносини між суб'єктами господарського права у сфері поводження з відходами потребують чіткої правової визначеності, завдяки якій вони набувають характеру правовідносин. Щодо зазначених питань відсутня цілісна теоретична концепція.

Принципи та акценти, а тим більше їх ієрархія, на яких будуються відносини держави та суб'єктів господарювання, що провадять діяльність у сфері поводження з відходами, не визначені. У свою чергу, недостатня теоретична розробленість цієї проблематики негативно впливає на розвиток законодавчої бази у цій сфері, а, отже, значно ускладнює шляхи удосконалення механізмів господарсько-правового впливу на зазначену діяльність. Правове регулювання у сфері поводження з відходами здійснюється в умовах відсутності більш-менш визначеної державної концепції його розвитку та, відповідно, правової політики держави в цій галузі. Несистематизованими є види діяльності у сфері поводження з відходами. Результатом створення законодавства у цій сфері в умовах відсутності єдиної концепції та системного підходу став нормативно-правовий масив, неспроможний через численні недоліки ефективно виконувати регулювальні функції, бути реальним і перспективним засобом досягнення ключових позитивних суспільно-економічних інтересів.

**Зінченко Н.О.,**

*к.філос.н., доц. Вищого державного  
навчального закладу України*

*«Української медичної стоматологічної академії»*

### **ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА**

Кожне суспільство, що прагне до прогресивного розвитку, усвідомлює аксіологічну значимість здоров'я як окремого члена суспільства, так і соціуму в цілому, оскільки саме здоров'я є тим онтологічним чинником, котрий обумовлює стабільність соціального життя, визначає рівень досконалості біологічного розвитку населення держави. У той же час стрімкі процеси глобалізації та глокалізації, що привертають увагу до проблем формування, зберігання і використання життєвих, енергетичних, психічних та інтелектуальних ресурсів людства, зваблення суспільства споживацькою ідеологією, екологічні та соціальні негаразди, ринок ГМО-продукції призводять до різкого погіршення стану здоров'я пересічної людини, яка не може дозволити собі харчування продуктами з «Еко-лавки», відвідування престижних

фітнес-клубів, відпочинок на елітних курортах тощо. До цього потрібно додати цілу низку екологічних проблем, що загрожують здоров'ю населення Землі і навіть самому існуванню планетарної спільноти. Усі ці аргументи обґрунтовують тезу про те, що здоров'я людини – це не лише особиста, а й суспільна цінність.

Для українських реалій проблематика здоров'я суспільства та громадян особливо актуальна, адже екологічний фон в нашій державі надзвичайно несприятливий, що актуалізує усвідомлення необхідності та важливості культивування як медичних, так і соціальних технологій формування, збереження, реабілітації і збагачення здоров'я як окремої людини, так і всього суспільства.

Медичний та соціальний загал українського соціуму має усвідомлювати, що вирішення проблеми здоров'язабезпечення в сучасних умовах можливе або шляхом впливу на біологічний стан людського організму, або завдяки впливу на соціальні чинники, що забезпечують відповідний рівень функціонування біологічного організму людини.

У сучасному соціально-філософському дискурсі домінуючим стає уявлення про п'ять типів здоров'я людини – астрального, фізичного, духовного, психічного і соціального. Категорія астрального переважає у дослідженнях східного гатунку, тоді як європейська наукова спільнота лише відкриває його для себе, значно більш розробленим є поняття фізичного здоров'я, під яким розуміється стан гармонії морфологічної структури тіла і злагоджене функціонування усіх систем життєзабезпечення. Від рівня розвитку фізичного здоров'я залежать адаптаційні можливості людини стосовно факторів життєвого середовища, рівень фізичного розвитку, здатність до виконання фізичних навантажень. Не менш важливим є психічне здоров'я, бо відповідає за розумово-інтелектуальну сферу. Міру людяності кожного з нас визначає духовне здоров'я – здатність зберігати та використовувати духовність, проявляти творчі здібності. Воно залежить від морального потенціалу особистості, свідомого прагнення людини до реалізації вищих цілей. Соціальне здоров'я визначається як відповідність вимогам соціального середовища.

Поставивши за мету формування та удосконалення здоров'я людини, суспільство (якщо воно прогресивне або позиціонує себе як таке) повинно забезпечити єдність медичного та соціального чинників цього процесу. Процес формування, збереження, реабілітації, збагачення здоров'я людини має здійснюватися і на основі генотипної інформації, і на основі соціальної інформації, завдяки чому стане можливим використання прогресивних технологій, що забезпечують сталий розвиток людського організму.

*Зражевська Н.О.*

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

## **ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА ТАЄМНИЦЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я**

Відповідно до ст. 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Саме таким чином законодавець, що діє від імені всього народу, визначає на конституційному рівні положення за яким людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Надзвичайно важливе місце, з-поміж окреслених благ, займає таке особисте немайнове право особи, як право на таємницю про стан здоров'я. На практиці мають місце непоодинокі випадки розголошення відомостей про стан здоров'я особи без її згоди родичам, близьким, роботодавцю, тощо. Такі дії можуть завдавати шкоди охоронюваним правам особи і навряд чи сприятимуть гармонійності відносин «лікар-пацієнт», як в етичному, так і правовому аспекті. Саме тому видається доцільним детально дослідити цивільно-правові наслідки порушення особистого немайнового права особи на таємницю про стан здоров'я.

Перш за все слід визначити предмет лікарської таємниці та таємниці про стан здоров'я, як інформації з обмеженим доступом. В науці виділяють різні категорії «медична таємниця», «лікарська таємниця»[1]. Правова регламентація предмету лікарської таємниці полягає у існуванні двох правових режимів: таємниці про стан здоров'я та лікарської таємниці. За змістом ч.1 ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»(далі-Основи), ч.1 ст.286 Цивільного Кодексу України (далі – ЦК України) пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Тоді як, відповідно до ст. 40 Основ медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості... Тобто відмінність полягає у тому, що у першому випадку це, крім відомостей про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, всі відомості, одержані при обстеженні, а у другому – це, зокрема, відомості про інтимну і сімейну сторони життя.

Таке розмежування має значення для вирішення питання про задіяння різних правових механізмів захисту на випадок порушення відповідних прав людини, тому що зазначені відомості виступають предметом як кримінально-правової, так і цивільно-правової охорони. Також різними є суб'єкти дотримання права на таємницю про стан здоров'я (невизначене коло осіб) і права на лікарську таємницю (медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про лікарську таємницю).

Підставою деліктної цивільно-правової відповідальності, відповідно до ст. 1166 ЦК України, є цивільне правопорушення(делікт), юридичний

склад якого у разі порушення особистого немайнового права на таємницю про стан здоров'я, полягає у наявності таких елементів:

1. Протиправна поведінка (дії чи бездіяльності), що може полягати у неправомірному розголошенні охоронюваної законом таємниці про стан здоров'я, у таких формах: повідомлення без дозволу особи-носія права(пацієнта) хоча б одній сторонній особі (крім випадків, передбачених законом) вказаних вище відомостей в приватній бесіді як медичним персоналом, так іншими особами (пацієнтами, їх родичами, студентами), повідомлення за місцем роботи, надання копій медичної документації стороннім особам (за відсутності згоди та відповідних підстав), розголошення шляхом публічного виступу, публікації чи іншого повідомлення в пресі, на телебаченні (без забезпечення анонімності та за відсутності згоди), тощо. Тоді як розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю, особами, на які, відповідно до ст. 40 Основ покладено обов'язок її дотримання, можливе лише у випадках, прямо передбачених законом.

2. Заподіяна шкода фізичній особі-носію права на таємницю про стан здоров'я, яка може полягати у майновій шкоді, а саме витратах, яких особа зробила або мусить зробити для відновлення свого порушеного права, доходи, які б особа могла реально одержати за звичайних обставин, якби її право не було порушено. Також порушенням особистого немайнового права може бути завдана моральна шкода, яка, відповідно до ст.23 ЦК України, полягає:

1) у фізичному болю і стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я;

2) у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо неї самої, членів її сім'ї чи близьких родичів;

3) у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку із знищенням чи пошкодженням її майна;

4) у приниженні честі, гідності, а також ділової репутації фізичної чи юридичної особи.

3. Причинний зв'язок між протиправним діянням та настанням шкідливих наслідків, що полягає у встановленні реального зв'язку між діями(бездіяльністю) лікаря, медичного персоналу, інших осіб і настанням негативних наслідків (власне заподіяної шкоди). Як зазначає О.С. Йоффе, юридичною причиною, достатньою для цивільної відповідальності, визнається така поведінка, яка створює реальну загрозу настання шкоди(теорія можливого і дійсного завдання шкоди), тоді як Л.А. Лунц, Г.К. Матвеев та ін. є прихильниками теорії випадкового і причинного зв'язку, що може мати місце при вчиненні досліджуваного делікту[2].

4. Вина заподіювача шкоди. Вина полягає у ставленні особи до свого діяння і може бути виражена у формі умислу або необережності. Про умисел мова йде у випадках, коли медичний працівник чи інша особа усвідомлює протиправність своїх дій (неправомірно розголошує відомості, що становлять таємницю про стан здоров'я), і бажає настання пов'язаних з цими діями негативних наслідків. Необережна форма вини полягає у тому, що медичний працівник чи інша особа передбачає настання шкідливих наслідків, але самовпевнено сподівається на їх відвернення або не передбачає настання шкідливих наслідків, хоча за необхідної уважності та завбачливості повинен і має передбачити ці наслідки.

Ст. 145 Кримінального кодексу України передбачено кримінальну відповідальність за умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки. Неодноразово серед науковців поставало питання щодо необхідності криміналізації і неoberежного розголошення лікарської таємниці[3]. Тоді як порушення права на таємницю про стан здоров'я, може мати місце як з умисною, так і неoberежною формою вини.

У разі відсутності хоча б одного з перелічених вище елементів цивільного правопорушення не може йти мова про притягнення особи до відповідальності за порушення особистого немайнового права на таємницю про стан здоров'я.

Отже, цивільно-правова відповідальність за порушення права на таємницю про стан здоров'я є застосуванням до особи, яка вчинила правопорушення, що полягає у винному протиправному діянні, внаслідок якого завдано шкоди особистому немайновому праву фізичної особи, заходів державного примусу, передбачених правовими нормами, які супроводжуються необхідністю для винного зазнати певних втрат особистого, організаційного або майнового характеру.

#### **Література:**

1. Стеценко С.Г. Медичне право України (правове забезпечення лікарської таємниці): монографія/ С.Г. Стеценко, І.В. Шатковська.- К: Атіка, 2010.-С.19.
2. Иоффе О.С. Обязательственное право/ О.С. Иоффе.- М: Юрид.лит, 1975.-С.113-128.
3. Удалова Л.Д., Кузмічова-Кисленко Є.В. Лікарська таємниця в кримінальному процесі України/ Л.Д. Удалова, Є.В. Кузмічова-Кисленко.-К: Видво «Центр учбової літератури»,2015.-С. 45.

***Кабальський Р.О.,***

*к.ю.н., ас. кафедри гуманітарних*

*та соціально-економічних навчальних дисциплін*  
*ІЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

#### **ЩОДО НОВИХ ПИТАНЬ**

#### **ПРО ЗВІЛЬНЕННЯ ДЕРЖАВНОГО СЛУЖБОВЦЯ**

У зв'язку з тим, що парадигмою реформування органів державної влади в Україні є популістичне переконання у достатності лише зміни (іноді докорінної) кадрового складу державних службовців, напоширеним методом проведення таких «реформ» стала постійна ротація кадрового складу державної служби. Ішими словами, звільнення державного службовця із займаної посади та наступне призначення іншої особи. З тієї причини, що, як правило, у таких випадках важко досягнути «згоди сторін», з огляду на скоріше позитивну (для працівника) судову практику оскарження звільнень «за порушення присяги державного службовця», новатором у «винаході» способу звільнення працівника (державного службовця) стало Міністерство юстиції України.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 21.01.2015 року №17 «Питання оптимізації діяльності центральних органів



виконавчої влади системи юстиції», пункту 1 наказу Міністерства юстиції України від 30.01.2015 року №115/5 «Деякі питання діяльності органів Міністерства юстиції України» перейменовано *головні* управління юстиції України в Автономній республіці Крим, в областях, містах Києві та Севастополі на *головні територіальні* управління юстиції України в Автономній республіці Крим, в областях, містах Києві та Севастополі. Наказом Міністерства юстиції України від 02.02.2015 року № 139/5 затверджено перелік головних територіальних управлінь юстиції.

На цій підставі, Міністерство юстиції України, як роботодавець, посилаючись на п.1. ч.1 ст. 40 КЗпП України, звільняє осіб, які переважно працювали на керівних посадах. На аналогічну ж посаду у «новій» структура приймаються інші особи.

Все це спричинило нову хвилю позовів про незаконність звільнення та, відповідно, новий виклик практиці адміністративного судочинства.

На мою думку в такій ситуації мало місце перейменування (зміна назви) установи-роботодавця з «Головне управління юстиції в області» на «Головне територіальне управління юстиції в області». Окремо наголошую на тому, що ліквідації, реорганізації, банкрутства або перепрофілювання не було. Тому в подібних відносинах слід керуватися наступним.

Відповідно до п. 1 ч. 1 ст. 40 КЗпП України, трудовий договір, укладений на невизначений строк, а також строковий трудовий договір до закінчення строку його чинності можуть бути розірвані власником або уповноваженим ним органом у випадку змін в організації виробництва і праці, в тому числі ліквідації, реорганізації, банкрутства або перепрофілювання підприємства, установи, організації, скорочення чисельності або штату працівників.

Відповідно до п. 19 постанови Пленуму Верховного Суду України від 06 листопада 1992 року за № 9 «Про практику розгляду судами трудових спорів», розглядаючи трудові спори, пов'язані зі звільненням за п.1 ст. 40 КЗпП України, суди зобов'язані, зокрема, з'ясувати, чи дійсно у відповідача мали місце зміни в організації виробництва і праці, зокрема, ліквідація, реорганізація або перепрофілювання підприємства, установи, організації, скорочення чисельності або штату працівників, чи додержано власником або уповноваженим ним органом норм законодавства, що регулюють вивільнення працівника, які є докази щодо змін в організації виробництва і праці, про те, що працівник відмовився від переведення на іншу роботу або що власник або уповноважений ним орган не мав можливості перевести працівника з його згоди на іншу роботу на тому ж підприємстві, в установі, організації, чи не користувався вивільнюваний працівник переважним правом на залишення на роботі та чи попереджався він за 2 місяці про наступне вивільнення.

З викладеного вбачається, що зміни в організації виробництва і праці як підстава для застосування роботодавцем статті 40 частини 1 пункту 1 КЗпП України та статті 49-2 КЗпП України це зміни об'єктивного характеру, що впливають на організацію праці конкретного працівника, його трудову функцію тощо.

Під час судового розгляду справи буде встановлено, що позивача попереджено про наступне звільнення з посади за пунктом 1 статті 40 КЗпП України у порядку статті 49-2 КЗпП України.

Факт перейменування юридичної особи Головного управління юстиції у області на Головне територіальне управління юстиції у області було зареєстровано в установленому порядку, що підтверджується наявним у справі витягом з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб підприємців.

Відповідним наказом Головного територіального управління юстиції в області, у зв'язку з перейменуванням Головного управління юстиції на Головне територіальне управління юстиції вводиться в дію структуру та штатну чисельність і штатний розпис Головного територіального управління юстиції. Посаду, наприклад, начальника управління державної виконавчої служби Головного управління юстиції скорочено; введено посаду заступника начальника Головного територіального управління юстиції з питань виконавчої служби начальника державної виконавчої служби; перейменовано начальника державної виконавчої служби Головного управління юстиції області на начальника державної виконавчої служби Головного територіального управління юстиції.

Вважаю, що саме по собі перейменування державного органу (без його ліквідації чи реорганізації) не тягне за собою змін в організації виробництва і праці за відсутності інших доказів, що свідчать про наявність будь-яких змін, які впливають на трудову функцію працівника. Оскільки з елементарного співставлення штатних розписів та посадових інструкцій вбачається майже повне дублювання посадових обов'язків. У матеріалах справи можуть бути наявні докази внесення до трудових книжок інших працівників записів про факт такого перейменування без будь-якого звільнення чи переведення у зв'язку з таким перейменуванням.

Крім того, чисельність працівників – це списочний склад працівників і скорочення чисельності працівників передбачає зменшення їх кількості (кількість працівників не змінилася). Штат працівників це сукупність посад, установлених штатним розписом підприємства. Скорочення штатів – зменшення кількості посад, які передбачені штатним розкладом. З аналізу штатних розписів до та після перейменування не вбачається скорочення кількості ні працівників, ні посад (управління ДВС як до перейменування очолював начальник, так і після перейменування ГУЮ у ГТУЮ управління ДВС так само очолює начальник).

Також не можна вважати фактичним скороченням, і не є по суті такими змінами, що тягнуть за собою звільнення позивача, виведення з штатного розпису посади керівника державної виконавчої служби, яку займає позивач, і одночасне введення посади керівника перейменованого державної виконавчої служби, оскільки обсяг повноважень керівника до та після його перейменування збігається.

Зміна назви посади не є зміною в організації виробництва і праці, оскільки не тягне за собою збільшення обсягу повноважень працівника, який обіймає цю посаду і протилежного відповідачем не доведено. Виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника не є зміною основних обов'язків за посадою.

Крім того, зміни в організації виробництва і праці – це раціоналізація робочих місць, запровадження нових форм організації праці, як от запровадження бригадної форми організації праці замість індивідуально і, навпаки,

впровадження передових методів, технологій, тощо (пункт 10 Постанови Пленуму Верховного Суду України від 06 листопада 1992 року № 9 «Про практику розгляду судами трудових спорів»). Наявність таких змін має доводитись відповідачем – суб'єктом владних повноважень.

Таким чином, наведене вище свідчить не скільки про реалізацію принципів верховенства права та закону в діях органів державної влади, скільки про бажання якнайшвидше звільнити та замінити особу, яка несе державну службу на певній посаді.

Окремо слід зупинитися на питанні позовної вимоги про те, на якій саме посаді має бути поновлено працівника. Адже про поновлення на займаній посаді може бути ускладнено, оскільки посада, на якій позивача слід поновити, перестала існувати.

Відповідно до ст. 124 Конституції України на органи судової влади покладается функція здійснення правосуддя в Україні. Згідно з ч. 1 ст. 2 КАС України, завданням адміністративного судочинства є захист прав, свобод та інтересів фізичних осіб, прав та інтересів юридичних осіб у сфері публічно-правових відносин від порушень з боку органів державної влади. З огляду на те, що поновлення на роботі, як захист порушеного права у сфері трудових відносин, має на меті саме забезпечення відновлення становища, яке існувало до порушення цього права (незаконного звільнення), просте (формальне) поновлення позивача, на займаній до звільнення, вже не існуючій посаді, на мою думку, не може вважатися таким, що відповідає меті та завданням здійснення адміністративного судочинства на Україні, адже права та порушені законні інтереси фактично не будуть відновлені.

Так, наприклад, за обсягом своїх повноважень, сукупності службових прав та обов'язків, загальній спрямованості на реалізацію завдань покладених на органи державної виконавчої служби України, а також з урахуванням лише зміни назви органу, тотожною до колишньої посади «начальника управління державної виконавчої служби Головного управління юстиції» є посада «заступника начальника головного територіального управління юстиції з питань державної виконавчої служби – начальника управління державної виконавчої служби».

Слід звернути увагу, що заступник начальника головного територіального управління юстиції з питань державної виконавчої служби-начальник управління державної виконавчої служби має повноваження ідентичні посадовим повноваженням начальника управління державної виконавчої служби. Так, начальник управління ДВС не тільки керує роботою управління ДВС, але і виконує усі функції щодо керівництва, організації діяльності, контролю за діяльністю, забезпеченням, звітністю і т.ін. усіх відділів державної виконавчої служби Головного управління юстиції. Ця обставина підтверджується змістом посадової інструкції, а також Положенням про управління державної виконавчої служби Головного управління юстиції в області. Таким чином, ці повноваження та обов'язки і є повноваженнями та обов'язками заступника начальника головного управління юстиції в області з питань державної виконавчої служби.

*Касумова А.Б.,  
к.ю.н., старший викладач  
кафедри медичного  
та фармацевтичного права  
Національного медичного університету  
ім. О.О. Богомольця*

## **ВВЕЗЕННЯ НЕЗАРЕЄСТРОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ В УКРАЇНІ**

Відповідно до наказу МОЗ України “Про затвердження Порядку везення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів” від 26.04.2011 р. № 237, передбачено ряд випадків, коли лікарський засіб (стандартний зразок, реагент) може ввозитись на територію України без отримання реєстраційного посвідчення. Метою такого везення не може бути отримання права на реалізацію. Випадки, за яких допустимо ввозити незареєстровані лікарські засоби, стандартні зразки і реагенти наступні:

1) проведення доклінічних досліджень, зокрема проведення хімічних, фізичних, біологічних, мікробіологічних, фармакологічних, токсикологічних та інших наукових досліджень, а також дослідження стабільності, розробки та апробації аналітичних методів для вивчення їх специфічної активності та безпечності, в тому числі в межах розробки нових лікарських засобів;

2) клінічних випробувань;  
3) державної реєстрації лікарських засобів в Україні;  
4) експонування на виставках, конференціях тощо;  
5) медичного забезпечення підрозділів збройних сил інших держав, які відповідно до закону допущені на територію України;

6) індивідуального використання громадянами;  
7) використання у випадках стихійного лиха, катастроф, епідемічного захворювання тощо за окремим рішенням Міністерства охорони здоров'я України за наявності документів, що підтверджують їх реєстрацію і використання в країнах, звідки ввозяться препарати;

8) для медичного забезпечення (медичного застосування) військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу, які виконують завдання під час проведення антитерористичної операції, під час дії надзвичайного стану, особливого періоду, за окремим рішенням Міністерства охорони здоров'я України за наявності документів, що підтверджують реєстрацію і використання лікарських засобів у таких державах;

9) лікування рідкісних (орфанних) захворювань за рішенням Міністерства охорони здоров'я України. Це положення стосується лише лікарських засобів, розроблених виключно для лікування рідкісних (орфанних) захворювань, які в установленому порядку допущені до застосування на території Сполучених Штатів Америки або держав – членів Європейського Союзу, незалежно від того, чи зареєстровані вони як лікарські засоби компетентними органами Сполучених Штатів Америки або Європейського Союзу [1].

Водночас, зі змісту зазначеного наказу МОЗ України не можна зробити однозначного висновку щодо того чи можна ввозити в Україну експериментальні лікарські засоби для використання пацієнтами? Мова йде про лікар-

ські засоби, які проходять перші етапи клінічних випробувань й можуть бути застосовані для лікування невиліковних хвороб.

Для відповіді на поставлене запитання необхідно розуміти що таке є клінічні випробування. У вітчизняному законодавстві це визначення наводиться у п. 2.1 наказу МОЗ України “Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики” від 23.09.2009 р. № 690: “клінічні випробування – це дослідження, які призначені для виявлення або підтвердження клінічних, фармакокінетичних, фармакодинамічних та/або інших ефектів, у тому числі для вивчення усмоктування, розподілу, метаболізму та виведення одного або кількох лікарських засобів та/або виявлення побічних реакцій на один або декілька досліджуваних лікарських засобів з метою оцінки його (їх) безпечності та/або ефективності” [2].

Якщо звернутись до практики Європейського суду з прав людини, то показово тут є рішення у справі “Хрістозов та інші проти Болгарії” (Заяви №№ 47039/11 та 358/12) від 13.11.2012 р. Заявники стверджували, що відмова органів влади надати їм дозвіл на використання експериментального медичного препарату, до якого вони бажали мати доступ в порядку “застосування зі співчуття”, порушувала їхнє право на життя, прирівнювалась до нелюдського і такого, що принижує гідність, поведження, та порушувала їхнє право на повагу до приватного і сімейного життя [3]. Однак, у Болгарії існує заборона застосування зі співчуття недозволених лікарських засобів. Щодо інших держав, то практика склалася по різному.

В одних країнах надається дозвіл до вживання недозволених лікарських засобів за межами клінічних випробувань окремим категоріям пацієнтів (невеликочисельно хворим). Такі правила діють в більшості європейських держав (Австрія, Чеська Республіка, Хорватія, Естонія, Франція, Фінляндія, Німеччина, Греція, Угорщина, Ірландія, Італія, Латвія, Литва, Мальта, Нідерланди, Польща, Румунія, Сербія, Словенія, Іспанія, Туреччина та Сполучене Королівство). За іншим підходом дозвіл прямо не прописаний у законодавстві, але немає й заборони, тому доступ до таких препаратів можливий на практиці (Швеція, Російська Федерація). В окремих країнах забороняється використовувати лікарські засоби, які знаходяться за межами клінічних випробувань (Албанія, Кіпр, Молдова, Чорногорія).

Щодо України, то національне законодавство містить дещо “розмиті” норми, які могли б інтерпретуватись як такі, що дозволяють такий доступ. Зокрема можливим є разове ввезення незареєстрованого лікарського засобу з метою індивідуального використання громадянином (до МОЗ України подається лист-звернення, в якому зазначається мета ввезення незареєстрованого лікарського засобу, його найменування (міжнародне непатентоване та торговельне), фармакотерапевтична група, форма випуску, кількість в одній упаковці, загальна кількість упаковок, фірма-виробник, номер серії випуску, термін придатності, умови зберігання; довідка лікаря із зазначенням діагнозу захворювання; рецепт на даний лікарський препарат, оформлений згідно з Правилами виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення) [1].

У той сам час, не зовсім зрозумілим зі змісту наказу МОЗ України від 26.04.2011 р. № 237 є тип такого дозволу (зокрема чи можна отримати до-

звіл на ввезення незареєстрованого препарату для використання не окремо взятому індивіду, а окремим групам пацієнтів чи контингенту).

Аналіз зазначених матеріалів дає підстави стверджувати, що якщо Україна ратифікувала Конвенцію про захист прав людини і основоположних положень, то повинна забезпечувати виконання її положень. Стаття 8 Конвенції визначає, що кожен має право на повагу до свого приватного життя; органи державної влади не можуть втручатись у здійснення цього права [4]. А виходячи із правила, що клінічне випробування може проводитись в тому випадку, якщо очікувана користь виправдовує ризик та на підставі положення ст. 8 Конвенції, видається що за умови консультування з лікуючим лікарем та з тим, щоб імовірно подовжити своє життя, окремим групам пацієнтів в Україні повинен бути гарантований доступ навіть до тих лікарських засобів, які знаходяться на стадії клінічних випробувань і не пройшли процедуру державної реєстрації в жодній країні.

#### **Література:**

1. Про затвердження Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.04.2011 р. № 237. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0965-11>.

2. Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.09.2009 № 690 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09>.

3. CASE OF HRISTOZOV AND OTHERS v. BULGARIA. – Applications nos. 47039/11 and 358/12. – 13 November 2012. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://hudoc.echr.coe.int>

4. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод : Конвенція, Міжнародний документ від 04.11.1950 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004](http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_004).

**Кравцова Н.Г.,**

*к.пед.н., доц. кафедри гуманітарних та соціально-економічних навчальних дисциплін  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

**Перебийніс Ю.В.,**

*викладач кафедри гуманітарних та соціально-економічних навчальних дисциплін  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ – ІСТОРИЧНИЙ УРОК ЧИКАЗЬКОЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ШКОЛИ-ЛАБОРАТОРІЇ ДЖОНА ДЬЮЇ**

Соціально-економічні трансформації в Україні, формування міжнародного освітнього простору зумовлюють прискорення процесів демократизації й гуманізації національної освіти, актуалізують звернення до історико-педагогічного досвіду зарубіжних країн зі сталою демократією на основі взаємовпливу і взаємопроникнення культур.

У зв'язку із цим особливий науковий і практичний інтерес викликає новаторська педагогічна спадщина Джона Дьюї (1859–1952) – видатного аме-

риканського педагога й філософа, вплив якого на світову педагогічну думку триває близько століття. Глибоке теоретичне обґрунтування ним принципу дитиноцентризму, засобів громадянської освіти й виховання, сприяння особистісному зростанню учнів у єдності з суспільними потребами, а також наукова переконливість педагогічної концепції Дж. Дьюї зробили її феноменом не лише національного рівня.

Інструментом кристалізації і практичним утіленням інноваційних педагогічних ідей Дж. Дьюї стала заснована ним у 1896 р. Чиказька експериментальна школа-лабораторія, діяльність якої на тривалій період визначила перспективи розвитку масової американської школи, стимулювала європейську педагогічну думку першої половини ХХ ст. і продовжує викликати науковий інтерес як із позицій реформування освіти, так і з прогностичними намірами.

Проблеми забезпечення саморозвитку і самозбереження дитини посідають чільне місце в науково-педагогічній спадщині Дж. Дьюї. У центрі її уваги постає унікальна цілісна особистість, яка прагне максимальної самореалізації, відкрита для сприйняття нового досвіду, здатна зробити свідомий і відповідальний вибір у нестандартних, проблемних ситуаціях.

Встановлено, що в розумінні цілей освіти Дж. Дьюї продовжив гуманістичний напрям, започаткований Ж.-Ж. Руссо. Ідея французького філософа й педагога про освіту як процес природного зростання і розвитку дитини стала для Дж. Дьюї висхідною, була творчо переосмислена та збагачена положеннями педагогіки прагматизму. Зокрема, суттєвим демократичним „проривом” філософії освіти і виховання Дж. Дьюї слід вважати новаторський погляд на статус дитини і її сутність. Педагог розглядає дитину як самість, як активну істоту, яка перебуває в постійній взаємодії зі своїм оточенням, розв’язує проблеми, що виникають на шляху до поставленої мети [1, 194].

Головним завданням дитини Дж. Дьюї називає самозбереження. Ця теза має значно глибший зміст, ніж збереження життя як такого, – це збереження себе у процесі розвитку, зростання. Необхідність такого збереження, на думку Дж. Дьюї, обумовлюється мінливістю соціокультурного середовища, у якому живе людина. Найбільш вагомим чинником такого самозбереження, вказує педагог, є освіта, прогресивні форми і методи якої можуть сформувати творчі навички, критичне мислення, забезпечити самопізнання і саморозвиток дитини.

Слабкість традиційної освіти Дж. Дьюї вбачає в теоретично некоректному і практично неспроможному протиставленні незрілості дитини і зрілості дорослого, адже суспільство тривалий час дивилося на дитинство лише як на необхідний підготовчий етап до дорослого життя, позбавляючи його самоцінності. Особливістю дитинства, за Дж. Дьюї, є здатність дитини до постійного росту, розвитку. Збереження цієї здатності і є головним завданням освіти і виховання: „Тепер під незрілістю ми будемо розуміти можливість зростання, а не відсутність сил, які можуть розвиватися пізніше. Ми наголошуємо на наявності позитивної сили – здатності розвиватися” [2, 39].

Головний принцип виховання, за переконанням Дж. Дьюї, полягає в тому, що дитина має формуватися не ззовні, а ніби зсередини себе, виходячи з природи і запитів власного „я”, при безпосередній допомозі вчителя.

Як зазначав Дж. Дьюї, для дитини знайти своє місце в суспільстві – „це отримати виховання наукою, мистецтвом, історією, опанувати основні методи пізнання та засоби спілкування. Це означає мати треноване, здорове тіло, умілі руки та вправні очі, бути працьовитим і наполегливим...” [3, 28]. Характерною відзнакою діяльності педагогічного колективу Чиказької експериментальної школи-лабораторії була значна увага, яка приділялася фізичному здоров'ю учнів. Останнє, на думку Дж. Дьюї, не тільки підгрунтя і важливий інструмент розвитку інтелекту дитини, а і суттєва ознака ефективного й гармонійного суспільства. „Здоров'я однаково важливе як з суспільної, так й індивідуальної точки зору, отже, йому потрібно приділяти подвійну увагу”, – наголошував педагог [4, 290].

Програма охорони здоров'я, запроваджена в школі-лабораторії, була унікальною для свого часу. Майже із самого початку діяльності школи до штату її співробітників був зарахований лікар. На індивідуальних медичних оглядах він обстежував зір, слух, поставу дитини, стан її носоглотки, серця і легенів, а в разі виявлення будь-яких відхилень від норми, повідомляв про них батьків. Особлива увага педагогів приділялася попередженню дефектів постави. Про це свідчить той факт, що, незважаючи на широке коло обов'язків, Дж. Дьюї особисто займався пошуком шкільних меблів, які б відповідали не тільки педагогічним вимогам, а й гігієнічним та естетичним стандартам. Двічі на рік висота парт і стільців у кімнатах для занять регулювалася в міру того, як діти підросли.

Дж. Дьюї вказував, що індивід досягає самореалізації, використовуючи свої особливі таланти задля благополуччя суспільства. Саме тому основною функцією освіти в демократичному суспільстві педагог називає формування в дітей такого характеру, який допоможе їм досягти максимальної самореалізації. „Критерієм цінності шкільної освіти є те, наскільки вона формує бажання продовжувати зростання, забезпечуючи засоби для його втілення” [2, 47].

Однак, зазначає Дж. Дьюї, „...характер, який маємо на меті виховати, – це не лише добрі наміри, але й уміння їх відстоювати... Особистість мусить мати силу протистояти життєвим перешкодам і враховувати їх. Вона має бути ініціативною, наполегливою, стійкою, відважною і працьовитою... Відкрити природні потенції характеру, сприяти тому, щоб вони лягли в основу звичок, стійких форм діяльності – ось завдання освіти” [3, 26]. На думку Дж. Дьюї, саме таке виховання дитини дасть їй змогу взяти на свої плечі відповідальність за себе і не лише пристосуватися до майбутніх змін, а й зуміти впорядкувати їх і керувати ними. Таким чином людина зберігає свою „самість”, захищає себе, адаптуючи, по можливості, мінливий світ до себе, адже не тільки особистість є відкритою системою, але й світ, що її оточує, теж відкритий, у ньому немає нічого абсолютного, сталого. Тому активність людини – необхідна умова її самореалізації, вказує Дж. Дьюї.

Як зазначає дослідник наукової спадщини Дж. Дьюї А. Райан, „Дьюї возвеличує людину, яка повністю поглинена роботою, сім'єю, місцевою громадою і її політикою; людину, яку ніколи не примушували до цього, але яка бачить тут простір для саморозвитку, самовираження, послідовно „занурює” себе у вирішення поточних завдань”.



Педагогічні ідеї Дж. Дьюї щодо самозбереження особистості ґрунтуються на вірі педагога в потенціал досвіду людини, у її здатність до саморозкриття, у можливість виявити властиву їй унікальну і неповторну сутність, у визначенні напрямів і ресурсів особистого зростання.

#### **Література:**

1. Радіонова І. О. Сучасна американська філософія освіти та виховання: тематичні поля та парадигмально-концептуальні побудови / І. О. Радіонова. – Харків, : ХДПУ, 2000. – 206 с.

2. Дьюї Д. Демократія і освіта / Джон Дьюї. – Львів: Літопис, 2003. – 294 с.

3. Дьюї Д. Моральні принципи в освіті / Джон Дьюї. – Львів: Освіта: Літопис: Центр гуманітарних досліджень Львівського національного університету ім. І. Франка, 2001. – 32 с.

4. Dewey J., Dewey E. The Schools of Tomorrow / J. Dewey, E. Dewey. – NY.: Dutton, 1915. – 346 p.

***Кравченко А.П.,***

*к.ю.н., ас. кафедри гуманітарних і соціально-економічних дисциплін  
ІІОІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ЦІННІСНЕ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ЯК ОСНОВА МЕДИКО-ПРАВОВОЇ КУЛЬТУРИ ОСОБИСТОСТІ**

Здоров'я, як «стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя» (ВОЗ), є вищим невідчужуваним першорядним благом людини, фундаментальним правом і особливою цінністю сучасної цивілізації. Цим пояснюється на часі інтенсивне розгортання наукових досліджень проблеми здоров'я на медико-біологічному, психологічному, філософському та правовому рівнях, що надає їй міждисциплінарного статусу.

Нагальна потреба українського суспільства в реформуванні системи охорони здоров'я (від медицини «хвороб і симптомів» до медицини «збереження і зміцнення ресурсів організму») з необхідністю передбачає формування цілісної системи правового регулювання медичної діяльності, розробку і впровадження національної моделі розвитку системи охорони здоров'я України, яка б базувалася на рівних можливостях громадян, верховенстві права [1; 3; 4; 5]. Слід зважати, що права і свободи громадян, справедливість у суспільстві в цілому забезпечуються не тільки характером економічного і політичного ладу, а й рівнем розвитку правової культури суспільства й особистості. Тому однією із важливих умов ефективності реформування інформаційно-правової системи управління в медико-соціальній сфері суспільства є підвищення медико-правової культури її громадян.

Останню ми розглядаємо як складову загально правової культури особистості, основою якої виступають правові знання, уміння застосовувати їх, захищати права і свободи, за допомогою закону регулювати їх з метою збереження і зміцнення здоров'я, як вихідної умови і запоруки успішної духовної і практичної діяльності. Внутрішньою детермінантою медико-правової культури особистості виступає її світоглядно-ціннісне ставлення до власного здоров'я, як фундаментальної основи соціальної активності і всіх аспектів життєздійснення і благополуччя. Таке ставлення до здоров'я виявляється

у здатності самостійно контролювати і нести відповідальність за нього на основі інтеріоризованих медико-правових норм і цінностей.

Правова культура особистості не обмежується знанням і розумінням права, а передбачає практику «оволодіння правом у дії». Так же і перетворення соціальної цінності в особисту можливо лише тоді, коли людина включилася у практичну реалізацію цієї цінності, відчуваючи її як власну. Тоді у структурі особистості виникає та укорінюється особиста цінність – ідеальне уявлення про належне, що задає напрям життєдіяльності і виступає джерелом смислів [2].

Отже, формування ставлення особистості до здоров'я як цінності визначається, насамперед, якістю її смислових відношень, оскільки «цінність є не що інше, як обраний вами сенс» (Ж.-П.Сартр). Ціннісне ставлення залежить від ступеню гармонізації індивідуальних смислів життя в контексті співвідношення соціального і біологічного, тілесного і духовного; здатності людини обирати адекватні способи реалізації власних смислових устремлінь. Для характеристики його сформованості можуть бути використані базові параметри, що розкривають психологічний зміст будь-якого суб'єктивного відношення особистості: широта, усвідомленість, інтенсивність (О.О. Бодальов, Б.Ф. Ломов, В.М. М'ясищев та інші), які відображають власне потребу в збереженні здоров'я. Характеристики емоційності, узагальненості, домінантності, когерентності, принциповості описують її у взаємозв'язку з іншими характеристиками особистості.

Здоров'я є мірилом життєвих проявів людини не лише на рівні організму, а й загального світовідчуття. Стан і динаміка здоров'я залежить не тільки від умов життя, фінансування медичної сфери, досконалості її правового регулювання чи інших форм «зовнішнього» управління. Значною мірою його якість зумовлюється характером поведінки особистості у всіх сферах діяльності, її вітальності чи патогенності, характером самозбережувальної спрямованості, здатністю перейти від опори на регулювання середовища в рамках соціальної системи до опори на себе і механізми саморегуляції [6]. Останнє визначається суб'єктивною самооцінкою фізичного стану, місцем здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей особистості.

Самозбережувальна поведінка не вичерпується лише своєчасним зверненням за кваліфікованою медичною допомогою, а й передбачає певний спосіб організації стилю життя, визначену спрямованість життєдіяльності. Від самої людини залежить свобода вибору вітальної стратегії, визначення свого місця в ній і диференціація рівня відповідальності. Суб'єктна активність, спрямована на подолання суперечності між усвідомленням цінності здоров'я і реальною поведінкою з урахуванням норм медичного права, виступає одним із центральних механізмів розвитку ціннісного ставлення до здоров'я і рушійною силою формування медико-правової культури особистості.

#### **Література:**

1. Волков В., Дешко Л. Медичне право–реальність сьогодення // Інформаційний правовий простір. – 5–11 травня 2007 р. – № 18. – С. 45–48.
2. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – 3-е изд., доп. – М.: Смысл, 2007. – 511 с.

3. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (Монографія) / Передмова і загальна редакція – проф. Н. Р. Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.

4. Сенюта І. Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: Монографія. – Львів: Астолябія, 2007. – 224 с.

5. Стеценко С.Г. Медичне право України: проблеми становлення // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення), Матеріали 2 Всеукраїнської науково-практичної конференції 17-18.04.2008, м. Львів.

6. Терентьев О.В. Аксиология здоровья и критика технократического мышления // Вопросы гуманитарных наук №1(34)2008. – С 59-61.

*Лебеденко С.О.,*

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

*ІНУО ІНУУ ім. Я. Мудрого*

### **ВЖИВАННЯ МЕДИЧНОЇ ЛЕКСИКИ В ДІЛОВОМУ МОВЛЕННІ**

Українська літературна мова з часу надання їй статусу державної почала використовуватися в усіх сферах суспільного життя, що спричинило активний розвиток передусім фахової лексики, зокрема термінології.

Медична лексика, яка об'єднує спеціальні та неспеціальні медичні назви, що функціонують у науковій та інших підсистемах мови, є однією з найдавніших фахових термінологій і вивчається сьогодні в різних аспектах. Одним із таких аспектів є вживання медичної лексики в діловому мовленні. Як зазначає Н.Литвиненко, «функціонально-стильові особливості фахового медичного мовлення визначаються насамперед взаємодією наукового та ділового стилів мови, вживанням мовних засобів (фахових термінів) високого ступеня стандартизації, точністю формулювань» [1], тому дослідження стилістичного та текстового використання медичної лексики в офіційно-діловому стилі є актуальним.

Функціональні стилі (як різновиди мови, що складаються із сукупності лексичних, фразеологічних, морфологічних, синтаксичних, тільки в усному мовленні – орфоепічних та акцентуаційних і тільки в писемному мовленні – пунктуаційних засобів) забезпечують використання мови в усіх сферах діяльності суспільства, реалізуючи головні функції мови – спілкування, повідомлення, впливу. Функціональні стилі, які сьогодні виділяються, формувалися поступово, тому, на думку Н.Ботвиної, класичним стало твердження про те, що історія літературної мови – це історія стилів[2, с. 6-7]. І дійсно, однакові мовні засоби використовуються в різних стилях, для різних цілей спілкування, внаслідок чого різні функціональні стилі мають спільні, міжстильові мовні засоби.

Тексти офіційно-ділового стилю як різновиду літературної мови, що використовується в офіційному спілкуванні між установами, окремою особою й установою, між посадовими особами та у ділових взаєминах на виробництві, характеризуються такими ознаками: точність, послідовність і лаконічність викладу фактів; відсутність образності, емоційності та індивідуально-авторських рис; вживання нейтральної лексики у прямому значенні, а також

суспільно-політичної, професійно-виробничої, науково-термінологічної лексики; наявність усталених мовних зворотів, певна стандартизація початку і закінчення документа (найхарактернішими проявами стандартизації є широке використання готових словесних формул, що спрощують і полегшують процес укладання документів, повторюваність тих самих слів, форм, зворотів, конструкцій як результат досягнення однотипності думки); наявність реквізитів та ін. Тексти як правило поділяються на розділи, параграфи, пункти і підпункти [див., наприклад, 3].

Отже, у діловому мовленні відповідно до сфери вживання використовується термінологія різних галузей знань. Метою нашого дослідження є аналіз медичної лексики в діловому мовленні, виділення мовних кліше (стандартизованих мовних зворотів), складовою частиною яких є медична фахова лексика. Для дослідження використані такі ділові документи: накази та листи Міністерства охорони здоров'я (2014-2015 рр.), обрані методом нецілеспрямованого добору, і Календар профілактичних щеплень, затверджений наказом МОЗ України № 595 від 16.09.2011.

Передусім слід зауважити, що в зазначених ділових документах відбувається кодифікація медичної термінології. Загальновідомо, що головним джерелом кодифікації медичної термінології залишаються фахові енциклопедії та словники. Однак, як і в давні часи, так і сьогодні у діловому мовленні використовується медична термінологія, і не тільки використовується, але й кодифікується в документах Міністерства охорони здоров'я України. Державні службовці й медики взаємовигідно співпрацюють, удосконалюючи медичну термінологічну систему. Уживання медичної лексики в ділових документах сприяє й культурі мовлення фахівців-медиків, правильному вживанню тих чи інших професійних понять. Таким чином, джерелами кодифікації медичної термінології є не тільки нормативно-правові акти, які регулюють діяльність медичних працівників, у тому числі документи, які ведуться в медичних установах, наукові праці (монографії, статті) та науково-навчальна література (підручники, навчальні посібники, довідники), словники (загальномовні та спеціальні), але й поточна ділова документація.

У Календарі профілактичних щеплень [4]<sup>1</sup> немає спеціальних статей, призначених для кодифікації медичної термінології, проте основні поняття визначені. До них належать такі:

*вакцинація* (щеплення, імунізація) – створення штучного імунітету в людини до певних інфекційних хвороб шляхом введення вакцини, анатоксину чи імуноглобуліну;

*медичні імунобіологічні препарати* – вакцини, анатоксини, імуноглобуліни, сироватки, бактеріофаги, інші лікарські засоби, що застосовуються в медичній практиці з метою специфічної профілактики інфекційних хвороб;

*первинний вакцинальний комплекс* – курс профілактичних щеплень, необхідний для створення базового імунітету проти певних інфекційних хвороб;

*ревакцинація* – повторне введення вакцини чи анатоксину з метою підтримання штучного імунітету в людини до певних інфекційних хвороб;

*ендемична територія* – територія, у межах якої протягом тривалого часу реєструються непоодинокі випадки захворювання населення певною інфекційною хворобою;

*ензоотична територія* – територія, у межах якої протягом тривалого часу реєструються непоодинокі випадки захворювання населення певною інфекційною хворобою, переносником якої є тварина;

*епідемічні показання* – показання до проведення активної імунoproфілактики, що не передбачена вакцинацією за віком, у разі виникнення несприятливої епідемічної ситуації або загрози її виникнення, а також при можливому ризику інфікування у випадку контакту особи з джерелом інфекції та інші.

Разом із тим необхідно зауважити, що, на відміну від законів та нормативно-правових актів, у ділових документах (у нашому випадку наказах) можливе явище синонімії, наприклад: вакцинація – щеплення – імунізація. У межах одного тексту знаходимо такі звороти: *щеплення проводиться, вакцинація проводиться, проводити імунізацію; вирішення питання про щеплення, розпочинати серію вакцинацій* тощо.

Для текстів ділового мовлення характерними є стандартизовані мовні звороти, у склад яких входить медична лексика. До них в аналізованих нами розпорядчих документах слід віднести словосполучення з:

- дієсловами у формі теперішнього часу із значенням позачасовості, постійності дії: *ревакцинацію проводять, вакцина застосовується, використовується вакцина, здійснюється моніторинг епідемічної ситуації, вакцинація вважається завершеною, вакцинацію проводять, профілактика грипу здійснюється* та багато інших;

- дієслівними формами на *-но, -то*: *рекомендовано вводити специфічний імуноглобулін, першу хвилю епідемічного підйому зареєстровано, за рахунок бюджетних коштів щеплено, виділено штами вірусів грипу та ін.;*

- віддієслівними іменниками: *затвердження медико-технологічних документів, впровадження медико-технологічних документів, поліпшення якості надання медичної допомоги, оновлення уніфікованих клінічних протоколів, надання медичної допомоги пацієнтам, удосконалення проведення профілактичних щеплень, розробка локальних протоколів медичної допомоги, забезпечення медичним обладнанням, введення первинної облікової медичної документації, здійснення диспансеризації, проведенні заходів з реабілітації, впровадження в лікувальний та реабілітаційний процес, надання лікувально-консультативної допомоги, проведення діагностики, зростання захворюваності на грип та ін.;*

- дієсловами в неозначеній формі: *забезпечити внесення медико-технологічних документів до реєстру, провести пробу Манту, розпочати вакцинацію, затвердити уніфіковані клінічні протоколи екстреної медичної допомоги, забезпечити перегляд та оновлення уніфікованих клінічних протоколів, затвердити Положення про систему лікарсько-фізкультурної допомоги в Україні, активізувати пропаганду здорового способу життя та ін.;*

- абстрактними іменниками на *-ція*: *активізація епідемічного процесу грипу, стандартизація медичної допомоги, активація вірусів грипу, інтенсифікація епідемічного процесу* тощо;

- модальними словами: *необхідно ввести дози вакцини, вакцина може бути застосована, вакцинація може проводитися, необхідно проводити вакцинацію, не слід розпочинати серію вакцинацій, необхідно ввести дози, вакцинація вважається завершеною* та ін.

Медична лексика активно вживається в діловому мовленні у стандартизованих зворотах з похідними прийменниками: з метою удосконалення надання медичної допомоги, з метою забезпечення епідемічного благополуччя населення, з метою специфічної профілактики інфекційних хвороб, підрозділи з питань охорони здоров'я, відповідно до статей... Основ законодавства України про охорону здоров'я, згідно з лабораторними дослідженнями, у випадку одночасного зараження вірусом, з метою одночасного виявлення вірусів грипу та інші.

Отже, проведений аналіз медичної лексики, вживаної у діловому мовленні, свідчить про наявність процесів її кодифікації та досить активне вживання у стандартизованих мовних зворотах офіційно-ділового стилю.

#### **Література:**

1. Литвинова Н. Стильові аспекти фахового мовлення (на матеріалі медичної лексики). – [Електронний ресурс: <http://journalib.univ.kiev.ua/index.php?act=article&article=300>]
2. Ботвина Н.В. Офіційно-діловий та науковий стилі української мови. – К. : «АртЕк», 1999. – 264 с.
3. Шевчук С.В. Ділове мовлення державних службовців. – К. : Алерта, 2012. – 428 с.
4. Календар профілактичних щеплень // Офіційний сайт МОЗ України. – [Електронний ресурс: [apteka.ua/article/101939](http://apteka.ua/article/101939); [zakon.rada.gov.ua/go/z1159-11](http://zakon.rada.gov.ua/go/z1159-11)]

**Лемешко О.М.,**

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

### **ПРО ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПРАЦІВНИКА ПІДПРИЄМСТВА, УСТАНОВИ ЧИ ОРГАНІЗАЦІЇ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ, ЯКИЙ НЕ Є СЛУЖБОВОЮ ОСОБОЮ**

Кримінальне законодавство України нещодавно поповнилося оновленою кримінально-правовою заборонаю, яка має на меті попередити вчинення кримінальних корупційних правопорушень в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, діяльності організацій, в тому числі тих, діяльність яких пов'язана із сферою медичної діяльності. Мова йде про статтю 354 КК (Підкуп працівника підприємства, установи чи організації). До речі, вказана стаття, згідно примітки до статті 45 КК, належить до так званих корупційних злочинів.

Згідно положень статті 354 КК, злочинним діянням визнається, поперше, а) *пропозиція*, б) *обіцянка* чи в) *надання неправомірної вигоди* працівникові підприємства або особі, яка працює на користь підприємства, установи чи організації за вчинення або не вчинення будь-яких дій з використанням становища, в інтересах того, хто пропонує, обіцяє чи надає таку вигоду, або в інтересах третьої особи; по-друге, злочинними визнаються також дії, що виявилися у а) *прийнятті пропозиції* чи б) *прийнятті обіцянки*, або в) *одержанні* чи г) *проханні надати неправомірну вигоду* для себе чи третьої особи. У першому випадку, ч.ч.1-2 статті 354 КК, протиправні дії вчинюються так званим *загальним суб'єктом* (стаття 18 КК). У другому випадку, дії, передбачені ч.ч.3-4 ст. 354 КК, *спеціальним суб'єктом* (адресатом) зазначених дій

можуть виступати дві категорії осіб – працівник підприємства, установи чи організації, та особи, які працюють на користь підприємства, установи чи організації, тобто перебувають у певних трудових відносинах із підприємством, установою чи організацією, та які не є службовими особами.

У обох випадках, предметом цих протиправних дій виступає *неправомірна вигода*, під якою розуміється грошові кошти чи інше майно, переваги, пільги, послуги, нематеріальні активи, будь-які інші вигоди нематеріального чи не грошового характеру, які пропонують, обіцяють, надають або одержують без законних на те підстав. Визначення неправомірної вигоди надається в п.2 примітки до статті 354 КК.

*Суб'єктивна сторона* в обох випадках вчинення протиправних дій характеризується прямим умислом. Разом з тим, для дій, передбачених ч.ч.3-4 статті, що розглядається, тобто для працівників підприємства, установи чи організації, або осіб, які працюють на їх користь, можуть бути вказані додаткові обставини. Так, додатково слід зазначити, що спеціальні суб'єкти можуть керуватися мотивами корисливої або іншої особистої зацікавленості або вчиняти злочин в інтересах третьої особи. Так само, на відміну від першої категорії загальних суб'єктів, спеціальний суб'єкт усвідомлює особливості свого правового статусу працівника чи особи, яка працює на користь підприємства, установи чи організації.

Крім того, ч.5 статті 354 КК передбачає можливість звільнення від кримінальної відповідальності особи, яка віднесена до першої категорії суб'єктів, тобто тих, хто *пропонує, обіцяє* чи *надає неправомірну вигоду* працівникові підприємства або особі, яка працює на користь підприємства, установи чи організації за вчинення або не вчинення будь-яких дій з використанням становища, в інтересах того, хто пропонує, обіцяє чи надає таку вигоду. Закон вимагає добровільної заяви такої особи та активного сприяння розкриттю злочину. На другу категорію – спеціальних суб'єктів, така підстава звільнення не поширюється. Встановлено обмеження також, щодо застосування такої підстави звільнення у разі вчинення пропозиції, обіцянки чи надання неправомірної вигоди по відношенню до осіб, визначених у ч.4 статті 18 КК.

Можна визнати дещо універсальний характер не лише підстави звільнення від кримінальної відповідальності, але й примітки до вказаної статті. Справа в тому, що поняття *неправомірної вигоди*, поняття *пропозиції, повторності вчинення, ознаки вимагання* визначаються та поширюються на групу статей різних розділів Особливої частини КК.

Нарешті, можна зробити висновок, що досліджувана кримінально-правова заборона практично відповідає положенням статті 368 КК (Прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою), та статті 368-3 КК (Підкуп службової особи юридичної особи приватного права незалежно від організаційно-правової форми), які так само, передбачають відповідальність само двох категорій осіб, другою з яких є спеціальний суб'єкт – службова особа. Тобто, досліджувана стаття є логічною кримінально-правовою заборону в ряді аналогічних суміжних статей, які передбачають предметні злочини, пов'язані із неправомірною вигодою, та поширюються на загальних та спеціальних суб'єктів, які вчинюють парні (дзеркальні) протиправні дії чи бездіяльність.

Нарешті, не можна оминати увагою і ту обставину, що прийняття Закону України від 15 вересня 2015 року «Про внесення змін до деяких законів України у сфері державних закупівель щодо приведення їх у відповідність із міжнародними стандартами та вжиття заходів з подолання корупції», на фоні активізації зусиль правоохоронних органів, викличе суттєве збільшення випадків вчинення таких злочинів. Адже особи, які звикли вчиняти корупційні злочини у сфері медичної та фармацевтичної діяльності, спонтанно будуть продовжувати дотримуватись старих схем вчинення правопорушень у вказаній сфері.

Засоби масової інформації, статистичні дані про діяльність суду та правоохоронних органів містять багато даних про вчинення корупційних злочинів саме у сфері державних закупівель ліків та медичного обладнання. З огляду на існування статей 354, 368, 368-3 КК України, оновленого кримінального процесуального законодавства, законодавча база для активізації протидії корупційним проявам у сфері медичної діяльності сформована у повному обсязі.

Виходячи з обмеженого обсягу даної наукової роботи, залишилися поза увагою статистичні дані про стан дотримання законності у сфері медичної діяльності, проекти змін до кримінального та кримінального процесуального законодавства, що передбачають посилення і без того надмірної кримінальної відповідальності та погіршення правового стану особи, яка винила корупційний злочин.

Все це засвідчує очевидний запит суспільства, громади та міжнародної спільноти на підвищення рівня законності діяльності підприємств, установ та організацій, в тому числі в секторі медичної та фармацевтичної діяльності в Україні.

*Любченко М.І.,  
к.ю.н., ас. кафедри теорії та історії  
держави і права  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРМІНОЛОГІЇ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ – НЕВІД’ЄСНИЙ ЕЛЕМЕНТ ПРАВОВОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ**

Питання термінології існує в будь-якій спеціальній галузі права; і чим більш специфічна така галузь, тим більш гостро стоїть це питання. Стислість, чіткість, доступність змісту закону значною мірою залежить від термінології, що в ньому застосовується, її відповідності таким вимогам, як усталеність, єдність та адекватність суті тих правових явищ, які відображає відповідне поняття. Від точного значення того чи іншого терміну у сфері права часом може залежати доля і навіть життя багатьох людей.

Юридичний термін – це слово або словосполучення, яке виступає узагальненим найменуванням певного правового поняття або поняття, яке не є правовим, але в результаті функціонування у сфері юриспруденції набуває специфічних значенневих відтінків, вводиться в обіг представниками юридичної науки або законодавцем, характеризується емоційною нейтральністю та відносною стійкістю.



Стосовно необхідності використання в процесі розробки законодавства спеціальної термінологічної системи дослідниками в сфері законодавчої техніки велись і ведуться дискусії. Одні правознавці, наприклад Г. Доле, Г.Кіндерман, В. Гедеман вважають, що при створенні системи законодавства для точності та повноти правового регулювання потрібно використовувати спеціальну формалізовану мову, яка не може і не повинна бути зрозумілою людям без спеціальної юридичної підготовки. Така необхідність пояснюється прибічниками цієї точки зору специфікою змісту правових приписів, які не можуть бути виражені з необхідною точністю і повнотою розмовною або літературною мовою. Хоча вони й визнають, що незрозумілість нормативно-правового акта є значною проблемою для механізму правового регулювання, але вважають труднощі, пов'язані з доступністю мови закону, нездоланими. На їхню думку, без спеціальної термінології, яка повністю замінє звичайну літературну мову, неможливо поєднати стислість і ясність нормативно-правових актів з їх точністю та повнотою.

Є і прямо протилежна точка зору. Зокрема, деякі дослідники (Луначарський О.О., Стучка П. І. та інші) вважають, що застосування в тексті законів суто юридичних понять, незрозумілих простим людям, є небажаним, що закон має бути доступним для розуміння не тільки юристам, але й людям, які не мають юридичної освіти. Тобто, на їхнє переконання, спеціальних вузькопрофесійних понять і формулювань у тексті нормативного акту слід уникати.

Як зазначає російський правознавець Д. В. Чухвичев стосовно двох викладених точок зору – істина лежить десь посередині. З одного боку, безумовно, законодавство має бути зрозумілим для суб'єктів правового регулювання, яким адресовані вимоги нормативних приписів. Тому спеціальною термінологією при створенні законів не слід зловживати. Мова законодавства має бути максимально наближеною до звичайної літературної мови. Але, з іншого боку, повністю уникнути при створенні системи законодавства суто юридичних термінів неможливо, якщо законодавець хоче створити дієві та ефективні нормативно-правові акти. І причин цьому декілька:

По-перше, такі терміни дають змогу забезпечити стислість та чіткість закону, що є дуже важливим для його усвідомлення. Так, наприклад, якщо в законі замість юридичного терміну «осудність» весь час буде використовуватися його визначення: «спроможність особи відповідати за свої дії та керувати ними», текст закону значно збільшиться за обсягом, а зміст приписів буде втрачатися через занадто довгі формулювання.

По-друге, юридичні терміни, що мають чітко визначений зміст, можуть виразити ідею законодавця максимально точно, виключивши двозначність і можливість викривлення змісту.

Для подолання негативних явищ у практиці використання термінології передусім потрібно, щоб нормопроектувальники керувалися у своїй діяльності вимогами, які висуваються наукою до правових термінів. Основні з них можна сформулювати наступним чином:

1) терміни мають бути однозначними. Тому для позначення понять слід уникати омонімів, паронімів. За наявності синонімів законодавець повинен ужити таке слово з синонімічного ряду, яке найточніше відповідало б поняттю, яке воно позначає;

2) термінам належить бути простими і зрозумілими. Незважаючи на складність юридичної мови, законодавцві потрібно прагнути до того, щоб слова й вирази закону передавали в цілому правильне уявлення про зміст його норм;

3) правова термінологія має бути стабільною, не допускати подвійного розуміння; терміни мають бути усталеними, їх сенс не повинен змінюватися з прийняттям кожного нового закону. Однак вимога стабільності зовсім не означає відсутності змін у терміносистемі. Розвиток суспільних відносин викликає необхідність вживання нових слів.

4) терміни іншомовного походження слід використовувати з огляду на проблему адаптації чинного законодавства до законодавства Європейського союзу. За загальним правилом, текст нормативного акту не повинен допускати вживання слів і термінів іншомовного походження за наявності рівнозначних слів і термінів в українській мові за умови, що вони є природними для української сучасної термінології.

5) необхідно повністю виключити вживання русизмів, що, на жаль, досить часто зустрічаються в українському законодавстві. Адже, по-перше, це призводить до розпливчатості значення терміну, по-друге, термінологія – це частина культури ділового мовлення і культури мовлення взагалі. Недосконалість правової термінології – прояв недосконалості культури мовлення, ознака неповаги до державної мови.

Разом з тим необхідно застосовувати заходи з метою створення сприятливих умов для формування усталеної системи юридичних термінів. Важливо забезпечити потребу в україномовних довідниках, тлумачних словниках з юриспруденції. Необхідно розвивати і вдосконалювати практику цілеспрямованої підготовки кадрів у сфері нормопроєктування тощо.

*Любченко О.О.,*

*ас. кафедри кримінального,  
адміністративного і трудового права  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **ПИТАННЯ ДЕМОКРАТІЇ УЧАСТІ У ПРАЦЯХ П. РОЗАНВАЛОНА**

Особливу увагу розгляду сучасних демократій із врахуванням такої їх особливості як недовіра людей до влади, що швидко забуває свої передвборчі обіцянки служіння загальному благу, приділяє П. Розанвалон.

Автор описує та аналізує форми організації та вияву зазначеної демократичної недовіри або ж постійно триваючої демократії, на відміну від епізодичної демократії виборів. Контрдемократія складає своєрідну систему з офіційними демократичними інституціями, що протистоїть феномену «представницької ентропії», тобто деградації відношень виборців із народними обранцями<sup>4</sup>. П. Розанвалон, виділяє три базові виміри контр-демократії, що фіксують відповідно практики нагляду, протидії та судження. Усі разом вони забезпечують засоби, що дозволяють суспільству корегувати дії влади та тиснути на неї. Відтак, за словами автора, «поряд з народом-виборцем, постає народ-спостерігач, народ-вето та народ-суддя»<sup>5</sup>. Такий підхід автора перегукується з поглядами Жан-Жака Руссо, який у трактаті «Про суспіль-

<sup>4</sup> [http://www.rethinkingdemocracy.org.ua/Library/11\\_Rosanvallon.html](http://www.rethinkingdemocracy.org.ua/Library/11_Rosanvallon.html)

<sup>5</sup> [http://www.rethinkingdemocracy.org.ua/Library/11\\_Rosanvallon.html](http://www.rethinkingdemocracy.org.ua/Library/11_Rosanvallon.html)

ний договір», уже намагався «збагатити» визначення громадянства. На додаток до простого права голосувати він послідовно включив до нього право висловлюватися, право вносити пропозиції, право не погоджуватися, право сперечатися<sup>6</sup>.

Автор вводить поняття контрдемократії як не якусь протиположну демократії, а її особливий різновид, який зміцнює звичайну виборну демократію, слугуючи їй своєрідною підпорою; він має на увазі демократію непрямої влади, розсіяну в соціумі, – інакше кажучи, стійку демократію недовіри, яка доповнює епізодичну демократію звичної електорально-представницької системи. Контрдемократія, таким чином, виявляється частиною більш широкої системи, що включає також правові демократичні інститути; її мета – доповнити ці інститути і розширити їх вплив, наголошує П. Розанвалон<sup>7</sup>.

Якщо керуватися перспективою контрдемократії, то питання про політичну участь постає в новому світлі. П. Розанвалон наголошує, що ідея участі складна і допускає наявність трьох площин взаємодії народу з політичною сферою: вираз, залучення і втручання<sup>8</sup>. Демократія вираження має на увазі, що у суспільства є голос, що колективна думка здатна артикулюватися, що критична оцінка влади та її дій може бути сформульована, що уряду можуть пред'являтися вимоги. Демократія залучення передбачає набір засобів, за допомогою яких громадяни об'єднуються для спільних дій заради загального блага. Демократія втручання включає всі форми колективної дії, за допомогою яких можна досягти бажаного результату.

Характеризуючи зміну характеру зв'язку з громадянами, щойно ці останні набувають статусу підлеглих, П. Розанвалон пропонує замість продовження існування виборчого зв'язку ототожнення між тими, ким управляють, і тими, хто управляє, надати демократичної форми дистанції, визначаючи її функціональну необхідність. Русійні сили демократії апропріації глибоко відрізняються від сил демократії ототожнення і полягають у тому, щоб коригувати, компенсувати, організувати роз'єднання між правителями і громадянами так, щоб ці останні мали змогу контролювати і спрямовувати владу в інший спосіб, ніж передача їй мандата. Не може бути живої демократії, якщо ці два аспекти не будуть ясно відокремлені і приведені кожний до своїх функцій<sup>9</sup>.

Користуючись своїми суверенними правами, громадяни постійно нарощували свої можливості участі та розширювали присутність у суспільному житті, відзначає П. Розанвалон. Вони вже більше не бажать задовольнятися періодичним вираженням своєї волі через виборчі урни. Тепер вони все більш активно користуються своїм правом нагляду і контролю, представляючи інтереси якоїсь меншини, або спільноти спільних інтересів, або якого-

<sup>6</sup> Кн. IV. Гл. 1. Таку ж думку він підкреслює у сьомому фрагменті «Писем с горы».

<sup>7</sup> Pierre Rosanvallon, *Counter-Democracy. Politics in an Age of Distrust*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008, P. 8.

<sup>8</sup> Pierre Rosanvallon, *Counter-Democracy. Politics in an Age of Distrust*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008, P. 20.

<sup>9</sup> Розанвалон П. Демократична легітимність: безсторонність, рефлексивність, наближеність / П. Розанвалон ; пер. з фр. Є. Т. Марічев. – К. : Києво-Могилянська академія, 2009. – С. 262.

небудь поширеної громадської думки, щоб чинити тиск на тих, хто ними керує, і виражати свої очікування або невдоволення<sup>10</sup>.

Отже, у сучасних демократіях простежується тенденція з посилення ролі демократії участі. Цей процес у жодному разі не підриває принципи представницького правління, а цілком гармонічно доповнює його. Таким чином, окрім основних форм безпосередньої демократії (виборів і референдумів) все більшої ваги набувають інші форми демократії участі (мітинги, походи, демонстрації, тощо). Саме цю тенденцію засвідчили події 2004, 2013 – 2014 років в Україні.

**Михайліченко Т.О.,**

*к.ю.н., ас. кафедри кримінального,  
адміністративного та трудового права  
ПЮІ НІУУ ім. Я. Мудрого*

### **ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ОСОБИ НА ЯКІСНЕ ТА ДОСТУПНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ**

Відповідно до ст. 3 Конституції України однією із найвищих соціальних цінностей в нашій державі визнається здоров'я людини. Крім того, згідно із ст. 49 Основного Закону кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. В той же час Рада національної безпеки і оборони у 2012 р. відзначила наявність ряду проблем в нашій державі при забезпеченні права осіб на якісне та доступне забезпечення лікарськими засобами, які і донині не є вирішеними. Зокрема, були відмічені проблеми, які умовно можна поділити на дві групи: 1 – відсутній механізм протидії виробництву і обігу фальсифікованих лікарських засобів (далі – ФЛЗ) та протидії ввезенню таких засобів в Україну; зниження ефективності контролю за якістю та реалізацією ліків; 2 – питання щодо державної реєстрації лікарських засобів (далі – ЛЗ); проведення їх експертизи якості, доклінічного вивчення та клінічних випробувань та, як наслідок, розроблення досконалих інструкцій про їх застосування [1].

Окремо потрібно ще зазначити такі проблеми, як: 1 – недосконалість державного контролю за рекламою ЛЗ; 2 – поширеність практики самолікування серед населення; 3 – стрімке зростання цін внаслідок дій суб'єктів ринку ЛЗ, які намагаються постійно максимізувати прибутки та ін.

Спробуємо коротко проаналізувати деякі з проблем, вказати на їх джерела та на можливі шляхи вирішення.

Стосовно відсутності механізму протидії виробництву і обігу ФЛЗ та протидії ввезенню таких засобів в Україну, а також суміжного питання зниження ефективності контролю за якістю та реалізацією ліків, то слід відмітити, що хоча КК України було доповнено ст. 321<sup>1</sup> «Фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів» та внесено зміни до ст. 305 «Контрабанда наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів або фальсифікованих лікарських засобів», однак примітною є незначна кількість вироків, винесених по даній категорії справ

<sup>10</sup> Розанваллон П. Общество равных / П. Розанваллон ; перевод с франц. яз. (Pierre Rosanvallon. La société des égaux. Editions du Seuil. – Paris, 2011) – М.: Московская школа гражданского просвещения, 2014. – С. 7.

(у 2012 р. не було засуджено жодної особи, у 2013 р. винесено 6 вироків, у 2014 р. – 3 вирокі суду і з січня по жовтень 2015 р. – теж лише 3 вирокі [2]). Причинами такого низького виявлення осіб, що вчиняють контрабанду, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту, збут чи виробництво ФЛЗ, декілька, основними серед яких є: 1) наявність обов'язкової вимоги щодо попередження суб'єкта господарювання про майбутню перевірку за 10 днів, в т.ч. аптек стосовно якості ліків; 2) відсутність обізнаності населення що їм робити, якщо вони запідозрили фальсифікацію ліків; 3) корупція в сфері обігу лікарських засобів та ін. І. А. Коваленко слушно вказує і на те, що в правоохоронних органах відсутні відпрацьовані методики розслідування фальсифікації ЛЗ [3, с. 183]. Крім того, законодавчого поняття ФЛЗ і відмежування останніх від контрафактних ліків в Україні донині немає.

Щодо можливих шляхів рішення цієї групи проблем, то, як видається, слід звернути особливу увагу на автоматизовану систему відстеження обігу ЛЗ, яку розпочали впроваджувати в Україні. Так, провідними досягненнями останніх років, як зазначив О. Соловйов, стали: введення в національне законодавство вимог належних практики GMP і GDP; гармонізація процедур інспектування виробництва ЛЗ на відповідність вимогам GMP; успішне функціонування GMP- та GDP-інспекторатів, членство Держлікслужби в PIC/S; ліцензування імпорту ЛЗ; заборона допуску на внутрішній ринок і реєстрації в Україні препаратів, виробництво яких не відповідає GMP ЄС; ратифікація Конвенції Медікрайм та ін. [4]. Окремо, слід відмітити і доповнення КК України ст. 321<sup>2</sup> «Порушення встановленого порядку до клінічного вивчення, клінічних випробувань і державної реєстрації лікарських засобів», але відповідно до даних ЄДРСР жодного вироку по даному злочину внесено не було.

Відносно проблем другої групи, то варто зазначити, що в Україні вже наявна значна законодавча база (Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку проведення доклінічного вивчення лікарських засобів та експертизи матеріалів доклінічного вивчення лікарських засобів» від 14.12.2009 р. № 944; Постанова КМУ «Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів і розмірів збору за їх державну реєстрацію (перереєстрацію)» від 26.05.2005 р. № 376 та ін.), серед якої найбільш розвиненою є нормативна база, яка регламентує саме державну реєстрацію ЛЗ, і вона, зокрема, визнана кращою серед країн СНД. Однак, нормативна база державної реєстрації інших видів медичної продукції є недосконалою, що створює численні передумови для існування корупційної складової. Науковцями також відмічається, що нині «існує низка проблем організації та проведення таких досліджень, серед яких, зокрема, недоліки у регулюванні митних питань поставок партій незареєстрованих ЛЗ з метою клінічних випробувань; відсутність належного правового підґрунтя для досліджень на базі лікувально-профілактичних закладів; забезпечення конфіденційності відповідно до міжнародних вимог; проблеми клінічних випробувань із застосуванням плацебо; дотримання умов страхування» [5, с. 15].

Частково дані проблеми намагаються вирішити шляхом прийняття Закону України від 19.03.2015 р. № 269-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхід-

них лікарських засобів та медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі», яким була введена процедура закупки препаратів за бюджетні кошти через міжнародні організації (ПРООН, ЮНІСЕФ, Crown Agents).

Окремою, ваговою проблемою сучасної України є питання недосконалої державного контролю за рекламою ЛЗ. Реклама медичних препаратів, на думку К. О. Жирнової, є однією з найпопулярніших та найпоширеніших на сьогодні. Рекламування ліків, медичних послуг, медичного обладнання та ін. реалізується через всі існуючі засоби масової інформації (телебачення, радіо, друковані ЗМІ, мережу Інтернет) [6, с. 30]. До речі, як відмічає Є. Л. Стрельцов, виявлені ФЛЗ є найбільш рекламованими у ЗМІ препаратами (протимікробні ліки, гормональні препарати, антигістамінні, судинорозширювальні ЛЗ, препарати, що вживають при сексуальних розладах тощо) [7, с. 41, 44]. Та нині до Верховної Ради України подано проект Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо заборони реклами лікарських засобів)» за реєстраційним № 3246 від 07.10.2015 р., який спрямований на подолання вказаної проблеми.

Стосовно поширеності практики самолікування серед населення, то, як відмічають науковці, сучасний етап розвитку фармацевтичної науки, різке збільшення кількості аптек та номенклатури лікарських препаратів, стрімке зростання темпу життя населення, сучасні соціально-економічні умови та агресивна політика фармацевтичних компаній зумовили проблему безконтрольного й нерационального застосування ЛЗ із метою самолікування. Так, за даними ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнтів з гострими отруєннями лікарськими засобами, у 10 % випадків причиною отруєнь були препарати безрецептурної групи [8, с. 27]. Однак суттєвих кроків, які б сприяли зменшенню негативних наслідків даного явища в Україні, як видається, ще не створено, оскільки дана проблема є логічним наслідком існуючих проблем в медичній та фармацевтичній сферах.

Окремо можна вказати і на проблему стрімкого зростання цін внаслідок дій суб'єктів ринку ЛЗ, які намагаються постійно максимізувати прибутки. Та на сьогодні, як зазначається в пресі, при АМКУ почала працювати робоча група з розвитку конкуренції на фармацевтичному ринку [9]. Крім того, на нашу думку, держава могла б здійснювати нагляд за ціновою політикою фармкомпаній та аптек шляхом надання Антимонопольному комітету реальних важелів впливу.

Отже, підводячи підсумок, можна зазначити, що нині в Україні наявна значна кількість проблем, які потребують негайного розв'язання задля забезпечення державою права осіб на якісне та доступне забезпечення лікарськими засобами .

#### **Література:**

1. Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами : Рішення РНБО : Указ Президента України № 526/2012 від 30.08.2012 // Урядовий кур'єр, 2012. – № 158.
2. Єдиний державний реєстр судових рішень [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.reyestr.court.gov.ua/>. – Заголовок з екрана.
3. Коваленко, І. А. Фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів: склад злочину / І. А. Коваленко // Науковий

вісник Міжнародного гуманітарного університету, 2014. – Серія: Юриспруденція. – № 7. – С. 180-183.

4. Держлікслужба України підвела попередні підсумки роботи за 2013 рік [Електронний ресурс] // LMT corporation. – Режим доступу : <http://www.lmt.kiev.ua/derzhliksluzhba-ukrayini-pidvela-poperedni-pidsumki-roboti-za-2013-gik>. – Заголовок з екрана.

5. Корнацький, В.М. Правові проблеми клінічних випробувань лікарських засобів в Україні / В.М. Корнацький, Т.В. Талаєва, О.В. Сілантьєва // Адвокат. – 2012. – № 3 (138). – С. 15-18.

6. Жирнова, К. О. Проблемні аспекти правового регулювання реклами медичних брендів в Україні / К. О. Жирнова // Актуальні питання публічного та приватного права. – 2013. – № 2. – С. 29-33.

7. Стрельцов, Є. Злочини проти здоров'я населення, що порушують право на якісне забезпечення лікарськими засобами : Монографія / Є. Стрельцов, І. Митрофанов, А. Притула. – О. : «Фенікс», 2015. – 158 с.

8. Машейко, А. М. Роль провізора в успішній реалізації концепції відповідального самолікування / А. М. Машейко, О. А. Подплетня, М. І. Зарський, Є. В. Залигіна, О. П.Кухар // Фармацевтичний журнал, 2011. – № – С. 27-32.

9. Приходько, О. При АМКУ почала працювати робоча група з розвитку конкуренції на фармацевтичному ринку [Електронний ресурс] // Аптека. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/350639>. – Заголовок з екрана.

**Москаленко К.В.,**

*к.ю.н., ас. кафедри цивільного права  
юридичного факультету*

*Київського національного університету  
імені Тараса Шевченка*

### **ПРО ІНФОРМОВАНУ ЗГОДУ ПАЦІЄНТА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**

Статтею 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи [1]) передбачено обов'язок медичного працівника 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. Водночас за статтею 43 Основ необхідна згода інформованого відповідним чином пацієнта для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. В реалізації на практиці останнього законодавчого припису виникають питання, зокрема, щодо обсягу інформації, яку медичний працівник повинен надати пацієнту, форми інформованої згоди пацієнта, а тому вивчення правової природи інформованої згоди пацієнта на медичну допомогу є вкрай актуальним.

Питаннями інформованої згоди лікарі переймалися ще з давніх-давен. Так, більше 2000 років тому Гіппократ писав, що хворого потрібно підбадьорити дружнім, веселим співчутливим словом, а головне – залишити його у невіданні того, що йому загрожує [2, с. 91]. У Великобританії вимога щодо отримання згоди хворого на медичне втручання була сформульована ще у

XVII столітті, а сам термін «інформована згода» вперше було вжито у США в 1957 році[2, с. 91].

У радянські часи домінувала патерналістська модель взаємин між лікарем та пацієнтом, за якої вважалося неприпустимим ознайомлення пацієнта з медичною документацією, а на медичних працівників не покладался обов'язок отримати інформовану згоду пацієнта[3, с. 610]. Доктрина ж медичного права містить й інші моделі взаємодії лікаря та пацієнта, які передбачають участь пацієнта у виборі лікування. Йдеться про інтерпретаційну модель (коли лікар радить пацієнту, який метод лікування обрати) і нарадчу (метод лікування обирається лікарем спільно з пацієнтом)[2, с. 92]. Аналіз змісту статті 43 Основ свідчить про те, що чинним законодавством України дозволені як інтерпретаційна, так і нарадча моделі відносин лікаря і пацієнта.

Передбачений статтею 39 Основ перелік питань, про які лікар повинен надати інформацію пацієнту, виглядає дещо звуженим у порівнянні з міжнародними стандартами. Наприклад, американською судовою практикою визначено стандартне коло питань, які лікар повинен пояснити пацієнтові: діагноз (включаючи медичні дослідження і аналізи, якими підтверджується діагноз); природа та мета запропонованого лікування; ризики лікування; існуючі альтернативи запропонованому лікуванню; наслідки відмови пацієнта від тестів чи лікування; переваги та недоліки відсутності медичного втручання і т.зв. «чекання під наглядом» (watchful waiting)[4, с. 241 – 243]. У Європі Декларацією про політику в сфері забезпечення прав пацієнта (пункт 22)[5] передбачено, що пацієнти мають право на вичерпну інформацію про стан свого здоров'я, включаючи медичні факти про свій стан, дані про можливий ризик і про переваги запропонованих і альтернативних методів лікування, відомості про можливі наслідки відмови від лікування, інформацію про діагноз, прогноз та про план лікувальних заходів.

Отже, очевидно є необхідність розширеного законодавчого визначення кола питань, які лікар повинен обговорити з пацієнтом. Відповідні норми містить стаття 7 проекту Закону України «Про права пацієнтів»[6], за якою медичний працівник зобов'язаний надати пацієнтові або його законному представнику в доступній формі вичерпну інформацію про стан його здоров'я, діагноз, історію хвороби, роз'яснити мету та переваги проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, альтернативні методи лікування, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. На нашу думку, цей перелік слід доповнити й інформацією про ризики відмови від лікування.

Що ж до визначення об'єму інформації, яку лікар повинен надати пацієнтові з метою отримання інформованої згоди, то стаття 39 Основ не надає відповіді на питання стосовно об'єму надаваної інформації; воно є суб'єктивним і входить до компетенції лікаря. Зарубіжною ж судовою практикою вже напрацьовані підходи до такого визначення. У США, наприклад, існують два підходи до визначення «належності» надаваної пацієнту інформації. Йдеться про теорію професійного стандарту, за якою критерієм належного розкриття інформації є поведінка розумного лікаря за схожих обставин або медичний звичай на відповідній території, а також про теорію «розумного пацієнта», що передбачає обов'язок лікаря надати інфор-



мацію, яку розумний пацієнт визнав би суттєвою для прийняття рішення про медичне втручання[7, с. 97-98].

Стаття 43 Основ не регулює питання щодо *форми інформованої згоди пацієнта*, проте статті 44, 47, 48 Основ містять правило про необхідність отримання згоди на певні види медичних втручань у письмовому вигляді. Форма надання інформованої згоди пацієнтом на окремі види медичних втручань затверджена Міністерством охорони здоров'я України (див. накази Міністерства охорони здоров'я України № 110 від 14.02.2012[8], № 415 від 19.08.2005[9] тощо). Оскільки у ряді випадків законодавцем не вимагається дотримання письмової форми при наданні інформованої згоди пацієнтом, доцільним було б затвердження у чинному законодавстві вичерпного переліку випадків, коли достатньо усної згоди пацієнта на надання йому медичної допомоги. Необхідним є також прийняття нормативно-правового акту, яким було б затверджено типову форму інформованої згоди. Саме такий підхід втілений у статті 8 проекту Закону України «Про права пацієнтів».

Викладене дозволяє дійти таких висновків:

1. Чинним законодавством України дозволені інтерпретаційна та нарадча моделі відносин лікаря та пацієнта.
2. Встановлений приписами законодавства перелік питань, про які лікар повинен надати інформацію пацієнту, потребує розширення.
3. Вбачається за доцільне встановити вичерпний перелік випадків, коли достатньо усної згоди пацієнта на надання йому медичної допомоги. Необхідним є також прийняття нормативно-правового акту, яким було б затверджено типову форму інформованої згоди пацієнта на медичну допомогу.

#### **Література:**

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – с. 19.
2. Погодина Т.Г. К вопросу о добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство как неотъемлемом праве пациента// Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. – 2015. – № 2 (30). – с. 90 – 93.
3. Сакало В.О. Інформована згода на медичне втручання: біоетичний аспект // Форум права. – 2012. – № 2. – с. 609 – 613
4. Barry R. Furrow, Thomas L. Greaneyand others. HealthLaw. Cases, MaterialsandProblems: SixthEdition WEST, 2009. –992 p.
5. Декларация политике в областиобеспечения прав пациента в Европе. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://samlib.ru/s/stonogin\\_s\\_w/europe.shtml](http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml).
6. Проект Закону України «Про права пацієнтів». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=45938](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=45938).
7. Кущенко В.В. Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство// Рациональнаяфармакотерапия в кардиологии. – 2005. – № 2. – т. 1. – с. 96 – 98
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми

власності та підпорядкування» від 14 лютого 2012 року № 110// Офіційний вісник України. – 2012. – № 41. – ст. 64

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» від 19 серпня 2005 року № 415// Офіційний вісник України. – 2005. – № 48. – ст. 112

**Новак О.Д.**

*к.ю.н., ас. кафедри правосуддя  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **СЛУЖБОВА ДИСЦИПЛІНА ДЕРЖАВНОГО СЛУЖБОВЦЯ, ЇЇ СУТНІСТЬ ТА ЗАСОБИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

Проведення адміністративної реформи, невід'ємним складником якої є вдосконалення механізму відповідальності державних службовців, передбачає необхідність удосконалення нормативних засад дисциплінарної відповідальності. На цьому наголошено і у Стратегії реформування державної служби та служби в органах місцевого самоврядування на період до 2017 р., схваленої Розпорядженням Кабміну № 227-р від 18.03.2015 р. [1]. Прийняття Закону України “Про державну службу” від 17.11.2011р. (далі – новий Закон), а також розробка протягом 2014-2015 рр. декількох проектів Законів України «Про державну службу» є свідченням того, що на сьогодні інститут державної служби, службової дисципліни та контролю за її додержанням, перебуває на етапі такого удосконалення. Так, новим Законом [2] а також проектом Закону України «Про державну службу» від 30.03.2015р. [3], удосконалено правове регламентування інституту відповідальності державних службовців, а саме: визначено види дисциплінарних проступків, дещо розширено перелік дисциплінарних стягнень, визначено порядок та суб'єктів застосування дисциплінарних стягнень до державних службовців та ін. Однак правове регулювання службової дисципліни ще далеко від стадії остаточного оформлення, а вказаний новий Закон не набирає чинності третій рік поспіль, що свідчить про складність змісту та практичну неможливість застосування деяких його положень.

Як слушно зауважує Р. А. Калюжний, організаційна і політична нестабільність, падіння престижу державної служби в ході боротьби з “бюрократією”, скорочення реальної оплати праці значної частини державних службовців, призвели до зниження дисципліни у державному секторі та відтоку кваліфікованих кадрів з державної служби в комерційні організації [4, с. 1]. Відповідно зниження рівня дисципліни на державній службі має наслідком недовіру громадян до державної влади, а також збільшення випадків вчинення дисциплінарних проступків та корупційних правопорушень державних службовців.

У правовому аспекті дисципліна – це заснована на принципі законності об'єктивна умова ефективності державного управління. У цілому дисципліну слід розуміти як точне, своєчасне і неухильне додержання встановлених правовими та іншими соціальними нормами правил поведінки у державному та суспільному житті. Вона спрямована на підтримання впорядкованості суспільних відносин і забезпечується засобами юридичної відповідальності й механізмами державного і громадського контролю [5, с. 419]. Як зауважує В. М. Гаращук, законність та дисципліна – основні умови існування будь-

якої демократичної держави. Вони невід’ємні одна від одної. Законність можлива лише при суворому дотриманні дисципліни всіма фізичними та юридичними особами, а дисципліна, у свою чергу, обумовлюється рамками закону [6, с. 3], з чим необхідно погодитися. Адже дисципліна виступає сполучною ланкою між законністю і правопорядком, а належний рівень дисципліни сприяє утвердженню правомірної поведінки у всіх сферах державного і суспільного життя.

Службова дисципліна є підвидом державної дисципліни і складається в особливій сфері державно-службових відносин, суб’єктами яких є державні службовці. Згідно з юридичною енциклопедією “державна дисципліна – точне і неухильне дотримання всіма органами державної влади і місцевого самоврядування, посадовими і службовими особами, а також громадянами встановлених державою правил поведінки, діяльності, а також своєчасне виконання державних завдань і зобов’язань” [7, с. 194].

Говорячи про службову дисципліну, відзначимо, що вона ґрунтується на принципах державної служби та обов’язках державних службовців. Учасниками відносин у цій сфері, з одного боку, є державний орган чи відповідна посадова особа, а з другого – чітко визначена і нормативно окреслена категорія – державні службовці. Основними елементами службової дисципліни, на нашу думку, є обов’язки, права, заборони та обмеження, що визначені нормативно-правовими актами та локальними нормативними актами (статути, положення, інструкції) для державного службовця.

Неухильне дотримання та зміцнення дисципліни в державно-службових відносинах – один із найважливіших обов’язків державних службовців. Порушення ж службової дисципліни означає вчинення дисциплінарного проступку. Оскільки відповідальність можлива лише за умови попереднього пред’явлення до поведінки людей певних вимог, зауважує В. І. Щербина, то й дисциплінарна відповідальність держслужбовця можлива за умов попереднього визначення вимог до його поведінки, що закріплені в нормах законодавства про державну службу, у посадових інструкціях та інших локальних актах державного органу [8, с. 11]. Саме тому чітко мають бути встановлені обов’язки державного службовця – як основний елемент кожної державної посади (і службової дисципліни).

На наш погляд, обов’язки державних службовців можна поділити на: 1) загальнослужбові та 2) посадові. До системи загальнослужбових входять основні обов’язки та обмеження. До них відносимо основні обов’язки, закріплені в ст. 10 чинного Закону України “Про державну службу”; обов’язки, що випливають із норм міжнародного права (зокрема Міжнародного кодексу поведінки державних посадових осіб 23.07.1996 р.), Загальних правил поведінки державних службовців від 04.08.2010 р. Варто додати, що дотримання присяги державного службовця теж відносимо до поняття службової дисципліни. Адже вважаємо, що її порушення є одним із видів дисциплінарного проступку, що суперечить покладеним на державного службовця обов’язкам, та, як наслідок, підриває довіру до нього як до носія влади й унеможливує подальше виконання ним своїх обов’язків на цій посаді.

Загальнослужбові заборони та обмеження для державних службовців теж є обов’язками. Це заборона брати участь у страйках (за ст. 16 чинного Закону “Про державну службу”) та ряд обмежень щодо використання служ-

бового становища, сумісництва та суміщення державної служби з іншими видами діяльності, обмеження щодо одержання подарунків, щодо роботи близьких осіб на державній службі та інші (Закон України “Про запобігання корупції”) [9]. Невиконання цих обов’язків, недотримання обмежень та заборон спричиняє настання відповідальності, у тому числі дисциплінарної. До службових обов’язків державного службовця входять також обов’язки, передбачені чинними Правилами внутрішнього трудового розпорядку в державному органі (розроблені відповідно до Типових правил внутрішнього трудового розпорядку працівників і службовців від 20.07.1984 р.). Складовою службової дисципліни є і правила, закріплені у професійних етичних кодексах. До структури службової дисципліни відносимо і обов’язки за посадовою інструкцією державного службовця. Згідно з чинним законодавством, конкретні обов’язки та права державного службовця за посадою визначаються на основі Довідника типових професійно-кваліфікаційних характеристик посад державних службовців, затв. Наказом Нацдержслужби України від 13.09.2011 р. [10] і відображаються у посадових положеннях та інструкціях, що затверджуються керівниками відповідних державних органів у межах закону та їх компетенції.

Права за посадою лише прямо чи опосередковано створюють умови для належного виконання обов’язків. Тобто існує також необхідність чіткого визначення меж дозволеної поведінки для державного службовця.

На основі наведеного сутність службової дисципліни необхідно розуміти через: 1) виконання (дотримання) нормативно встановлених обов’язків; 2) здійснення наданих прав; 3) дотримання законодавчо передбачених заборон і обмежень.

Наразі чинний Закон України “Про державну службу” не містить поняття службової дисципліни для державних службовців органів виконавчої влади. Визначення цього поняття щодо окремих видів державних службовців містять деякі дисциплінарні статuti. Кроком вперед у цьому розумінні є положення Закону України “Про державну службу” 17.11.2011р., де службова дисципліна державного службовця визначена як неухильне додержання присяги державного службовця, сумлінне виконання ним службових обов’язків [2]. Указаним Законом розкрито поняття службових обов’язків як сукупності обов’язків державного службовця, визначених Законом, правилами внутрішнього службового розпорядку відповідного державного органу, та його посадових обов’язків. Однак нормотворець не дає переліку службових обов’язків державних службовців, закріплюючи в ст. 11 цього Закону лише основні обов’язки, серед яких і неухильне виконання обов’язків за посадовою інструкцією.

Для повного та детального з’ясування сутності службової дисципліни, варто звернутися до наукових позицій учених у галузі адміністративного права. Так, на думку Ю. М. Старилова, службова дисципліна виявляється у правильному, своєчасному, неухильному і законному виконанні всіма державними службовцями посадових обов’язків, установлених нормативно-правовими актами, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовими інструкціями, наказами начальників державних органів [11, с.267]. Існує й погляд на службову дисципліну, як на сукупність нормативно встановлених обов’язків, обмежень, прав, що підлягають чіткому й усвідомленому

виконанню, дотриманню чи реалізації державними службовцями у зв'язку із зайняттям останніми тієї чи іншої посади [12, с.143]. Значущість даного визначення полягає в тому, що воно містить об'єктивний і суб'єктивний аспекти службової дисципліни як дві взаємозумовлені складові, що являють неподільне ціле будь-якого явища соціальної дійсності.

Отже, вбачаємо за доцільне нормативно закріпити таку дефініцію: службова дисципліна державного службовця полягає в дотриманні норм чинного законодавства, додержанні присяги державного службовця, у неухильному виконанні покладених на нього обов'язків та вимог до поведінки, що визначені нормативно-правовими актами, посадовими інструкціями і положеннями. Досягти належного рівня рівня дисципліни можна через застосування засобів її забезпечення, серед яких класичними є контроль та звернення громадян. Однак, поряд з ними, необхідними для застосування є переконання шляхом ділового авторитету керівника, стимулювання правомірної поведінки державних службовців, матеріальні та моральні заохочення тощо. Поєднання цих правил та втілення їх у державно-службових відносинах безперечно сприятиме забезпеченню соціальної справедливості на державній службі, ефективному виконанню державними службовцями своїх обов'язків, а отже, зміцненню законності й дисципліни на державній службі.

#### **Література:**

1. Про схвалення Стратегії реформування державної служби та служби в органах місцевого самоврядування в Україні на період до 2017 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18.03.2015 № 227-р. // Офіц. вісн. України. – 2015. – № 24. – Ст. 680.
2. Про державну службу : Закон України від 17.11.2011 р. №4050 – VI // Офіц. вісн. України. – 2012. – № 4. – Ст. 115.
3. Про державну службу : проект Закону України від 30.03.2015 р. (реєстраційний номер № 2490, внесений Кабінетом Міністрів України – Яценюк А.П.). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=54571](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=54571).
4. Каложний Р. А. Окремі аспекти запобігання корупції в системі державної служби України / Р. А. Каложний, В. Д. Гавловський, І. Г. Андрущенко // Науково-практичний журнал – 2007. – №15 [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://mndc.naiu.kiev.ua/Gurnal/15text/g15\\_06.htm](http://mndc.naiu.kiev.ua/Gurnal/15text/g15_06.htm)
5. Авер'янов В. Б. Виконавча влада і адміністративне право : моногр. / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. – К. : Вид. дім «Ін-Юре», 2002. – 668 с.
6. Гарашук В. М. Контроль та нагляд у державному управлінні : навч. посібни. / В. М. Гарашук. — Х. : Нац. юрид. акад. України. 1999. – 55 с.
7. Юридична енциклопедія – [У 6-ти т.] / (голова редкол. Ю. С. Шемшученко). – К. : Укр. енцикл., 1998. – Т. 1: «А – Г», Т. 2 : «Д – Й». – 696 с.
8. Щербина В. І. Дисциплінарна відповідальність державних службовців органів внутрішніх справ : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.05 – трудове право, право соціального забезпечення / В. І. Щербина. – Х. : 1998. – 22 с.
9. Про запобігання корупції : Закон України від 14.10.2014 р. № 1700-VII // Офіц. вісн. України. – 2014. – № 87. – Ст. 2774.

10. Довідник типових професійно-кваліфікаційних характеристик посад державних службовців, затв. Наказом Нацдержслужби України від 13.09.2011 р. [Електронний ресурс]: <http://guds.gov.ua/govservice/control/uk/index>

11. Старилів Ю. Н. Курс общего административного права. – [В 3-х т. – Т II : Государственная служба. Управленческие действия. Правовые акты управления. Административная юстиция] / Ю. Н. Старилів. – М. : Норма, 2002. – 728 с.

12. Лазор І. В. Юридичні та соціальні аспекти дисципліни праці : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.05 – трудовое право, право соціального забезпечення / І. В. Лазор. – К. : 2011. – 20 с.

**Олефір А.О.,**

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

## **НОВЕЛИ ЗАКОНУ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ**

Нормативне забезпечення сфери державних закупівель є лакмусовим папірцем стану правової системи України. Наразі немає системної роботи з розробки законодавства на довготривалу перспективу, яке б стимулювало розвиток вітчизняної економіки. За півтора роки вже 12 разів були внесені зміни до Закону України «Про здійснення державних закупівель» від 10.04.2014 р. Втім, вважаємо за доцільне зупинитися на аналізі змісту Закону України «Про внесення змін до деяких законів України у сфері державних закупівель щодо приведення їх у відповідність із міжнародними стандартами та вжиття заходів з подолання корупції» від 15.09.2015 р., якими були внесені комплексні зміни до чинного законодавства.

1. Підвищено вартісну межу як підставу для застосування Закону України «Про здійснення державних закупівель» щодо товарів і послуг зі 100 до 200 тис. грн, робіт – з 1 до 1,2 млн грн, цінкових пропозицій – з 300 до 500 тис. грн. Ці зміни зменшать прозорість і раціональність витрат державних коштів, до того ж і додаток до річного плану закупівель, в якому зазначаються закупівлі, що здійснюються без проведення спеціальних процедур, не потрібно оприлюднювати на веб-порталі Мінекономрозвитку в складі річного плану закупівель.

Негативним з погляду захисту інтересів національного товаровиробника є зменшення рівня очікуваної вартості закупівлі товарів і послуг (до 133 тис. євро щодо товарів і послуг) як підстави для обов'язкового оголошення про проведення процедури закупівлі, результати процедури закупівлі на веб-порталі Мінекономрозвитку англійською мовою. При цьому, оригінали документів, які оприлюднюються на веб-порталі, не потрібно надсилати до ДП «Зовнішторгвидав України».

2. На негативну оцінку заслуговує вилучення з переліку підстав, які надають право замовнику відмінити торги чи визнати їх такими, що не відбулися, виявлення факту змови учасників, які таким чином порушують законодавство про захист економічної конкуренції. Не спрямоване на запобігання корупції і те, що учасник торгів повинен надати замовнику інформацію про наявність антикорупційної програми чи уповноваженого з її реалізації

лише у тому разі, якщо вартість закупівлі товару (товарів), послуги (послуг) або робіт дорівнює або перевищує 20 мільйонів гривень, хоча в попередній редакції закону передбачався 1 млн грн для товарів і послуг, 5 млн грн – для робіт.

3. На позитивну оцінку заслуговують доповнення порядку оскарження процедур закупівлі, згідно з якими скарга до органу оскарження повинна містити таку інформацію: обґрунтування наявності порушень прав та охоронюваних законом інтересів з приводу рішення, дії чи бездіяльності замовника, генерального замовника, що суперечать законодавству у сфері державних закупівель і внаслідок яких порушено право чи законні інтереси такої особи.

4. Розширено сферу застосування найбільш корупційою підставою для застосування процедури переговорів (п. 3 ч. 2 ст. 39 Закону України «Про здійснення державних закупівель» від 10.04.2014 р.): (а) «особливих економічних чи соціальних обставин... пов'язаних з негайною ліквідацією наслідків надзвичайних ситуацій...» (в попередній редакції містилося уточнено, що надзвичайні ситуації мають бути техногенного та природного характеру); (б) до переліку спеціальних замовників додано інші військові формування та/або частини.

5. Донедавна проблемою для багатьох учасників державних закупівель були непоодинокі випадки відхилення їх пропозицій з найнижчою ціною на підставі формальних порушень: відсутності нумерації аркушів за наявності нумерації сторінок, відсутності печатки щодо завірення копії документу, який подається у прошитому і завіреному згідно з законодавством пакеті документів, подання оригіналу документу на вимогу у документації конкурсних торгів надати копію.

Для недопущення виникнення таких ситуацій були внесені важливі зміни до ст.ст. 22, 28 і 38 Закону України «Про здійснення державних закупівель», якими встановлені такі правила: (а) формальними (несуттєвими) вважаються помилки, що пов'язані з оформленням пропозиції конкурсних торгів та не впливають на зміст пропозиції (відсутність нумерації сторінок, підписів, печаток на окремих документах, технічні помилки та описки); (б) документація конкурсних торгів (кваліфікаційна документація) має містити опис та приклади формальних (несуттєвих) помилок, допущення яких учасниками не призведе до відхилення їх пропозицій; (в) замовник має право на виправлення арифметичних помилок, допущених у результаті арифметичних дій, виявлених у поданій пропозиції конкурсних торгів (ціновій пропозиції) під час проведення її оцінки, за умови отримання письмової згоди на це учасника, який подав пропозицію конкурсних торгів (цінову пропозицію), якщо ж учасник не погоджується з виправленням виявленої замовником арифметичної помилки, то пропозиція такого учасника підлягає відхиленню.

Важливою гарантією захисту законних інтересів учасників торгів є припис ч. 3 ст. 29 Закону України «Про здійснення державних закупівель», згідно з яким учасник, пропозиція конкурсних торгів якого відхилена, може звернутися до замовника з вимогою надати інформацію про причини невідповідності його пропозиції умовам документації конкурсних торгів, зокрема технічній специфікації та/або його невідповідності кваліфікаційним крите-

ріям. У разі надходження звернення від учасника, пропозиція конкурсних торгів якого відхилена, замовник повинен надати йому відповідь не пізніше ніж через п'ять днів з дня надходження такого звернення. Це право учасника матиме важливе значення для випадків, коли замовник не забезпечить належне інформування щодо підстав відхилення конкурсної пропозиції. У цьому контексті доцільно визначити, які саме аргументовані підстави повинні повідомлятися учаснику.

6. З переліку функцій Мінекономрозвитку виключено здійснення моніторингу закупівель і покладено її на Держфінінспекцію. За Мінекономрозвитку збережено право отримувати від замовників, учасників, інших організацій, органів, які здійснюють державне регулювання і контроль у сфері закупівель, правоохоронних органів документи та інформацію, що необхідні для виконання функцій, передбачених Законом України «Про здійснення державних закупівель». Ці суб'єкти впродовж п'яти днів з дати отримання відповідного запиту зобов'язані надати інформацію та завірені належним чином копії документів.

7. Спрощено порядок планування закупівель: річний план та зміни до нього безоплатно оприлюднюються на веб-порталі Мінекономрозвитку протягом п'яти робочих днів з дня затвердження річного плану або змін до нього. Скасована вимога про те, що річний план, зміни до нього надсилаються до Держказначейства або обслуговуючого банку за місцем обслуговування замовника протягом 5-ти робочих днів із дня їх затвердження. При цьому, Держказначейство до здійснення оплати за договором перевірятиме наявність оригіналу договору про закупівлю, наданого замовником, річного плану закупівель і звіту про результати проведення процедури закупівлі, що підтверджують проведення процедури закупівлі, за результатами якої укладено договір про закупівлю. Перевірка наявності документів (окрім оригіналу договору про закупівлю) здійснюється шляхом перегляду документів, розміщених на веб-порталі Мінекономрозвитку.

8. У зв'язку з популяризацією електронних закупівель необхідно враховувати, що згідно з чинним законодавством вони можуть застосовуватися лише стосовно допорогових закупівель. Відкритість і громадський контроль, як позитивні демократичні інститути, не слід переоцінювати. Більше того, це не є основною проблемою сфери державних закупівель, адже ключові проблеми – можливість маніпулювати та не застосовувати кваліфікаційні критерії, підстави для відмови в участі у закупівлі та проведення процедури переговорів, формальні підходи до оцінювання конкурсних пропозицій, недостатні антикорупційні заборони, відсутність контролю за виконанням укладеного договору. Такі вади закупівельного механізму зведуть нанівець ефект прозорості процедур. Тому «prozorro» не є панацеєю, більше того, міжнародні та європейські акти не вимагають повного переходу на електронні закупівлі.

9. Не можна визнати обґрунтованим збільшення з 20 до 40 днів строку для подання пропозицій конкурсних торгів у разі, якщо оголошення про проведення закупівлі оприлюднюється англійською мовою на веб-порталі Мінекономрозвитку, оскільки в такому разі значно зростає строк проведення процедури закупівель.



Стосовно внесення змін до документації конкурсних торгів, кваліфікаційної документації або запиту цінових пропозицій та надання роз'яснень до них, то відповідну інформацію необхідно оприлюднити на веб-порталі Мінекономрозвитку протягом одного робочого дня з дня прийняття рішення про їх внесення або надання роз'яснень. Нагадаємо, що в попередній редакції Закону України «Про здійснення державних закупівель» цей строк становив три дні.

10. З огляду на те, що в попередній редакції Закону України «Про здійснення державних закупівель» не був закріплений такий обов'язок замовника, як демонстрація змісту документа, що містить інформацію про ціну, наявність чи відсутність усіх необхідних документів, передбачених документацією конкурсних торгів, у складі конкурсної пропозиції на вимогу учасників або їх уповноважених представників, представників засобів масової інформації та уповноважених представників громадських об'єднань, порядок розкриття пропозицій конкурсних торгів був доповнений такими правилами: (1) під час розкриття пропозицій конкурсних торгів перевіряється, оголошується наявність чи відсутність усіх необхідних документів, передбачених документацією конкурсних торгів, а також оголошуються найменування та місцезнаходження кожного учасника, ціна кожної пропозиції конкурсних торгів або частини предмета закупівлі (лота); (2) на вимогу учасників або їх уповноважених представників, представників засобів масової інформації та уповноважених представників громадських об'єднань замовник зобов'язаний продемонструвати зміст документа, що містить інформацію про ціну, наявність чи відсутність усіх необхідних документів, передбачених документацією конкурсних торгів; (3) зазначена інформація вноситься до протоколу розкриття пропозицій конкурсних торгів. Також замовники повинні оприлюднювати протокол оцінки пропозицій конкурсних торгів на веб-порталі Мінекономрозвитку.

11. На відміну від попередньої практики, коли всі учасники повинні були подавати замовнику у складі пропозиції документи, які підтверджують відсутність підстав для відхилення їх пропозиції, згідно з чинною редакцією закону лише переможець торгів у строк, що не перевищує 10 робочих днів (5 днів у разі застосування скороченої процедури закупівлі), повинен надати замовнику документи про відсутність підстав, передбачених п.п. 1-1, 2, 4, 5 і 7 ч. 1, п. 1 ч. 2 ст. 17 Закону України «Про здійснення державних закупівель», щодо відхилення пропозиції конкурсних торгів переможця. Крім цього, замовнику забороняється вимагати від учасників попередньої кваліфікації, які пройшли кваліфікаційний відбір, повторного подання ними документально підтвердженої інформації про їх відповідність кваліфікаційним критеріям під час подальшого проведення процедури.

12. Значні корупційні ризики містить припис ст. 17 Закону України «Про здійснення державних закупівель», згідно з яким КМУ встановлює порядок видачі єдиного документа, що підтверджує відповідність учасника вимогам, визначеним у ч.ч. 1 і 2 ст. 17 цього закону. Адже відповідні довідки можуть видаватися «потрібним» учасникам. Нагадаємо, що маються на увазі підстави для відмови учаснику в участі у процедурі закупівлі, що поділяються на обов'язкові й ті, що застосовуються на розсуд замовника.

*Панасюк О.А.,  
ас. кафедри правосуддя  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **ПОВНОВАЖЕННЯ СУДУ ПЕРШОЇ ІНСТАНЦІЇ В КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІ: ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ НА СТАДІЇ СУДОВОГО РОЗГЛЯДУ**

Особливе правове становище суду в кримінальному судочинстві завжди зумовлювало підвищену увагу науковців та практиків до проблем правового регулювання повноважень цього органу. Прийняття 13.04.2012 нового Кримінального процесуального кодексу України (далі – КПК) стало причиною переосмислення уже існуючих проблем правового статусу суду в кримінальному процесі, а практика правозастосування КПК окреслила нові проблеми, що постають перед правозастосувачами та потребують обговорення й вирішення юридичною громадськістю.

Тож звернемо увагу на деякі проблемні аспекти, що виникають у зв'язку з реалізацією повноважень суду першої інстанції на стадії судового розгляду в кримінальному провадженні.

1. Відповідно до ч. 1 ст. 318 КПК судовий розгляд має бути проведений і завершений протягом розумного строку. І саме на суд закон покладає обов'язок проведення судового провадження в розумні строки (ч. 2 ст. 28 КПК). Суд (суддя) керує ходом судового засідання, забезпечує додержання послідовності та порядку вчинення процесуальних дій, вживає необхідних заходів для забезпечення в судовому засіданні належного порядку тощо (ст. 321 КПК). Цим самим суд повинен забезпечити основоположне право кожного громадянина на розгляд його справи в «розумні строки» (оцінне поняття, що визначається в кожному конкретному випадку з урахуванням конкретних обставин кримінального провадження та тих критеріїв, що закріплені в КПК (ст. 28) та вироблені міжнародною практикою, зокрема в рішеннях Європейського суду з прав людини) [1, с. 94-98; 2, с. 86-91]. Отже, на сьогодні однією із ключових проблем судового розгляду є проведення останнього в розумні строки. Як показує практика, основною перешкодою на шляху до забезпечення судом розгляду справи в розумний строк є неявка учасників судового провадження в судові засідання, що зумовлює відповідний розгляд і вирішення наступної проблеми.

2. Роль суду по вирішенню цього питання потребує деяких уточнень. А разом із тим потребує удосконалення й правове регулювання судового виклику, приводу та заходів прибуття до суду в разі неявки учасників судового провадження (ч. 3 ст. 23, ст. ст. 133, 134, 325-327 КПК). Відповідно до принципу змагальності, суд є незалежним і безстороннім, не має права здійснювати функції обвинувачення чи захисту (ч. 3 ст. 22 КПК). Тож закономірно постає питання про те, чи повинен суд з точки зору забезпечення належної змагальної судової процедури здійснювати відповідні повноваження, якщо, наприклад, клопотання про здійснення виклику свідка обвинувачення заявляє сторона обвинувачення (прокурор). І хоча в ч. 2 ст. 327 КПК зазначається про те, що суд лише «сприяє сторонам», але фактично на практиці відбувається ситуація, коли відповідно до закону суд залишився єдиним органом, який має реальну можливість забезпечити явку, наприклад, свідків (як сторони обвинувачення, так і сторони захисту), замість того, щоб від-

повідну діяльність на виконання засад змагального кримінального процесу здійснювали самі сторони. Останні ж позбавлені законодавчих гарантій та засобів реалізації відповідного права на стадії судового розгляду, що впливає з аналізу ст. ст. 133-134 КПК.

Також існує проблема забезпечення явки потерпілого, який був належним чином викликаний в судове засідання. Засоби для забезпечення його явки до суду обмежені лише накладенням грошового стягнення у порядку, передбаченому КПК (ст. 325, ст. 139)<sup>11</sup> або Кодексом України про адміністративні правопорушення (ст. 185-3)<sup>12</sup>, що не завжди є дієвим засобом для забезпечення виконання обов'язку прибути на виклик суду. Застосування ж приводу відповідно до ст. 140 КПК до потерпілого не передбачено. Вказана ситуація загострюється тоді, коли показання потерпілого у відповідному кримінальному провадженні мають вирішальне значення для докзавування винуватості обвинуваченого. Клопотання про виклик свідків, експерта, спеціаліста, перекладача, інших осіб, можуть бути заявлені сторонами чи іншими учасниками судового провадження як у підготовчому судовому засіданні (ст. 315 КПК), так і протягом усього судового розгляду (ст. ст. 134, 327, 350 КПК). Це, відповідно, окреслює більш широко, ще одну проблему реалізації судом своїх повноважень.

3. Удосконалення законодавчого регулювання потребує також і проблема розгляду й вирішення судом клопотань учасників судового провадження на стадії судового розгляду в кримінальному провадженні. Цьому питанню присвячено ст. 350 КПК, яка, на жаль, не повною мірою регулює відповідний кримінальний процесуальний інститут. Аналіз норм КПК дає підстави зробити висновок про те, що архітектоніка чинного кримінального процесуального закону на сьогодні така, що розгляд та вирішення клопотань учасників судового провадження у процедурі судового розгляду здійснюється судом уже після закінчення підготовчих до судового розгляду дій (ст. ст. 342-346 КПК), тобто вже на етапі судового розгляду (судового слідства)<sup>13</sup>. І така практика судів обгрунтовується саме послідовністю виконання тих дій, вчинення яких передбачено процедурою судового розгляду, його регламенту, врегульованого законом. Вказана обставина (а саме таке «відтягування» в часі можливості заявлення, розгляду й вирішення клопотань), на наше переконання, не може позитивно позначитися на всебічності, повноті й неупередженості судового розгляду кримінального провадження. Адже, жодним чином не заперечуючи можливості подання клопотань учасниками судового

<sup>11</sup> Передбачено максимальний розмір грошового стягнення – до 2 розмірів мінімальної заробітної плати.

<sup>12</sup> Передбачено максимальний розмір штрафу – до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

<sup>13</sup> Зазначимо, що КПК на сьогодні не оперує поняттям «судове слідство», використовуючи, натомість, «судовий розгляд» – як для позначення окремої самостійної стадії кримінального провадження, так і для позначення окремого етапу цієї стадії, що за термінологією КПК 1960 року мав назву «судове слідство». Проте вважаємо, що по суті цей етап фактично залишився в структурі стадії судового розгляду, і тому немає жодних підстав для невикористання цього поняття в доктрині кримінального процесу. А тому, виходячи з таких міркувань, тут і далі нами буде використовуватися для уточнення смислу законодавчих положень та власних роздумів (а також положень, що зустрічаються в літературі) словосполуча «судове слідство».

провадження протягом усього судового розгляду, на будь-якій стадії судового провадження, – аж до виходу суду в нарадчу кімнату для ухвалення судового рішення, все ж вважаємо, що в переважній більшості випадків, за загальним правилом, найбільш доцільним, виваженим та необхідним є здійснення цих процесуальних дій саме в підготовчій частині судового розгляду. Оскільки завдяки інституту заявлення, розгляду й вирішення клопотань створюються передумови для ефективного здійснення судового розгляду (адже за своєю суттю клопотання мають підготовчий та правозабезпечувальний характер), а тому повернення до цих питань уже після того, як фактично буде розпочато судовий розгляд (судове слідство), буде вносити до його процедури лише зайве затягування та невизначеність.

Вищевикладене, зважаючи на вимоги до цієї роботи, не претендує на вичерпну відповідь щодо пропозицій по удосконаленню механізму правового регулювання повноважень суду першої інстанції на стадії судового розгляду в кримінальному провадженні, однак вкотре підкреслює актуальність зазначеної проблематики та необхідність подальших досліджень останньої.

#### **Література:**

1. Кримінальний процес : підручник / Ю. М. Грошевий, В. Я. Тацій, А. Р. Туманянц та ін.; за ред. В. Я. Тація, Ю. М. Грошевого, О. В. Капліної, О. Г. Шило. – Х.: Право, 2013. – 824 с.

2. Кримінальний процесуальний кодекс України. Науково-практичний коментар : у 2 т. Т. 1 / О. М. Бандурка, Є. М. Блажівський, Є. П. Бурдоль та ін.; за заг. ред. В. Я. Тація, В. П. Пшонки, А. В. Портнова. – Х.: Право, 2012. – 768 с.

*Полховська І.К.,*

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

### **ПРАВО НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ПРАВ ЛЮДИНИ**

Основний Закон України відповідно до міжнародно-правових стандартів проголосив право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49). За Конституцією життя і здоров'я людини визнаються найвищою соціальною цінністю. У свою чергу в Основах законодавства України про охорону здоров'я зазначено, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Право на охорону здоров'я належить до другого покоління прав людини, а за змістом – до соціальних прав громадян. Соціальні права вперше знайшли відображення у Веймарській Конституції 1919 року. У подальшому їх було закріплено в Загальній декларації прав людини, Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права, Європейській соціальній хартії.

Права другого покоління, до яких окрім соціальних відносять економічні й культурні, мають свої особливості. Передусім вони є досить за-

лежними від економічної політики держави. Ступінь захищеності цих прав залежить не тільки і не стільки від наявності досконалого правового механізму їх реалізації, скільки від відповідності економічному потенціалу держави. Конституційний Суд України у Рішенні від 25.01.2012 року зазначив, що соціально-економічні права не є абсолютними. Здійснення соціально-економічних прав людини значною мірою залежить від становища в державах, особливо фінансового.

Вкрай проблематичною є ситуація у вітчизняній сфері охорони здоров'я. Адаже з точки зору цивілізованого суспільства основними показниками, які визначають діяльність системи охорони здоров'я, є доступність та якість медичної допомоги, і вимоги до цих основних показників постійно висувають громадяни більшості розвинутих країн. В Україні існують суттєві розбіжності між конституційно проголошеним ефективне і доступне для всіх громадян медичне обслуговування, яке є безоплатним.

Актуальність проблеми платної медицини знайшла відображення у Рішенні Конституційного Суду України від 25 листопада 1998 року у справі 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). Так, єдиний орган конституційної юрисдикції дійшов висновку, що окремі положення зазначеної постанови (дозвіл лікувальним та санаторно-профілактичним закладам приймати від хворих плату за надані їм інші медичні послуги як внесення добровільної компенсації; надання платних послуг у державних закладах охорони здоров'я і вищих медичних закладах освіти та одержання добровільної компенсації від хворих тощо) є неконституційними, а значить, вони втрачають чинність з дня ухвалення такого рішення. При розгляді іншої справи від 29 травня 2002 року (справа про безоплатну медичну допомогу) Конституційний Суд України наголосив, що індивід, який отримує медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, не повинен відшкодовувати її вартість ні у вигляді будь-яких платежів, ні у будь-якій формі незалежно від часу надання медичної допомоги. Тобто у державних та комунальних закладах охорони здоров'я така допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного розрахунку за надання такої допомоги. Проте практика свідчить, що зазначені Рішення Конституційного Суду України не виконуються.

Як підсумок, євроінтеграційний напрямок розвитку нашої держави вимагає впровадження європейських стандартів і цінностей у всіх сферах життєдіяльності. Життя людини, її здоров'я та довголіття, якісне медичне обслуговування є цінностями європейської спільноти. Тому в Україні якнайшвидше потрібно впроваджувати відповідні стандарти у вітчизняну систему охорони здоров'я.

*Сидоренко А.С.,  
к.ю.н., старший викладач кафедри  
кримінального, адміністративного  
та трудового права  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ ЯК ПРОФЕСІЙНИЙ ОBOB'ЯЗОК МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА**

Людина, її здоров'я та життя є головною основою лікарської діяльності. Така діяльність обумовлюється необхідною наявністю високих морально-етичних якостей, а також регламентована правовими нормами, а саме обов'язком дотримання законодавства про охорону здоров'я, відповідних наказів, розпоряджень та інструкцій.

Працюючи в медичній установі особа виступає в трудові правовідносини з пацієнтом та роботодавцем. Правовідносини медичних працівників з роботодавцем регулюється нормами трудового права.

Загалом до правового статусу будь-якого працівника у трудовому праві відносять: трудову правосуб'єктність; основні трудові права і обов'язки; юридичні гарантії; відповідальність за порушення трудових обов'язків.

Всі медичні працівники зобов'язані виконувати свої трудові функції, що знаходять відображення в укладеному трудовому договорі, що в цілому кореспондує їх обов'язкам, що встановлені Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Серед обов'язків медичних працівників, що закріплені чинним законодавством, слід виділити дотримання норм етики та медичної деонтології. Етичні норми у медичній сфері включають в себе певні елементи, а саме обов'язки лікарів та медичного персоналу передбачені посадовими інструкціями та правилами внутрішнього трудового розпорядку.

Медична деонтологія є важливою частиною взаємовідносин лікарів та інших медичних працівників. Оскільки важливе значення має той факт наскільки сприятлива атмосфера в колективі від чого залежить саме якість роботи колективу. Враховуючи специфіку самої професії медика, медична етика та деонтологія є невід'ємними складовими професійної діяльності останнього.

Стаття 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає професійні обов'язки медичних і фармацевтичних працівників серед яких, слід виокремити, дотримання вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю.

Лікарська таємниця складає інформацію про факт звернення за медичною допомогою, стан здоров'я, діагноз хвороби та інші дані.

Обов'язок медичних працівників по збереженню лікарської таємниці закріплено у більшості Законів України та актах, що регулюють порядок надання медичної допомоги.

Конституція України за ч.1,2 ст. 32 передбачає, що ніхто не може зазнавати втручання в його особисте та сімейне життя. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди.

Цивільний кодекс України передбачає, що фізична особа має право на таємницю про стан здоров'я, а також відомості, одержані при її медичному обстеженні (ч.1 ст. 286).

Кримінальний кодекс України у статтях 132 та 145 передбачає відповідальність за незаконне розповсюдження лікарської таємниці.

Основи законодавства України про охорону здоров'я у статті 40 визначають, що медичні працівники та інші особи яким у силу виконання своїх професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу та інші відомості не мають права розголошувати їх.

Указ Президента України «Про клятву лікаря» передбачає у пункті 3 збереження лікарської таємниці та заборону використовувати ці відомості на шкоду людині.

Також вказаний обов'язок визначено в Етичному кодексі лікаря прийнятому і підписаному на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та Х з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства.

Отже, з вищевикладеного, слід відмітити, що збереження лікарської таємниці гарантується законодавством.

Обов'язок збереження лікарської таємниці є одним із основоположних обов'язків представників цієї професії. Медичні установи зобов'язані забезпечити належний захист даних, що складають лікарську таємницю.

Суб'єктом збереження такої таємниці є не лише лікарі, але і всі медичні працівники, що контактують із пацієнтами, а також технічний, адміністративний персонал медичних установ і студенти, що проходять медичну практику у відповідних установах.

Законодавством встановлено перелік випадків, коли лікарі та інші медичні працівники мають право розголошувати лікарську таємницю.

Збереження лікарської таємниці правовий обов'язок медичних працівників. Незаконне розголошення такої таємниці ознака непрофесійності медичного працівника.

Основи законодавства України про охорону здоров'я регламентують відповідальність медичних і фармацевтичних працівників за порушення прав осіб в сфері охорони здоров'я.

Стаття 80 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачає, що особи винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я несуть цивільну, адміністративну та кримінальну відповідальність.

Вказана вище стаття не передбачає дисциплінарної відповідальності за порушення норм законодавства про охорону здоров'я.

Слід відмітити, що дисциплінарна відповідальність настає за вчинення дисциплінарного правопорушення. Тобто, особа притягується до дисциплінарної відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх трудових обов'язків.

Розголошення лікарської таємниці, в першу чергу, є порушенням особою своїх трудових обов'язків за що на неї повинні накладатися дисциплінарні стягнення передбачені трудовим законодавством. Тобто, на наше переконання статтю 80 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», слід доповнити таким видом відповідальності як дисциплінарна.

Також, слід зазначити, що останнім часом правова грамотність пацієнтів зростає, а серед медичних працівників досить часто зустрічається правовий нігілізм. Це пояснюється тим, що медичні працівники не знають законодавства, або недобросовісно виконують свої трудові обов'язки, що в свою чергу призводить до порушення конституційних прав громадян.

Тобто, працівники медичних установ повинні належним чином виконувати свої трудові обов'язки, що знаходять своє відображення як у загальному так і спеціальному законодавстві.

*Тітко І.А.,*

*к.ю.н., доц. кафедри правосуддя,*

*ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОТЕРПІЛОГО НА МОЖЛИВІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ ЙОГО ПРАВ У ПРОВАДЖЕННЯХ В ФОРМІ ПРИВАТНОГО ОБВИНУВАННЯ**

Тезове викладення питання впливу психофізіологічних особливостей потерпілого на можливість реалізації його прав у провадженнях в формі приватного обвинувачення зобов'язує враховувати принаймні два чинники: а) тимчасовість чи постійність психофізіологічного стану потерпілого, що позбавляє його процесуальної дієздатності; б) причини, з яких провадження розпочато не з ініціативи законного представника, а з ініціативи прокурора.

Зокрема, якщо безпорадний стан особи носить тимчасовий характер (наприклад, стан коми), то безумовно після виходу із зазначеного стану потерпілий може повноцінно реалізовувати усі передбачені законодавством права, у тому числі стосовно вирішення долі провадження приватного обвинувачення. Але в цьому ракурсі, на наш погляд, наукового осмислення вимагає другий абзац ч. 6 ст. 55 КПК, де зазначено, що після того, як особа, яка перебувала у стані, що унеможлилював подання нею відповідної заяви, набуде здатності користуватися процесуальними правами, вона може подати заяву про залучення її до провадження як потерпілого. Враховуючи вказане, виникає принаймні два питання: 1) як має вирішуватися доля провадження приватного обвинувачення, якщо зазначена особа не подає заяву про залучення її до провадження як потерпілого; 2) які зміни відбуваються у процесуальному статусі родичів, які вступили в провадження як потерпілі, якщо зазначена особа подає заяву про залучення її до провадження як потерпілого.

Стосовно першого питання, слід вказати, що воно є аналогом ситуації початку кримінального провадження у формі приватного обвинувачення без заяви потерпілого, а відтак відсутність заяви є підставою для закриття провадження. Що ж до зміни процесуального статусу близьких родичів чи членів сім'ї, які з урахуванням тимчасової неспроможності особи реалізувати свої права, набули статусу потерпілого, закон не надає чіткої відповіді. Проте, на наш погляд, дана ситуація не викликає особливих проблем, і вимагає від особи, яка веде провадження лише дотримання загальної вимоги стосовно документально підкріплення усіх статусних трансформацій, що відбуваються в рамках кримінального провадження. Думається, що у даному питанні цілком допустимим є застосування за аналогією ч. 5 ст. 66 КПК: такі особи мають виключатися з числа потерпілих постановою слідчого або прокурора.



Дещо іншою є ситуація за умови перманентності безпорадного стану потерпілого (психічна хвороба, малолітство, довготривала кома тощо). Думається, що у даній ситуації як право ініціювати провадження у формі приватного обвинувачення, так і право відмовлятися від обвинувачення у повній мірі переходить до законного представника з урахуванням презумпції діяльності останнього в інтересах потерпілого.

Разом із тим, практика не виключає випадки недбалого ставлення законних представників до своїх обов'язків, або більше того, вчинення ними протиправних дій по відношенню до своїх підопічних. У таких випадках, на наш погляд, доцільно відновити право прокурора розпочинати кримінальне провадження у формі приватного обвинувачення, але без позбавлення потерпілого можливості скористатися правом відмови від обвинувачення у подальшому. Разом із тим, подібна конструкція має бути дещо уточнена, зважаючи на, з одного боку, недостатність процесуальної дієздатності у самого потерпілого, а з іншого – дискредитацію законного представника (свідченням чого буде виконання його функцій прокурором). Відтак, вбачається, що дана концепція має бути доповнена механізмом «усунення дефекту законного представництва». Це можливо забезпечити поклавши на прокурора поряд з повноваженням розпочати кримінальне провадження у формі приватного обвинувачення, обов'язок відновити нормальне функціонування інституту законного представництва шляхом залучення в якості законного представника іншого близького родича або орган опіки і піклування.

**Троцька М.В.,**

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

### **ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ВОДНИХ ОБ'ЄКТІВ, ЩО ВІДНЕСЕНІ ДО КАТЕГОРІЇ ЛІКУВАЛЬНИХ**

За ст. 1 Водного кодексу України (далі – ВК України): водний об'єкт – природний або створений штучно елемент довкілля, в якому зосереджуються води (море, річка, озеро, водосховище, ставок, канал, водонесний горизонт).

Відповідно до ч. 1 ст. 62 Водного кодексу України: водні об'єкти, що мають природні лікувальні властивості, належать до категорії лікувальних, якщо їх включено до спеціального переліку.

Тобто, водні об'єкти, що віднесені до категорії лікувальних, це об'єкти, що належать до спеціального переліку та мають лікувальні властивості.

Щодо порядку віднесення водних об'єктів до категорії лікувальних, то за ч. 2 ст. 62 Водного кодексу України: перелік водних об'єктів, віднесених до категорії лікувальних, із зазначенням запасів вод та їх лікувальних властивостей, а також інших сприятливих для лікування і профілактики умов, затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері геологічного вивчення та раціонального використання надр, центрального органу виконавчої влади,

що забезпечує формування державної політики у сфері розвитку водного господарства.

На сьогодні постановою КМ України від 11.12.1996 р. № 1499 затверджено перелік водних об'єктів, що відносяться до категорії лікувальних.

Тобто, порядок віднесення водних об'єктів до категорії лікувальних складається із таких елементів: (а) наявність подання відповідних уповноважених органів, щодо водних об'єктів, які мають лікувальні властивості; (б) затвердження КМ України їх переліку.

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

У свою чергу, лікувальні властивості природних ресурсів – це їх характеристики, які використовуються або можуть бути використані для відповідно мети.

З посиланням на ст. 6 закону України «Про курорти» у контексті саме водних об'єктів серед лікувальних природних ресурсів зазначаються мінеральні, термальні води, морська вода, а також ропа лиманів та озер. Розглянемо зазначені ресурси.

За п. 1 Порядку здійснення медико-біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів, визначення методик їх використання: мінеральні природні води – природні підземні мінеральні води об'єктів (родовищ), що характеризуються певним та стабільним фізико-хімічним складом, умістом біологічно активних компонентів та сполук відповідно до кондицій, установлених для кожного об'єкта (родовища), які використовуються без додаткової обробки, що може вплинути на хімічний склад та мікробіологічні властивості.

Згідно із п. 1.4. Інструкції із застосування Класифікації запасів і ресурсів корисних копалин Державного фонду надр до родовищ мінеральних підземних вод: віднесення підземних вод до категорії мінеральних підземних вод відповідно до ДСТУ 878-93 «Води мінеральні питні» або ГСТУ 42.10-02-96 «Води мінеральні лікувальні» на підставі довідки про кондиції, обґрунтованої бальнеологічним висновком установи, спеціально уповноваженої для цього Міністерством охорони здоров'я України, де зазначаються кондиційні показники якості мінеральних вод, напрями і способи застосування, висновок щодо можливості їх промислового розливу.

Тобто, для визнання підземних вод мінеральними, необхідно, щоб вони відповідали ряду вимог серед яких важливе значення бальнеологічний висновок<sup>14</sup>. Вони використовуються лише з метою лікування за призначенням лікаря відповідно до медичних показань.

---

<sup>14</sup> Бальнеологічний висновок – висновок на підставі комплексних медико-біологічних та інших спеціальних досліджень складу та властивостей природних лікувальних корисних копалин щодо можливості їх використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань; документ, який регламентує якість природних лікувальних корисних копалин, а також кондиційний склад корисних та шкідливих для людини компонентів у них (п. 3.2. Інструкції із застосування Класифікації запасів і ресурсів корисних копалин державного фонду надр до родовищ лікувальних грязей).

Щодо термальних вод, то за словниковими джерелами [1] вони представляють собою підземні води температурою 20° С і більше. З іншого боку, за ст. 1 Водного кодексу України: підземні води – води, що знаходяться нижче рівня земної поверхні в товщах гірських порід верхньої частини земної кори в усіх фізичних станах. З урахуванням поняття природних лікувальних ресурсів та зазначених вище положень можна сформулювати, що термальні води – це води, що знаходяться нижче рівня земної поверхні в верхній частині земної кори при температурі 20° С і більше придатні для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Що стосується морської води, то за п. 1 Порядку здійснення медико-біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів, визначення методик їх використання: морська вода – води земної поверхні, що зосереджені в морях. Характеризуються стабільністю співвідношення концентрацій основних іонів незалежно від їх абсолютних концентрацій, загальною мінералізацією від 6 до 18 г/дм куб., постійним сольовим складом, у якому 80% припадає на хлорид натрію, 20% – на солі кальцію, магнію, калію, бромю тощо.

У свою чергу, з посиланням на словникові джерела [2], можна зазначити, що морська вода зосереджена в морях і океанах, характеризується стабільною сольового складу, в якому основну масу складають іони Cl<sup>-</sup>, Na<sup>+</sup>, SO<sub>4</sub><sup>2-</sup>, Mg<sup>2+</sup>, а також Ca<sup>2+</sup>, K<sup>+</sup>, розчинені гази і незначна кількість органічних речовин.

Її лікувальні властивості визначаються її складом, завдяки чому здійснюється корисний вплив на організм людини в процесі лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Що стосується ропи лиманів та озер, то за п. 1 Порядку здійснення медико-біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів, визначення методик їх використання: ропа – насичена солями вода соляних озер (лиманів), порожнин і пор донних відкладів. Тобто, ропа як лікувальний ресурс – це вода з високою концентрацією солі, що зосереджена у відповідних водних об'єктах та використовується для певних цілей.

Отже, правовий режим водних об'єктів лікувального призначення визначається рядом нормативно-правових актів, які закріплюють положення щодо них. А саме, водні об'єкти лікувального призначення це – об'єкти, що: а) належать до спеціального переліку, який формується за поданням відповідних уповноважених органів; б) мають лікувальні властивості, тобто придатні для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань; в) затвердженні КМ України.

#### **Література:**

1. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: [http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_geolog/4992/Термальные](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_geolog/4992/Термальные).
2. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vedu.ru/bigencdic/40085/>.

*Шевчик О.С.,  
к.ю.н., доц. кафедри кримінального,  
адміністративного та трудового права  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ОКРЕМІ АСПЕКТИ ОПОДАТКУВАННЯ ОПЕРАЦІЙ ЗА ДОГОВОРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

Безумовно, одним із основних прав людини, є право на охорону здоров'я та належний рівень медичної допомоги, яке гарантовано ст. 49 Конституції України.

Однак, нажаль, через брак коштів, Держава не має можливості забезпечити достатній рівень фінансування відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. За такої ситуації, у зв'язку із необхідністю отримати належний рівень медичної допомоги, в переважній більшості випадків, населення змушено здійснювати витрати із власних доходів. Існуюча система обов'язкового державного соціального страхування в переважній більшості випадків є неспроможною компенсувати особі всі, або щонайменше більшу частину витрат, понесених у зв'язку із лікуванням чи отриманими медичними послугами.

Відтак, перебуваючи на шляху до побудови соціальної держави, створюються умови щодо можливості акумуляції коштів за допомогою здійснення добровільного медичного страхування.

Тому особливої актуальності набуває питання щодо побудови виваженого підходу з боку Держави в частині оподаткування витрат юридичних і фізичних осіб за договорами добровільного медичного страхування.

Так, відносини у сфері страхування (крім державного соціального страхування) регулюються Законом України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР. Відповідно до ст. 6 вказаного Закону, добровільне страхування – це страхування, яке здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком. Загальні умови і порядок здійснення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно відповідно до вимог Закону України «Про страхування». Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договору страхування відповідно до законодавства.

Медичне страхування, відповідно до абз. 4 ст. 6 Закону України «Про страхування», віднесено до одного із видів добровільного страхування.

Порядок оподаткування страхових платежів (внесків, премій) податком з доходів фізичних осіб встановлено пп. 164.2.16 ПКУ, яким передбачено, що до складу загального місячного (річного) оподатковуваного доходу платника податків включається сума страхових платежів (страхових внесків, страхових премій), сплачених будь-якою особою – резидентом за платника ПДФО або в його інтересах.

Таким чином, сума страхових внесків із добровільного медичного страхування працівників, вважається додатковим благом, яке підлягає оподаткуванню податком на доходи фізичних осіб за ставками 15 або 20%, оскільки вважається, що добровільне медичне страхування є додатковим благом, яке не дозволяє відносити відповідні витрати до складу валових витрат.

Що стосується сплати єдиного соціального внеску, то відповідно до норм ст. 7 Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на

загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 08.07.2010 р. № 2464-VI база нарахування ЄСВ включає суми нарахованої заробітної плати за видами виплат, що включають основну та додаткову заробітну плату та інші заохочувальні та компенсаційні виплати, у тому числі в натуральній формі.

Враховуючи, що внески підприємств згідно з договорами добровільного медичного страхування працівників і членів їх сімей не включаються до фонду оплати праці згідно з нормами п. 3.5 Інструкції зі статистики заробітної плати, затвердженої Наказом Держкомстату України від 13.01.2004 р. № 5 і включені в Перелік, затверджений Постановою КМУ від 22.12.2010 р. № 1170, такі витрати не є базою нарахування ЄСВ. Відповідне роз'яснення надано також в листі Пенсійного фонду України від 02.01.2013 р. № 100/03-20.

При оподаткуванні податком на прибуток, слід брати до уваги, що норми пп. 140.1.6 ПКУ забороняють включати до складу витрат витрати на страхування життя, здоров'я та інших ризиків, пов'язаних з діяльністю фізичних осіб, що перебувають у трудових відносинах з підприємством, обов'язковість якого не передбачена законодавством у тому числі будь-які витрати на страхування сторонніх фізичних чи юридичних осіб. Отже, при визначенні об'єкта оподаткування враховуються витрати на медичне страхування фізичних осіб, що перебувають у трудових відносинах з платником податку, лише за обов'язковими видами страхування.

Оскільки обов'язковість медичного страхування працівників не передбачена законодавством та здійснюється роботодавцем добровільно, витрати на таке страхування не включаються до складу податкових витрат платника податку, що підтверджується аналогічним роз'ясненням контролюючих органів.

Таким чином, діюче законодавство не передбачає будь-яких податкових преференцій для роботодавців за договорами добровільного медичного страхування співробітників. Витрати на добровільне медичне страхування працівників не включаються до складу податкових витрат платника податку та оподатковуються податком на доходи фізичних осіб як додаткове благо. При цьому такі витрати не є базою для нарахування ЄСВ.

На нашу думку, за умов побудови виваженого підходу з боку Держави в частині оподаткування витрат юридичних і фізичних осіб за договорами добровільного медичного страхування в частині надання можливості відносити до витрат витрати, пов'язані із добровільним медичним страхуванням (повністю або щонайменше частково) надало б поштовх для розвитку як системи недержавних страхових фондів добровільного медичного страхування але і слугувало каталізатором розвитку медичної галузі в цілому.

*Бударна В.О.,*

*здобувач кафедри господарського права*

*НУЮ ім. Я. Мудрого*

## **ГОСПОДАРСЬКО – ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ІНВЕСТИЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ**

Відповідно до ст. 10 ГК України, серед основних напрямів економічної політики слід відокремити інвестиційну політику, яка спрямована на створення суб'єктами господарювання необхідних умов для залучення і концентрації коштів та потреби розширеного відтворення основних засобів виробництва, переважно у галузях, розвиток яких визначено, як пріоритети структурно-галузевої політики, а також забезпечення ефективного і відповідального використання цих коштів та здійснення контролю над ними.

Зміст інвестиційної політики держави, та напрями удосконалення інвестиційного законодавства України в першу чергу визначаються критичним рівнем зношеності більшості основних виробничих фондів суб'єктів господарювання, необхідністю проведення структурних змін в економіці під тиском світової конкуренції, наданням інвестиційним процесам інноваційного характеру для негайного підвищення конкурентоспроможності національної економіки, національних товаровиробників та іншими надзвичайно гострими економічними чинниками. Тому для вирішення завдань розвитку економіки країни, першочергового значення набуває саме ефективність законодавчого забезпечення інвестиційної політики держави, функціонування інвестиційного ринку, реалізація ключових інвестиційних відносин, включно із сучасними організаційно-правовими формами професійних суб'єктів інвестиційної діяльності.

Слід зазначити, що інфраструктура інвестиційного ринку, головним чином, складається з інвестиційних посередників та їх діяльності, а також системи державного впливу на інвестиційні відносини. Як відомо, інвестиційні ресурси, що знаходяться у власності населення, домашніх господарств складають головну частку цих ресурсів і мають назву «заощадження». При чому, такі заощадження диференціюють, як правило, на дві групи: організовану і неорганізовану. Так, організовані – це заощадження, що існують в формі банківських депозитів, придбаних цінних паперів. Вони представляють собою ті грошові кошти населення, що вже акумульовані інвестиційними посередниками і є готовими ресурсами для інвестування в підприємницьку діяльність самими інвестиційними посередниками. Що ж стосується неорганізованих заощаджень, то зазвичай їх уявляють у вигляді коштів, що зберігаються у національній або іноземній валюті і залишаються у своїх власників – громадян. Саме ця форма заощаджень утворює потенційний інвестиційний ресурс.

Фармацевтична промисловість також потребує залучення інвестицій надзвичайного якісного складу, які в сукупності забезпечують її конкурентоспроможність, серед таких інвестицій слід відокремити, перш за все, реальні інвестиції, які складаються з матеріальних, так і з нематеріальних. Крім того, до них відносяться фінансові інвестиції, які включають у себе вкладення коштів у різні фінансові активи.

З метою покращення інвестиційного клімату щодо фармацевтичної промисловості, на нашу думку, слід вжити ряд кардинальних заходів, які

необхідно спрямувати на формування загальних умов розвитку ринкових відносин, що безпосередньо впливають на процес залучання іноземних інвестицій, а саме: 1) досягнення національної згоди між органами державної виконавчої влади, фармацевтичними виробниками та соціальними групами питання щодо доступності фармпродукції; 2) удосконалити нормативно-правове забезпечення фармацевтичної діяльності; 3) підготувати проект Концепції розвитку фармацевтичного виробництва.

Названі положення закону фіксують певні стандарти фармацевтичного забезпечення, що є необхідним для здійснення переходу від фактично монопольного державного інвестування до створення інвестиційного ринку на нових засадах інвестиційного плюралізму.

Отже, для поліпшення інвестиційного клімату щодо фармацевтичної діяльності необхідно забезпечити: розробку єдиної державної програми забезпечення сприятливого інвестиційного клімату в межах проголошених пріоритетів соціально-економічного розвитку та довгострокової програми державного і змішаного інвестування в розвиток фармацевтичної промисловості; формування регіональних планів підвищення інвестиційної привабливості фармацевтичної діяльності; реалізація фармацевтичних галузевих програм реалізації аптечної діяльності; стимулювання іноземних інвестицій у наукову, науково-технічну та інноваційну діяльність щодо фармвиробництва.

*Гаркуша Є.О.,  
аспірант Інституту  
економіко-правових досліджень  
НАН України*

### **ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРОХОДЖЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ОЦІНКИ ВІДПОВІДНОСТІ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ**

Декілька місяців тому настала подія, яку з острахом чекали суб'єкти господарювання, що здійснюють господарську діяльність у сфері виробництва і торгівлі медичними виробами. Так, починаючи з 01.07.2015 року обов'язковими до застосування стали технічні регламенти щодо медичних виробів, в тому числі для діагностики *in vitro* та активних медичних виробів, які імплантують, затверджені постановами КМУ від 02.10.2013 року (№ 753, № 754, № 755). Вказані регламенти розроблені на основі Директив Європейського Парламенту та Ради ЄС відповідно від 14.06.1993 року № 93/42/ЄЕС, від 27.10.1998 року № 98/79/ЄС та від 20.06.1990 року № 90/385/ЄЕС, були прийняті ще наприкінці 2013 року та набули чинності з 01.07.2014 року. Зазначені документи кардинальним чином змінюють процедуру введення в обіг медичних виробів.

Загалом позитивно оцінюючи вищевказані зміни, засновані на євро інтеграційному підході, все ж вважаємо за необхідне розглянути проблемні аспекти практичної реалізації нової для нашої держави процедури оцінки відповідності медичних виробів.

По-перше, фактична і юридична відсутність Реєстру осіб, відповідальних за введення медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних виробів для діагностики *in vitro* в обіг [1]. Відповідний проект документа, який ініціювався Державною службою України з лікар-

ських засобів (далі – Держлікслужба України) та Міністерством охорони здоров'я України (далі – МОЗ), не був підтриманий Міністерством юстиції України і на сьогодні фактично такого реєстру просто немає. У зв'язку із цим виникає питання, якщо буде відмінено процедуру державної реєстрації, а тим самим перестане існувати і Державний реєстр медичної техніки та виробів медичного призначення, то як можна буде вводити в обіг медичні вироби, якщо не затверджено перелік дозволених до застосування в Україні медичних виробів? Відсутність цього реєстру також призведе до проблем з ввезенням на митну територію та обкладення ПДВ таких виробів [2]. Крім того, це значним чином вплине на здатність Держлікслужби України здійснювати контроль за медичними виробами, що були введені в обіг уже за новими правилами.

По-друге, на разі відсутні у достатній кількості національні стандарти щодо медичних виробів, на відповідність яким має бути здійснена перевірка при проходженні процедури оцінки відповідності. Так, за словами П. Харчика, президента Асоціації операторів ринку медичних виробів, для того, щоб ринок медичних виробів ефективно працював, слід затвердити 276 стандартів, але таких стандартів затверджено тільки 51 [2].

По-третє, до теперішнього часу відсутнє нормативно-правове підґрунтя визнання чинних документів з оцінки відповідності, виданих уповноваженими органами Європейського Союзу згідно з європейськими директивами. Зазначена прогалина зводить нанівець саму євро інтеграційну ідею процедур оцінки відповідності та її дерегулятивний вплив, адже європейські суб'єкти господарювання, що вже пройшли процедуру оцінки відповідності в одній з країн-членів Європейського Союзу та мають відповідні документи зобов'язані знову проходити таку процедуру в Україні, строки проходження та вартість якої, до речі, чітко не визначені. Така ситуація є не логічною, адже якщо ми декларуємо, що наші стандарти якості відповідають аналогічним європейським, то навіщо ж тоді примушуємо іноземних суб'єктів господарювання двічі проходити процедуру оцінки відповідності одним і тим же стандартам. Вочевидь, виробники відмовляться від своєї частки ринку в Україні на користь інших країн, якщо вважатимуть нерентабельним постачання певної продукції. Такі випадки вже існують. Найбільше постраждає пересічний громадянин, який потребуватиме, наприклад, оперативного втручання. Придбати необхідний медичний виріб на території України буде неможливо [3].

По-четверте, відсутність органу державного ринкового нагляду виконання вимог технічних регламентів щодо медичних виробів. Так, 10.09.2014 року Кабінетом Міністрів України було прийнято Постанову № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади». Цією постановою серед іншого передбачено шляхом реорганізації об'єднати Держлікслужбу України та Державну службу України з контролю за наркотиками в один державний орган – Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Втім, новостворена служба отримає можливість забезпечувати здійснення нею повноважень та виконання функцій органу виконавчої влади, що припиняється, лише після видачі Урядом відповідного акта. Такий акт видається після здійснення заходів, пов'язаних із державною реєстрацією новоутвореного органу виконавчої влади як юри-



дичної особи публічного права, затвердженням положення про нього, структури та штатного розпису його апарату, кошторису та заповненням 30% вакансій.

На сьогодні відомості про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців відсутні. Натомість у відомостях про Держлікслужбу України зазначено, що 06.07.2015 року вона знаходиться в стані ліквідації [4]. Тому з об'єктивних причин зрозуміло, що ринковий нагляд за медичними виробами, введеними в обіг згідно з новими технічними регламентами здійснюватися не буде.

Враховуючи вищезазначене, вважаємо, що окреслені проблеми є нагальними та потребують першочергової уваги та вирішення. Зокрема, вважаємо, що у короткостроковому періоді необхідно: 1) затвердити реєстр осіб відповідальних за введення медичних виробів в обіг; 2) на законодавчому рівні визнати європейські сертифікати, якими підтверджується якість медичних виробів, які пройшли відповідну процедуру оцінки відповідності в одній з держав-членів Європейського Союзу; 3) прискорити процедуру прийняття національних стандартів; 4) призначити орган, який тимчасово на період реорганізації Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками буде здійснювати контроль за медичними виробами, які буди введені в обіг за новою процедурою.

Адже при усіх перевагах нової моделі технічного регулювання ринку медичних виробів, заснованих на євро інтеграційному підході, вказані прогалини можуть стати реальними перепонами на шляху підвищення рівня доступності медичних виробів та забезпечення стабільного функціонування та розвитку цього ринку.

#### **Література:**

1. Прохоренко С. Проблеми запровадження процедури оцінки відповідності медичних виробів [Електронний ресурс] / Євген Прохоренко // Щотижневик Аптека. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.apteka.ua/article/334619>.
2. Українські реалії впровадження технічних регламентів щодо медичних виробів [Електронний ресурс] // Щотижневик Аптека. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.apteka.ua/article/335887>.
3. Медичні вироби: дерегуляція сфери чи незворотне погіршення системи? [Електронний ресурс] // Щотижневик Аптека. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.apteka.ua/article/338336>.
4. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками: затверджено Положення [Електронний ресурс] // Щотижневик Аптека. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.apteka.ua/article/343586>.

*Говорун О.В.,*

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

## **ПИТАННЯ РОЗВИТКУ САМОРЕГУЛЮВАННЯ ЯК МЕХАНІЗМУ РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Інститут саморегулювання господарської діяльності в Україні та інших країнах СНД, як механізм суспільного регулювання та колективної відповідальності, є інноваційним з точки зору регулювання ринкових відносин. Поява такого інституту пов'язана, з одного боку, з процесами лібералізації, з іншого, з процесами підвищення ролі громадських і професійних об'єднань у різних країнах, в тому числі у сфері охорони здоров'я.

Слід однак зазначити, що саморегулівні організації – феномен перш за все такий, що належить системі організаційно-господарських відносин, адже сама ця організація не є суб'єктом господарювання. Разом з тим у процесі її функціонування виникають різноманітні правовідносини, що є індикатором наявності відповідної систематики суспільних інтересів. Між тим, зауважує В.М. Пашков, практика застосування господарського законодавства в контексті організаційно-господарських повноважень свідчить про відсутність достатньої якості цих повноважень [1]. Хоча на думку В.В. Суислової, саморегулівну організацію призначено виконувати такі функції: 1) акумулюючи та об'єднуючи інтересів своїх засновників щодо порядку здійснення ними своєї господарської або професійної діяльності; 2) нормотворчу, в межах якої формується, оптимізується власне порядок здійснення господарської або професійної діяльності; 3) засновницьку, в межах якої створюються необхідні органи саморегулівної організації, що сприяють здійсненню нею саморегулівної діяльності, а також таку, яка реалізується у формі перетворення саморегулівної організації, що трансформується у більш складні форми в своєму розвитку; 4) регулятивну, в межах якої відбувається одна з головних функцій саморегулівної організації, що реалізує її організаційно-господарське призначення – регулювати діяльність суб'єктів господарювання в межах відповідного ринку товарів та послуг, окремого виду професійної діяльності; 5) представницьку, в межах якої суб'єкти господарювання та суб'єкти професійної діяльності фактично виходять на рівень публічних відносин, доносять до держави свої колективні інтереси і вступають у діалог, що має конкретне правове значення; 6) контрольну, в межах якої здійснюються контрольні заходи, що забезпечують ефективність цілої низки інших функцій: регулятивної, нормотворчої тощо; 7) інформаційно-аналітичну, яку можна розглядати і в самостійному, і допоміжному сенсі, виходячи з того, що інформаційний формат є універсальним чинником будь-якої взаємодії, взаємовідносин. Для виконання саморегулівною організацією низки функцій об'єктивно затребуваною є її інформаційно-аналітична діяльність в інтересах її учасників; 8) освітньо-кваліфікаційну, що є в цілому допоміжною функцією, але в умовах постійного зростання рівня конкурентоздатності товарів та послуг, вимогливості суспільства і споживачів набуває дедалі більшого значення; 9) судову, що реалізується в межах третейського судочинства, адже розгляд спорів між учасниками саморегулівної організації має стати її додатковою функцією; 10) умовно-страхову, що покладається на саморегулівну організацію в різних площинах суспільних відносин з її участю

як в контексті формування відповідних накопичувальних грошових фондів для надання допомоги у період кризи чи інших економічних несприятливих періодів господарської діяльності або для компенсації шкоди, завданої споживачам унаслідок діяльності окремих суб'єктів – учасників саморегулювальної організації, що загрожує підживленням високої ділової репутації цих суб'єктів на відповідному ринку як таких; 11) правоохоронну, що полягає у застосуванні до суб'єктів – засновників господарських санкцій, право на застосування яких делеговано саморегулювним організаціям державою [2].

Світовий досвід показує, що саморегулювання діяльності у сфері охорони здоров'я в ряді випадків може бути реальною альтернативою державного втручання в економіку, забезпечуючи зниження державних витрат на регулювання, більшу гнучкість і більше врахування інтересів учасників ринку.

Відмінними рисами правового саморегулювання є рівноправне становище суб'єктів, автономія їх волі і самостійна майнова відповідальність, а також відсутність втручання з боку держави. Ще одним важливим критерієм є самостійність прийняття рішень суб'єктами правовідносин відповідно до принципів права. Вважаємо, що саморегулювання здійснюється не тільки на умовах об'єднання суб'єктів підприємницької або професійної діяльності в саморегульовані організації. У господарському праві, на наш погляд, можна виділити саморегулювання, здійснюване: а) всередині юридичної особи; б) за допомогою юридичної особи як саморегулювальної організації; в) на підставі господарсько-правового договору.

Безумовно, державне втручання надає окремих рис саморегулюванню, навіть в тих випадках, коли саморегулювальної організації самі встановлюють правила і стандарти, однак це не змінює суті даного явища як самостійної та ініціативної діяльності суб'єктів з розробки та встановлення правил своєї діяльності, а також по контролю за дотриманням вимог зазначених правил. Звідси виникає питання про співвідношення саморегулювання та державного регулювання, характер делегування державою своїх повноважень саморегулювним організаціям та можливості заміни державного регулювання саморегулюванням. На нашу думку, це можливо, за умов дотримання вимог ст. 19 Конституції України.

Характеристика публічно-правових засобів, що застосовуються в саморегулюванні, може бути проведена за допомогою виявлення основних ознак методу публічного права. Особливості публічно-правового методу наводяться вченими як в аспекті розгляду загальної його характеристики, так і шляхом виявлення його стосовно окремих публічним галузям права.

Проте, необхідно розрізнити саморегулювальної організації, в залежності від обов'язковості в них членства.

Так, правовий статус СРО, заснованих на обов'язковому членстві, і правовий статус СРО, заснованих на добровільному членстві, звичайно ж, не тотожні.

В Україні, в зв'язку з відсутністю відповідної законодавчої бази, наукові дослідження не набули відповідного розвитку. А в нормативно-правових актах, щодо галузей національної економіки, в яких передбачена можливість існування саморегулювних організацій, питання про обов'язковість членства, в окремих випадках, завуальована.

Таким чином, в юридичній літературі можна зустріти два концептуальні підходи до питання про співвідношення державного регулювання та саморегулювання: 1) саморегулювання розуміється як продовження державного регулювання; 2) саморегулювання протиставляється державному регулюванню. Більш аргументованим, на нашу думку, видається визначення саморегулювання в якості альтернативи державному регулюванню. При цьому ми виходимо з передумови, що саморегульовані організації можуть отримати можливість самостійного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, сама ж держава відмовляється від регулювання певних відносин.

#### **Література:**

1. Пашков В. Ринкове саморегулювання господарських відносин у сфері охорони здоров'я / В.М. Пашков // Підприємництво, господарство і право. – 2009. – №9(165). – С. 86 – 89

2. Суслова В.В. Функціональне завдання саморегульованої організації та їх законодавче закріплення / В.В. Суслова // Вісник Національної юридичної академії України імені Ярослава Мудрого. – 2011. – №4. – С. 122 – 129

*Льющенкова К.О.,  
аспірант Національної академії  
прокуратури України*

#### **ЗАХИСТ ПРАВ УЧАСНИКІВ ПРАВОВІДНОСИН ДОНОРСТВА**

Під поняттям цивільно-правового захисту слід розуміти передбачену законом вид і міру можливого або обов'язкового впливу на суспільні відносини, які зазнали протиправного впливу, з метою поновлення порушеного, невизнаного чи оспореного права [3;75]. Захист прав учасників правовідносин донорства відіграє особливо важливу роль, адже, право на донорство є складовою права на життя та здоров'я, які визнаються Конституцією України найвищою соціальною цінністю. Особливістю захисту цих прав полягає в тому, що поновити порушене право неможливо, в тому числі без шкоди на здоров'я, а інколи на життя.

Як показує практика, порушення прав у цій сфері відбувається зазвичай через відсутність чи недосконалість законодавчого регулювання, а також важливу роль відіграє людський фактор в належному виконанні обов'язків у таких правовідносинах.

Прикладом такого є численні рішення суду щодо відшкодування матеріальної та моральної шкоди внаслідок порушення Закону України «Про донорство крові, та її компонентів», так, замість взяття 250 мл крові, всупереч приписам терапевта, беруть 390 мл, а як наслідок погіршення самопочуття та інші негативні наслідки. Або, ігнорування роботодавцями гарантії донорів крові, передбачені вказаним законом та трудовим законодавством (застосування дисциплінарних стягнень, ненадання додаткового вихідного дня та інше).

Відсутність законодавчого регулювання та недосконале регулювання підзаконними нормативними актами сферу застосування допоміжних репродуктивних технологій породжує порушення прав всіх учасників правовідносин донорства у цій сфері. Хочу звернути увагу на пункти наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» №787 від

09.09.2013, які передбачають згоду донорів або одного з подружжя на застосування допоміжних репродуктивних технологій. По-перше, в жодному пункті не зазначено про можливість відкликання такої згоди, по-друге, згода надається лише раз, коли особи звертаються у медичний заклад для застосування методик лікування безпліддя. Таким чином, практика не виправдовує принцип законності у суспільстві, та як наслідок порушені права поновити, як правило, неможливо.

Відсутність повторної згоди на застосування методів лікування безпліддя може призвести до того, що можуть використовуватися поза волею живої (за відсутності відкликаної згоди) та померлою особи її кріоконсервовані статеві клітини чи ембріони, що може потягнути за собою порушення цивільних прав і інших осіб, наприклад, при вирішенні права на спадщину, спадкувати може особа, яка має генетичний зв'язок із спадкодавцем. Така проблема може виникнути і в тому випадку, коли скасують анонімність донора. Такою практикою пішла Німеччина, де діти анонімних донорів сперми мають право знати ім'я свого біологічного батька. Це впливає з рішення вищого земельного суду у місті Гамм (Німеччина).[4]

Таким чином, для вирішення проблем донорства в Україні, в тому числі проблем дефіциту крові та її компонентів, необхідно забезпечити перш за все гарантії та охорону прав донора, а також їх захист. Якщо людина буде переконана в тому, що надавши згоду стати донором крові та її компонентів, репродуктивних клітин чи донором органів та тканин живим чи після смерті її життя та здоров'ю нічого не загрожує, їх трудові, сімейні чи цивільні права порушені не будуть, то Україна вийде на високий рівень трансплантації органів та інших тканин, застосування допоміжних репродуктивних технологій та переливання крові.

#### **Література:**

1. Конституція України від 08.06.1996 [Електронний ресурс]. -Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» №787 від 09.09.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13>.
3. Стефанчук Р.О. Цивільне право України: навчальний посібник. / Руслан Олексійович Стефанчук. – К.: Правова єдність, 2009. – 535 с.
4. Суд: діти донорів сперми мають право знати біологічного батька [Електронний ресурс]. – Українська правда життя 07.02.2013. Режим доступу: <http://life.pravda.com.ua/society/2013/02/7/120571/>.
5. Єдиний державний реєстр судових рішень [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.reyestr.court.gov.ua>

*Лебьодкін К.С.,  
здобувач кафедри господарського права  
НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Сьогоднішній етап державного розвитку характеризується посиленням ролі держави в економічному житті суспільства. Необхідність державного регулювання господарської діяльності виходить з об'єктивно притаманних державі економічних функцій. Вважається, що державне регулювання комерційної господарської діяльності – це вплив держави на окремі умови її здійснення або на ринок в цілому з метою забезпечення тих чи інших властивостей його функціонування

У сучасних умовах досконалість механізму державного регулювання господарської діяльності набуває першочергового значення, стає стрижнем усієї економічної політики, а відтак важливим чинником спроможності держави забезпечити необхідний рівень якості життя та відповідний стан економіки.

В той же час досліджуючи механізм державної підтримки діяльності у сфері охорони здоров'я, слід виходити з новел Конституції України, зокрема ст. 49 та з того, що поняття «державна підтримка суб'єктів господарювання» знаходиться у тісному зв'язку із поняттям «спеціальний режим господарювання», при цьому останній є значно ширшим за обсягом засобів державного впливу на сферу господарювання. В свою чергу державна підтримка суб'єктів господарювання має на увазі реальний ресурс, до якого можна віднести: державне кредитування виробничої діяльності або закупівлі товару власного виробництва тощо; податкові пільги, в тому числі ресурс «упущеної вигоди»; застосування і господарській діяльності лізингових операцій, шляхом створення державних лізингових компаній для оновлення основних фондів, в тому числі шляхом закупівлі медичного обладнання. На відміну від цього спеціальний режим господарювання є більш комплексним не тільки за колом засобів організаційно-господарського впливу з боку держави але і за створюваними для цього комплексними правовими механізмами реалізації.

В ст. 10 ГК України регламентовані основні форми та методи державного впливу на розвиток господарських відносин. А саме, основними напрямками економічної політики, що визначаються державою, є: структурно-галузева політика, спрямована на здійснення державою прогресивних змін у структурі народного господарства, удосконалення міжгалузевих та внутрішньогалузевих пропорцій, стимулювання розвитку галузей, які визначають науково-технічний прогрес, забезпечують конкурентоспроможність вітчизняної продукції та зростання рівня життя населення. Складовими цієї політики є промислова, аграрна, будівельна та інші сфери економічної політики, щодо яких держава здійснює відносно самостійний комплекс заходів стимулюючого впливу; інвестиційна політика, спрямована на створення суб'єктам господарювання необхідних умов для залучення і концентрації коштів на потреби розширеного відтворення основних засобів виробництва, переважно у галузях, розвиток яких визначено як пріоритети структурно-галузевої політики, а також забезпечення ефективного і відповідального використання цих коштів та здійснення контролю за ним; амортизаційна політика, спрямована

на створення суб'єктам господарювання найбільш сприятливих та рівноцінних умов забезпечення процесу простого відтворення основних виробничих і невиробничих фондів переважно на якісно новій техніко-технологічній основі; політика інституційних перетворень, спрямована на формування раціональної багатокладної економічної системи шляхом трансформування відносин власності, здійснення роздержавлення економіки, приватизації та націоналізації виробничих фондів, забезпечення на власній основі розвитку різних форм власності і господарювання, еквівалентності відносин обміну між суб'єктами господарювання, державну підтримку і захист усіх форм ефективного господарювання та ліквідацію будь-яких протизаконних економічних структур; цінова політика, спрямована на регулювання державою відносин обміну між суб'єктами ринку з метою забезпечення еквівалентності в процесі реалізації національного продукту, дотримання необхідної паритетності цін між галузями та видами господарської діяльності, а також забезпечення стабільності оптових та роздрібних цін; антимонопольно-конкурентна політика, спрямована на створення оптимального конкурентного середовища діяльності суб'єктів господарювання, забезпечення їх взаємодії на умовах недопущення проявів дискримінації одних суб'єктів іншими, насамперед у сфері монопольного ціноутворення та за рахунок зниження якості продукції, послуг, сприяння зростанню ефективної соціально орієнтованої економіки; бюджетна політика, спрямована на оптимізацію та раціоналізацію формування доходів і використання державних фінансових ресурсів, підвищення ефективності державних інвестицій у народне господарство, узгодження загальнодержавних і місцевих інтересів у сфері міжбюджетних відносин, регулювання державного боргу та забезпечення соціальної справедливості при перерозподілі національного доходу; податкова політика, спрямована на забезпечення економічно обґрунтованого податкового навантаження на суб'єктів господарювання, стимулювання суспільно необхідної економічної діяльності суб'єктів, а також дотримання принципу соціальної справедливості та конституційних гарантій прав громадян при оподаткуванні їх доходів; грошово-кредитна політика, спрямована на забезпечення народного господарства економічно необхідним обсягом грошової маси, досягнення ефективного готівкового обігу, залучення коштів суб'єктів господарювання та населення до банківської системи, стимулювання використання кредитних ресурсів на потреби функціонування і розвитку економіки; валютна політика, спрямована на встановлення і підтримання паритетного курсу національної валюти щодо іноземних валют, стимулювання зростання державних валютних резервів та їх ефективне використання; зовнішньоекономічна політика, спрямована на регулювання державою відносин суб'єктів господарювання з іноземними суб'єктами господарювання та захист національного ринку і вітчизняного товаровиробника.

При цьому, необхідно зауважити, що зазначенні форми та методи регулюючого впливу держави на здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я повинні розглядати та впроваджуватися з урахування загальних принципів господарювання передбачених ст. 6 ГК України.

До методів регулювання господарської діяльності відносять: застосування дозвільної системи до окремих видів господарської діяльності з боку суб'єктів організаційно-господарських повноважень; залучення фармацев-

тичних підприємств незалежно від форм власності до виконання державних та регіональних цільових комплексних програм; антимонопольні заходи; застосування системи податків (податку на добавлену вартість, акцизного збору, податку на прибуток або доходи) і податкових пільг; грошово-кредитне регулювання; регулювання цін на деякі види фармацевтичної продукції аж до встановлення державних цін; використання норм амортизації та інших норм та нормативів.

Таким чином, механізм державної підтримки діяльності у сфері охорони здоров'я проявляється також в державній фармацевтичній політиці. Реалізація фармацевтичної політики може досягатися шляхом: стимулювання фармацевтичних підприємств до відродження промислового виробництва фармпродукції через оптимізацію форм власності, сприяння появі ефективного власника та заохочення до інвестування у промисловість; надання державної підтримки пріоритетним – напрямам розвитку фармацевтичної продукції; запровадження нових технологій, стимулювання фармвиробництва до інновацій; стимулювання до зменшення витрат, насамперед енерго- та матеріаломісткості – виробництва, зміни галузевої структури; підвищення конкурентоспроможності та розширення ринків збуту вітчизняної фармпродукції.

**Мокляк С.В.,**

*здобувач Науково-дослідного інституту вивчення проблем злочинності імені академіка В.В. Стайшиса Національної академії правових наук України*

### **ВЧИНЕННЯ ЗЛОЧИНУ ЗА ПОПЕРЕДНЬОЮ ЗМОВОЮ ГРУПОЮ ОСІБ ЯК ОКРЕМА КВАЛІФІКУЮЧА ОЗНАКА СКЛАДІВ ЗЛОЧИНІВ, ПЕРЕДБАЧЕНИХ СТАТТЯМИ РОЗДІЛУ XIII ОСОБЛИВОЇ ЧАСТИНИ КК УКРАЇНИ**

Сучасний етап розвитку нашої держави характеризується не лише складними умовами соціально-економічного характеру, проведенням анти-терористичної операції, реформуванням гілок влади, реформуванням правоохоронних органів, але значними змінами в системі законодавства України. Прийняті ЗУ «Про Національне антикорупційне бюро України» (Відомості Верховної Ради, 2014, № 47), ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо забезпечення діяльності Національного антикорупційного бюро України та Національного агентства з питань запобігання корупції» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 17), із змінами, внесеними згідно із Законом № 336-VIII від 21.04.2015 суттєво оновили зміст кримінально-правових заборон, якими встановлена відповідальність за корупційні правопорушення. Зазнав змін і Розділ XIII Особливої частини КК України.

Перш за все, слід вказати, що примітка до статті 45 «Звільнення від кримінальної відповідальності у зв'язку з дійовим каяттям», наводить вичерпний перелік так званих корупційних злочинів, якими відповідно вважаються злочини, передбачені статтями 191, 262, 308, 312, 313, 320, 357, 410, у випадку їх вчинення шляхом зловживання службовим становищем, а також злочини, передбачені статтями 210, 354, 364, 364-1, 365-2, 368-369-2 цього Кодексу». Слід звернути увагу на ту обставину, що законодавець до корупційних відніс чотири злочини, передбачені Розділом XIII Особливої



частини КК України (Злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення). Характеризуючи певні статті вказаного розділу, можна звернути увагу на ту обставину, що для значної групи складів притаманна така кваліфікуюча ознака складу як вчинення злочину за попередньою змовою групою осіб. Згідно статті 28 КК (Вчинення злочину групою осіб, групою осіб за попередньою змовою, організованою групою або злочинною організацією), злочин визнається вчиненим за попередньою змовою групою осіб, якщо його спільно вчинили декілька осіб (дві або більше), які заздалегідь, тобто до початку злочину, домовилися про спільне його вчинення. Така ознака міститься наприклад, при описанні складу злочину, передбаченого частинами другими, наприклад, статті 308 (Викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем), статті 309 (Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту), статті 311 (Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання прекурсорів), статті 312 (Викрадення, привласнення, вимагання прекурсорів або заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем). Іноді така ознака міститься в частині третій відповідної статті цього розділу, наприклад, стаття 313 (Викрадення, привласнення, вимагання обладнання, призначеного для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, чи заволодіння ним шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем та інші незаконні дії з таким обладнанням), стаття 321 (Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів).

Вказана кваліфікуюча ознака притаманна і злочинам, що вчиняються у сфері фармацевтичної діяльності. Так, частина 2 статті 321-1 (Фальсифікація лікарських засобів або обіг фальсифікованих лікарських засобів), та частина 2 статті 321-2 (Порушення встановленого порядку доклінічного вивчення, клінічних випробувань і державної реєстрації лікарських засобів) так само вказують на випадок вчинення цих злочинів за попередньою змовою групою осіб.

Виходячи з зазначеного, слід визнати, що законодавець вже неодноразово змінює антикорупційне законодавство та систему правоохоронних органів в цілому, що негативно впливає на практику протидії корупційним та іншим злочинам, в тому числі у сфері медичної та фармацевтичної діяльності.

В більшості випадків, окремі зміни та доповнення, особливо що стосуються статтей Загальної частини КК України, які виключають можливість звільняти від кримінальної відповідальності та від відбування покарання з випробуванням, мають надзвичайно великий ризик визнання їх антиконституційними та антигуманними.

Проте, враховуючи, що зміни відбулися протягом 2013-2015 років, існує нагальна потреба узагальнення практики застосування антикорупційно-

го законодавства та формулювання правил його застосування для практичних працівників.

*Рудяга І.М.,*

*здобувач кафедри господарського права*

*НІУУ ім. Я. Мудрого*

## **ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ ПРО ЗАЛІЗНИЧНИЙ ТРАНСПОРТ: СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ТА КОДИФІКАЦІЯ**

Специфіка транспорту як самостійної галузі матеріального виробництва полягає у тому, що ним не створюються матеріальні об'єкти, а забезпечується переміщення їх у просторі і, як наслідок, поєднання усіх галузей суспільного виробництва в єдину цілісну систему. Ефективне функціонування транспорту, в тому числі і залізничного, без перебільшення, є однією з найважливіших галузей національної економіки, необхідною умовою її стабілізації, задоволення потреб суспільного виробництва та населення у перевезеннях, розвитку зовнішньоекономічної діяльності та захисту економічних інтересів України.

Залізничний транспорт є універсальним видом транспорту для перевезень усіх видів вантажів. Він відрізняється високою провізною спроможністю, що робить його особливо ефективним при масових перевезеннях вантажів на великі і середні відстані. Це пояснюється поширеністю залізничного транспорту, його можливостями обслуговувати виробничі галузі господарства, а також задовольняти потреби населення в перевезеннях.

На залізничному транспорті України склалася струнка система транспортно-законодавства. Правова система залізниць України певним чином унікальна. Як система вона почала формуватися майже півтора століття тому. Слід зазначити, що коли на зміну царизму прийшов пролетарський лад і зруйнував усе, що стосувалося засад Російської імперії, стосовно залізничного законодавства була збережена послідовність. У першу чергу, це пояснюється тим, що залізничний транспорт завжди являв собою державну монополію, в зв'язку з чим була не потрібна націоналізація. Значна кількість нині діючих на залізницях України нормативних документів містить норми, що вперше з'явилися ще в період Російської імперії. Це стосується багатьох з положень Статуту залізниць, Правил перевезень, Правил технічної експлуатації та деяких інших документів.

Аналізуючи наявну нормативно-правову базу сучасного законодавства України з питань діяльності залізничного транспорту можна виділити наступні групи нормативно-правових актів за юридичною сілою:

– нормативно-правові акти Верховної Ради України – це Закони України «Про транспорт», «Про залізничний транспорт», «Про перевезення небезпечних вантажів», «Про особливості утворення публічного акціонерного товариства залізничного транспорту загального користування» та ін.;

– нормативно-правові акти Кабінету Міністрів України – це постанови «Про Порядок обслуговування громадян залізничним транспортом», «Про затвердження Статуту залізниць України», «Про затвердження Положення про Державну адміністрацію залізничного транспорту України», «Про утворення публічного акціонерного товариства «Українська залізниця» та ін.;

- нормативно-правові акти Президента України – це указ «Про Положення про Міністерство інфраструктури України»;
- міжнародні угоди з іншими державами та міжнародно-правові акти, ратифіковані та визнані Україною – це Конвенція про міжнародні залізничні перевезення, Угода про міжнародне залізничне вантажне сповіщення, Угода про міжнародне пасажирське сповіщення, Угода про спільне використання вантажних вагонів і контейнерів та ін.;
- нормативно-правові акти Міністерства інфраструктури України (локальне законодавство) – це здебільшого накази міністерства про затвердження правил, тарифів, порядків, положень, інструкцій, серед таких накази «Про затвердження Тарифів на перевезення пасажирів та багажу залізничним транспортом у міжнародному сполученні Схід-Захід», «Про затвердження Тарифів на перевезення пасажирів, багажу, вантажобагажу та пошти залізничним транспортом України», «Про затвердження Правил користування вагонами і контейнерами», «Про затвердження Правил реєстрації та експлуатації власних вантажних вагонів», «Про затвердження Правил перевезення пасажирів, багажу, вантажобагажу та пошти залізничним транспортом України», «Про затвердження Положення про систему управління безпекою руху поїздів у Державній адміністрації залізничного транспорту України», «Про затвердження Інструкції з улаштування та експлуатації залізничних переїздів» та ін.

Отже, законодавство про залізничний транспорт складається з великого масиву взаємопов'язаних між собою нормативно-правових актів різної юридичної сили, що регулюють дані відносини. Однак, така розгалужена система не завжди дозволяє ефективно використовувати вказані норми. Тобто кількісні параметри прийняття законів та інших нормативно-правових актів у залізничній галузі ще не свідчить про належну якість та ефективність регулювання таких відносин.

Слід зазначити, що систематизація нормативно-правових актів здійснюється на підставі певної системи принципів – обов'язкових вимог до цього виду юридичної діяльності. До таких принципів відносяться повнота, доцільність, оперативність, безперервність, професіоналізм здійснення та ін. Їх реалізація дозволяє суб'єктам систематизації досягти її мети – приведення нормативно-правових актів у впорядковану систему.

Процес систематизації законодавства у залізничній галузі має здійснюватися на засадах єдиного господарського механізму, що сформувався за попередніх соціально-економічних і політико-правових умов, і розглядатися як один із засобів підвищення ефективності правового регулювання відносин, що виникають у залізничній галузі, як новий етап у розвитку законодавства про транспорт, який повинен ґрунтуватися на методологічних принципах науковості, системності, функціональності.

У транспортній галузі, в тому числі і у залізничній, найдоцільніше, на мою думку, здійснювати систематизацію у формі кодифікації, яка являє собою особливу змістовну форму систематизації законодавства. Вона здійснюється шляхом перероблення та зведення правових норм, що містяться в різних актах, у логічно узгоджений нормативно-правовий акт, котрий системно і вичерпно регулює певну сферу суспільних відносин, як правило, на галузевому рівні.

Кодифікація – це найбільш складана і досконала форма систематизації законодавства, що має правотворчий характер. Кодифікація має виражену правотворчу природу, адже для цього процесу притаманні більшість ознак правотворчої практики.

Єдиний кодифікований акт дозволить упорядкувати нормативно-правовий масив, усунути неявні суперечності, уніфікувати правовий категоріальний апарат, забезпечити єдність термінологічно-мовного оформлення законодавчих актів, а також удосконалити національне законодавство та привести його у відповідність міжнародним стандартам. Здійснення систематизації законодавства в залізничній сфері шляхом кодифікації дозволить визначити й забезпечити весь спектр правового регулювання суспільних відносин пов'язаних з організацією та здійсненням процесу перевезення.

Слід звернути увагу, що саме кодифікація, як один із способів систематизації та форма розвитку законодавства, стає пріоритетним напрямом законодавчої політики і законотворчої діяльності в Україні за останні роки незалежності. Про це свідчить прийняття на новій нормативній базі цілої низки кодексів у тих галузях законодавства, що вже були раніше кодифіковані за часів радянського періоду, так можна виділити Цивільний кодекс України, Кримінальний процесуальний кодекс України, Господарський кодекс України та ін.

*Харківська К.В.,*

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

## **МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СВОБОДИ КОМЕРЦІЙНОГО ГОСПОДАРЮВАННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ПРОМИСЛОВОСТІ**

Зміст правового забезпечення господарської діяльності у фармацевтичній промисловості виявляється в чіткому, послідовному й однозначному здійсненні суб'єктами організаційно-господарських повноважень публічного права повноважень щодо упорядкування правовідносин, які виникають у сфері реалізації конституційного права на здійснення господарської діяльності з метою отримання прибутку та утворення дійової системи державних гарантій щодо підтримки і сприянню комерційної господарської діяльності. Правове забезпечення створює те середовище, в якому діє суб'єкт господарювання, гарантуючи йому державний захист прав власності, рівність прав і свободу комерційного господарювання, вільну і законну конкуренцію, державну підтримку.

Правове забезпечення діяльності суб'єктів комерційного господарювання має стати правовою стратегією держави, суб'єктів організаційно-господарських повноважень публічного права, суб'єктів господарювання, яка включає правила, способи і методи регулювання господарських відносин; закріплення господарського правопорядку в економіці; дотримання умов законодавства, договірних відносин, національних і регіональних програм соціально-економічного розвитку. Закони та інші нормативно-правові акти забезпечують реалізацію механізму правового регулювання і спрямовані на створення умов для правового господарювання й ефективного управління економікою на основі

Одним із найважливіших принципів поведінки на ринку є принцип свободи підприємництва. Останній забезпечується певними правами підприємства, а саме: 1) можливістю ініціативної, самостійної, здійснюваної на свій ризик і під свою майнову відповідальність економічної діяльності будь-якого дієздатного громадянина держави, громадян інших держав у межах правових повноважень, а також будь-якої групи громадян (партнерів), що об'єднуються для колективного підприємництва (акціонерні товариства, орендні колективи, спілки); 2) самостійністю організації виробництва (вибір напрямків діяльності, постачальників, посередників, споживачів виготовленої продукції чи послуг) та його ресурсним забезпеченням (використання з цією метою власного майна, залучення на добровільних засадах майна юридичних осіб і громадян, а також будь-яких інших ресурсів); 3) самостійністю у прийнятті будь-яких господарських рішень, комерційною свободою ціноутворення, виходячи з економічної вигоди і ринкової кон'юнктури, правом визначення шляхів і способів реалізації продукції, у тому числі експортованих товарів і послуг; 4) реальним правом розпорядження майном, а також прибутком, що залишається після сплати податків та інших платежів, установлених законом.

При цьому, правове забезпечення фармацевтичного господарювання опосередковується двома напрямками регулюючого впливу держави: 1) регламентування порядку реалізації права на здійснення фармацевтичної діяльності, гарантуючи її непорушність і визначаючи правовий статус суб'єктів фармацевтичного господарювання; 2) визначення цілей, організаційно-правових засобів, методів і прийомів регулюючого впливу держави на упорядкування відносин щодо здійснення фармацевтичної діяльності.

В цьому контексті, під ефективністю господарсько-правового забезпечення фармацевтичної діяльності слід розуміти наявність очікуваного результату від впровадження господарського законодавства у цій сфері економіки для досягнення поставленої мети за рахунок реалізації тих правових засобів, які визначені законодавством.

Виходячи з цього визначення, змістом ефективності законодавства щодо правового забезпечення фармацевтичної діяльності є реалізація комплексу господарсько-правових засобів та механізмів для досягнення наступних цілей: підвищення конкурентоспроможності фармвиробників; насичення внутрішнього ринку якісними, ефективними лікарськими засобами та виробами медичного призначення; забезпечення право громадян на доступну фармацевтичну продукцію; сприяння здійсненню зовнішньоекономічної фармацевтичної діяльності та підвищення експортного потенціалу; кваліфікованої реалізації господарської компетенції суб'єктами організаційно-господарських повноважень.

Однак ефективність національної економіки досягається як за рахунок оптимального змісту законодавства і мінімізації негативних наслідків при його реалізації, так і за наявності ефективного господарсько-правового механізму із забезпечення виконання урядових, галузевих і регіональних соціально-економічних програм.

Метою реалізації нормативно-правового забезпечення повинно бути створення сприятливих умов для здійснення комерційного господарювання з одночасним забезпечення дотримання господарської компетенції

суб'єктами організаційно-господарських повноважень публічного права у сфері дотримання регуляторної політики з метою встановлення господарського правопорядку.

В свою чергу, господарсько-правове забезпечення фармацевтичної діяльності потребує удосконалення: 1) норм, які визначають правовий статус суб'єктів фармацевтичного господарювання в ході реалізації ними своєї господарської компетенції й оптимізації регулюючого впливу держави; 2) сутності, змісту й ефективності господарського законодавства в напрямку фармацевтичної діяльності; 3) визначення змісту й ефективності адміністративно-господарської відповідальності в цій сфері; 4) господарсько-правового механізму забезпечення реалізації й захисту економічних і соціальних прав та інтересів суб'єктів фармацевтичного господарювання; 5) удосконалення правових основ діяльності суб'єктів організаційно-господарських повноважень та їх господарської компетенції в цій сфері; 6) нормативно-правового забезпечення щодо недопущення зловживання суб'єктами організаційно-господарських повноважень; 7) дотримання балансу публічних та приватних інтересів при здійсненні фармацевтичної діяльності; 8) сприяння адаптації національного законодавства щодо фармацевтичної господарської діяльності до вимог законодавства ЄС.

*Череповський Е.,*

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

## **ОРГАНІЗАЦІЙНО-ГОСПОДАРСЬКЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОМИСЛОВОЇ ПОЛІТИКИ**

Слід зауважити на достатньо складну діалектичну природу відносин між державою та сферою економічних відносин, адже держава з однієї сторони є зовнішнім суб'єктом, ціла низка функцій якого пов'язана із «зовнішнім» управлінням, регулюванням економічними процесами, з іншої – державу можна розглядати, як цілком внутрішню, невід'ємну складову економічної системи, без керуючого впливу з боку якої сама система в сучасних умовах є нежиттєздатною. До цього слід додати також і пряму господарську форму діяльності держави в частині функціонування державного сектору економіки, утримання складного інфраструктурного комплексу країни, його окремих складових, зокрема, транспортного, передачі електричної енергії, телекомунікаційних мереж, дамб, мостів, доріг та багато інших публічно значимих об'єктів технічної інфраструктури національної економіки.

Отже, державна економічна політика реалізується через застосування державою окремих відносно усталених комплексів засобів приватно-правового та публічно-правового регулювання. Серед таких комплексів можна виділити: 1) Сфери переважно приватноправового регулювання, де роль держави виявляється через його законодавче забезпечення. Публічно-правове регулювання зведене до мінімуму; 2) Сфери переважно приватно-правового регулювання де держава однак стимулює створення суб'єктами господарювання саморегульованих організацій з делегуванням ним окремих регулятивних повноважень, що зазвичай притаманні компетенції відповідних органів державної виконавчої влади; 3) Сфери, де існує необхідність створення спеціальних інститутів, за допомогою яких утворюється склад-

на інфраструктура ринку окремих послуг, завдяки якій такі ринки можуть функціонувати. Так реалізація державою інвестиційної політики як напряду державної економічної політики поставила питання про створення певної низки видів інвестиційних посередників – інституціональних інвесторів в достатньо складних, специфічних організаційно-правових формах. Маються на увазі, наприклад, корпоративні інвестиційні фонди, недержавні пенсійні фонди тощо; 4) Державна економічна політика реалізується в окремих сферах ринку через створення спеціальних органів державної виконавчої влади з широким спектром функціонально-владного забезпечення залежно від особливостей економічного процесу та бажаних показників кількісного та якісного економічного зростання у відповідній й сфері; 5) Сфера застосування засобів державного регулювання, що є публічно-правовим за своєю природою і є найбільш впливовими чинниками реалізації економічної політики держави. Мається на увазі засоби основні, з яких перелічені в ст. 12 ГК України, а спеціальні містяться в актах поточного господарського Законодавства; 6) Сфера, де держава вважає за необхідне здійснювати безпосередню господарську діяльність через створення і функціонування підприємств державної форми власності. Діяльність суб'єктів господарювання держави може здійснюватись на виключних (монопольних) засадах, але також і на засадах рівної конкуренції з недержавними суб'єктами господарювання. В останньому випадку держава отримує можливість безпосередньо впливати на ринкову кон'юнктуру, протидіяти антиконкурентним узгодженим діям інших учасників ринку.

Отже, під механізмом реалізації промислової фармацевтичної політики держави слід розуміти сукупність засобів та методів впливу на функціонування та розвитку економічної політики з метою досягнення цілей відповідної промислової політики. Основними складовими відповідного механізму є законодавчо-правовий, організаційний, економічний, соціальний та інші елементи, які взаємодіють між собою з метою досягнення цілей економічної політики в промисловості. Тому, вважаємо за необхідне детальніше розглянути основні характеристики базових елементів механізму реалізації економічної політики в промисловості та їх взаємозв'язок. Центральним моментом в аналізі промислової фармацевтичної політики є наявність проблеми для аналізу, тобто якоїсь ситуації, що потребує втручання з боку тих чи інших органів влади. Взагалі окремим питанням є те, чи повинна влада брати на себе ту чи іншу проблему, чи вона може бути вирішена без державного втручання. На етапі формулювання цілей слід виходити із цінностей, які декларуються в суспільстві (інколи в якості цінностей виступають стратегічні пріоритети промислової політики), під кутом зору саме цінностей здійснюється її аналіз. Виходячи з цілей, розробляються альтернативні шляхи досягнення цілей, які включають сукупність конкретних завдань і заходів – конкретних кроків, які треба здійснити для вирішення проблеми.

Формування та втілення державної фармацевтичної політики відбувається через прийняття організаційно-господарських рішень. Не випадково, відповідно до ст. 4 Закону України «Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні», можна відокремити такі Стратегічними пріоритетні напрями на 2011-2021 роки: 1) освоєння нових технологій транспортування енергії, впровадження енергоефективних, ресурсозберігаючих технологій,

освоєння альтернативних джерел енергії; 2) освоєння нових технологій високотехнологічного розвитку транспортної системи, ракетно-космічної галузі, авіа- і суднобудування, озброєння та військової техніки; 3) освоєння нових технологій виробництва матеріалів, їх оброблення і з'єднання, створення індустрії наноматеріалів та нанотехнологій; 4) технологічне оновлення та розвиток агропромислового комплексу; 5) впровадження нових технологій та обладнання для якісного медичного обслуговування, лікування, фармацевтики; 6) широке застосування технологій більш чистого виробництва та охорони навколишнього природного середовища; 7) розвиток сучасних інформаційних, комунікаційних технологій, робототехніки. Згідно з ч. 2 ст. 2 цього Закону, пріоритетні напрями інноваційної діяльності поділяються на стратегічні та середньострокові пріоритетні напрями. Стратегічні пріоритетні напрями затверджуються ВРУ на період до 10 років, а середньострокові пріоритетні напрями визначаються на період до 5 років і спрямовані на виконання стратегічних пріоритетних напрямів. Середньострокові пріоритетні напрями загальнодержавного і галузевого рівнів реалізуються шляхом формування та виконання державних цільових програм, державного замовлення та окремих інноваційних проектів.

В свою чергу, відповідно до ст. 3 Закону України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки», пріоритетними напрямами розвитку науки і техніки на період до 2020 року визначено: 1) фундаментальні наукові дослідження з найбільш важливих проблем розвитку науково-технічного, соціально-економічного, суспільно-політичного, людського потенціалу для забезпечення конкурентоспроможності України у світі та сталого розвитку суспільства і держави; 2) інформаційні та комунікаційні технології; 3) енергетика та енергоефективність; 4) раціональне природокористування; 5) науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань; 6) нові речовини і матеріали.

Однак, необхідність реалізації завдань фармацевтичної політики у сфері фармвиробництва обумовлює необхідність застосування такого інструменту господарсько-правового регулювання, як організаційний, тобто створення системи інституалізації. Органи організаційно-господарського забезпечення, реалізуючи свої функціональні повноваження, у свою чергу, здійснюють суб'єктивний вплив на об'єкти господарсько-правового регулювання.

**Шпаков В.В.,**

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

### **ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ В СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ГОСПОДАРСЬКИХ ВІДНОСИН ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СФЕРИ**

Згідно з ст. 13 Конституції України держава виконує функцію організації господарського життя суспільства. Тому відносини з державного регулювання економіки є складовою сфери господарських відносин. Саме такі відносини і є організаційно-господарськими. В свою чергу, результативність механізму державного впливу на економічний розвиток значною мірою залежить від дієздатності самої системи організаційно-господарського забезпечення. В цьому контексті необхідно відзначити, що першоосновою



системи економічної політики держави є законодавча база, що визначає взаємовідносини учасників господарських відносин. Проте, на сучасному етапі економічного розвитку держава через законодавчу базу проводить політику, спрямовану на підвищення господарської самостійності учасників господарських відносин. Водночас вона координує діяльність суб'єктів організаційно-господарських повноважень на основі визначення механізмів державного регулювання. Державне регулювання можна визначити як головну функцію організаційно-господарського забезпечення, спрямовану на досягнення соціально-економічної стабільності, забезпечення національних конкурентних переваг, адаптацію ринкового механізму до реально мінливих умов господарювання. Державне регулювання здійснюється суб'єктами організаційно-господарського забезпечення і включає систему спеціальних заходів нормативно-правового, виконавчого і контролюючого характеру.

Між тим, система важелів має забезпечити рівновагу між економічною доцільністю та соціальною ефективністю. Крім того, господарські важелі повинні враховувати специфіку кожної сфери національної ринкової системи та кожної галузі національної економіки. Тому формується досить складна ієрархічна система узгоджених між собою господарських регуляторів впливу на розвиток національної економіки. При цьому, економічні функції держава реалізує за допомогою економічної політики. Політика держави є концентрованим вираженням економіки і з метою підвищення її ефективності повинна не тільки відповідати сучасним реаліям, але і працювати на випередження.

В цьому контексті, аналізуючи розвиток відносин держави та національної економіки, з точки зору господарського законодавства, можна чітко побачити в цьому процесі такі головні тенденції: посилення державного регулювання всієї економічної системи суспільства та зростання ролі економічної політики держави; формування державного та комунального секторів економіки; нарощування обсягу соціальних функцій держави.

Зазначені тенденції і процеси стали головними передумовами до зростання регулюючого впливу держави в економіці.

Зміст і поняття суб'єкта організаційно-господарських повноважень визначають за допомогою ст. 176 ГК України «Організаційно-господарські зобов'язання», в якій зазначено, що організаційно-господарськими визнаються господарські зобов'язання, які виникають у процесі управління господарською діяльністю між суб'єктом господарювання та суб'єктом організаційно-господарських повноважень, в результаті яких зобов'язана сторона має здійснити на користь другої сторони певну управлінсько-господарську (організаційну) дію або утриматися від певної дії, а управномочена сторона має право вимагати від зобов'язаної сторони виконання її зобов'язків.

Організаційно-господарські відносини виступають в якості провідних ознак господарського механізму в системі державного регулювання. Вони складаються з приводу господарської діяльності. В цьому контексті правовий механізм державного регулювання є складною, багатоаспектною категорією, що не замикається лише рамками організаційно-господарських відносин, які функціонують у сфері конкретних господарських дій і зв'язків. Він інтегрує не тільки базисні відносини, а й певні елементи продуктивних

сил і надбудови. Як наслідок, правовий механізм державного регулювання є найважливішим елементом організаційно-господарських відносин. Якщо уявити сучасну систему державного регулювання національної економіки як змішану, то вона повинна містити такі самостійні підсистеми господарювання: підсистему, що базується на виконанні державних та регіональних програмних документів та ринкову підсистему господарювання. Кожній з таких підсистем відповідає адекватний господарський механізм – ринковий саморегулюючий механізм та механізм регулюючого впливу держави на господарські відносини. Залежно від того, яка підсистема з відповідним господарським механізмом має найбільшу питому вагу, характеризується і вся господарська система. В цій ситуації важливо знайти рівновагу між ринковим саморегулюванням та регулюючим впливом держави. Більш-менш рівне співвідношення ринкового саморегулювання та регулюючого впливу держави характеризує систему змішаної економіки, де відбувається взаємодія відповідних організаційно-господарських механізмів, в результаті чого формується відповідний господарський механізм національної економіки.

Висловлюючи сутнісні риси законів ринкової економіки, взаємозв'язків ринкового саморегулювання та регулюючого впливу держави, правовий механізм державного регулювання в той же час виступає як інтегративна форма їх прояву. Це потрібно розуміти таким чином, що на поверхні господарської системи правовий механізм державного регулювання являє собою сукупність організаційно-господарських відносин, за допомогою яких відповідні органи, в тому числі й держава здійснює функцію управління, контролю тощо. Але з цієї точки зору правовий механізм державного регулювання це не проста сукупність організаційно-господарських відносин, а явище, яке відображає взаємозв'язок між ними, тобто являють собою господарську систему.

Розуміння правового механізму державного регулювання в сфері господарської діяльності не заперечує, а навпаки, доповнює уявлення про нього як про систему організаційно-господарських відносин. В даному випадку йдеться про новий рівень його пізнання, де зміст правового механізму державного регулювання досліджується крізь призму форм організаційно-господарських відносин. Визначаючи єдність організаційно-господарських відносин і форм їх прояву, правовий механізм державного регулювання в той же час має внутрішню специфічну логіку розвитку як з боку організаційно-господарських відносин, так і з боку форм прояву регулюючого впливу держави.

Таким чином, організаційно-господарські відносини являють зміст правового механізму регулюючого впливу держави, а форми забезпечення організаційно-господарської діяльності – це спосіб існування, функціонування і розвитку всієї правової системи національної економіки. Організаційно-господарські відносини безпосередньо впливають на перетворення об'єктивної сторони правового механізму державного регулювання на суб'єктивні. Вони прямо вступають у взаємодію з відповідними факторами господарської діяльності, їх удосконалення, що безпосередньо слугує фактором розвитку організаційно-господарських відносин.

*Близнюк В.С.,  
студент магістратури  
ПІОІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

## **КВАЛІФІКАЦІЯ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ (ПРОВІЗОРІВ І ФАРМАЦЕВТІВ)**

У наш час переміни у професійному житті працівників відбуваються майже кожного дня, тому керівникам потрібно працювати над створенням системи безперервного професійного навчання своїх підлеглих для того, щоб підтримувати високий рівень конкурентоспроможності своєї організації на ринку. Сьогодні на більшості українських підприємств працюють спеціалісти вузького профілю, тому постає необхідність постійного процесу підвищення кваліфікації працівників, їх навчання.

Особливою умовою при працевлаштуванні на підприємство фармацевтичної галузі є наявність фармацевтичної освіти. У ст. 74 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» визначено: «Фармацевтичною діяльністю можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним вимогам».

Так як робота з медикаментами суворо регламентується і ліцензується державою, працювати з ними можуть тільки фахівці з вищою і середньою спеціальною фармацевтичною освітою – провізори і фармацевти.

Наказ МОЗ від 31.10.2011 № 723 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами», а саме п.4.4 зазначає, що аптечні заклади повинні мати укомплектований штат працівників, які відповідають певним вимогам. Дані вимоги викладені у пункті 4.1. « Особи, які безпосередньо займаються виробництвом лікарських засобів в умовах аптеки, оптовою і роздрібною торгівлею лікарськими засобами повинні мати: а) диплом про фармацевтичну освіту; б) сертифікат про присвоєння звання провізора-спеціаліста або повинні бути атестовані за цією спеціальністю з присвоєнням кваліфікаційної категорії ».

Відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, який затверджений наказом МОЗ України від 29.03.2002 р. провізор забезпечує населення та лікувально-профілактичні заклади лікарськими засобами та іншими товарами медичного призначення, виготовляє та контролює якість лікарських засобів. Проводить інвентаризацію товарно-матеріальних цінностей. Керує роботою середнього фармацевтичного персоналу тощо.

До провізора висувають такі кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта за напрямом підготовки та спеціальністю «Фармація». Спеціалізація за фахом «Провізор загального профілю». Наявність сертифіката провізора-спеціаліста.

Для отримання професії фармацевта потрібна неповна або базова вища освіта за напрямом підготовки та спеціальністю «Фармація». Для обох категорій працівників стаж роботи є обов'язковим.

Фармацевт приймає і реалізовує лікарські засоби, що підлягають відпуску без рецептів згідно з чинним законодавством, а також товари медичного призначення тощо. Виготовляє лікарські форми за індивідуальними

рецептами. Здійснює первинний облік господарських операцій. Проводить інвентаризацію товарно-матеріальних цінностей.

Сьогодні в Україні, поширене самолікування, коли хворий унаслідок ряду причин відразу звертається до провізора, минаючи лікаря. Наказом МОЗ від 11.10.2013 № 875 затверджено протоколи провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів, які рекомендовано аптечним закладам усіх форм власності використовувати в практичній діяльності в якості інформаційного посібника. Працівник аптеки при зверненні пацієнта має оцінити його потреби, підібрати безрецептурний препарат для симптоматичного лікування, надати хворому належну інформацію про лікарський засіб або виявити загрозливі симптоми, які вимагають негайного звернення до лікаря.

Ще однією умовою діяльності працівників аптечних закладів є необхідність регулярно проходити підвищення кваліфікації та брати участь у навчальних програмах для підвищення рівня професійної компетенції. Виконання цієї умови сприяє доведенню рівня професіоналізму провізорів і фармацевтів до сучасних вимог ринку.

В Україні підвищення кваліфікації та атестація провізорів і фармацевтів регламентується законодавством. Стаття 78 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» зазначає, що фармацевтичні працівники зобов'язані постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності.

Також Міністерством охорони здоров'я України прийнято основний нормативно-правовий документ, що встановлює порядок та строки проведення атестації цих категорій працівників – Наказ МОЗ України від 12.12.2006 № 818 «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів», яким затверджені Положення про порядок проведення атестації провізорів та Положення про порядок атестації фармацевтів.

Проаналізувавши вищезазначені нормативні акти, необхідно зазначити, що атестація фармацевтів проводиться з метою підвищення відповідальності за ефективність та якість роботи, професійного рівня та ефективності медичної допомоги населенню.

Установлюються такі види атестації: 1) атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії; 2) атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії проходять фармацевти, які мають відповідний стаж роботи за спеціальністю. Фармацевти, яким присвоєна кваліфікаційна категорія, проходять атестацію один раз на п'ять років. До такої атестації допускаються фармацевти, які закінчили протягом року перед атестацією курси підвищення кваліфікації у навчальному закладі післядипломної освіти або на факультеті післядипломної освіти.

Положенням про порядок проведення атестації провізорів передбачаються такі види атестації: 1) атестація на визначення рівня знань та практичних навиків з присвоєнням фаху “провізор-спеціаліст”; 2) атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії; 3) атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Провізори, які протягом року після закінчення 5-річного строку з моменту попередньої атестації не подали документи на чергову атестацію підлягають атестації на визначення рівня знань та практичних навиків з під-

твердження фаху «Провізор-спеціаліст». Особи, яким присвоєна кваліфікаційна категорія, проходять атестацію на її підтвердження не рідше одного разу на 5 років.

Атестації на визначення рівня знань та практичних навиків з присвоєнням фаху «провізор-спеціаліст» підлягають особи, які закінчують навчання в інтернатурі та через кожні п'ять років після проходження курсів підвищення кваліфікації, якщо провізор не атестується на кваліфікаційну категорію. Зазначена атестація з присвоєнням фаху «провізор-спеціаліст» має передувати зайняттю особою провізорської посади в закладах охорони здоров'я.

Щодо атестації на присвоєння кваліфікаційних категорій, то до неї допускаються провізори-спеціалісти, які закінчили передатестаційний цикл у навчальному закладі післядипломної освіти. Кваліфікаційні категорії присвоюються провізорам зі стажем роботи за цією спеціальністю, відповідно 5, 7 та 10 років.

Атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії підлягають провізори, яким присвоєні кваліфікаційні категорії, у строк до 5 років з дня проведення попередньої атестації.

Поряд з цим, законодавством передбачена можливість перепідготовки провізорів-спеціалістів за новими провізорськими спеціальностями. Наприклад, провізор-спеціаліст, що отримав кваліфікацію «Загальна фармація» та має бажання в подальшому працювати на посаді завідуючого аптекою повинен пройти спеціалізацію або перепідготовку на спеціальність «Організація і управління фармацією».

Згідно з «Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників, завідуючий аптекою повинен відповідати таким кваліфікаційним вимогам: мати повну вищу освіту за напрямом підготовки та спеціальністю «Фармація»; проходження інтернатури за спеціальністю «Провізор загального профілю» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-організатор»; підвищення кваліфікації; наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності; стаж роботи за фахом – не менше 5 років.

Отже, лише ті фахівці, які пройшли атестацію на кваліфікаційну категорію «Організація і управління фармацією» мають право працювати на посаді керівника аптечного закладу.

Таким чином, підсумовуючи все вищезазначене, можна сказати, що забезпечення якості лікарських засобів та належної фармацевтичної допомоги у процесі їх реалізації передбачає відповідні вимоги до працівників та потребує висококваліфікованих професійних знань, умінь і навичок. Так як професія фармацевта (провізора) стає на сьогодні все більш значущою, актуальним залишається питання поліпшення професіоналізму й компетентності фахівців фармації, шляхом підвищення кваліфікації.

*Науковий керівник – д.ю.н., проф. Пашков В.М.*

*Близнюк В.С.,  
студент магістратури  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **СУТНІСТЬ «ОБХОДУ ЗАКОНУ» В МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ**

На сьогодні в міжнародному приватному праві питання «обходу закону» є гострою проблемою, яка полягає у використанні зацікавленими особами функцій колізійного регулювання на свій власний розсуд з метою: спровокувати застосування до своїх правовідносин матеріальних норм бажаного правопорядку і, таким чином, уникнути дії норм іншого правопорядку, що «обходиться». Це досягається шляхом умисного, здебільшого, штучного створення відповідних підстав для застосування необхідних матеріальних норм.

Дослідженням даного питання на теоретичному рівні займалися такі науковці як А.І. Абдулліна, В.В. Балдинюк, Г. Батіфоля, М.М. Богуславський, О.М. Васильєва, В.І. Кисіль, Б.М. Криволапова, Л. Лене, Т.Н. Нешатаєва, В.П. Пастухова, Б.С. Стичинський, А.О. Філіпе<sup>2</sup> в та ін.

В доктрині міжнародного приватного права відсутнє певне єдине визначення поняття обходу закону. Окремі науковці розглядають обхід закону як різновид зловживання правом, тобто це така можлива поведінка, яка не була врахована законодавцем при встановленні юридичних прав та обов'язків у контексті врегулювання відповідних суспільних відносин.

Такий вчений, як Балдинюк В.В. пропонує поняття обходу закону як соціально-правового феномену, який несе в собі відображення дії особи з порушенням приписів МПРП з умислом або без нього; з умисного створення фактичних обставин через прихований намір; з помилкової кваліфікації створених фактичних обставин, об'єктом яких є колізійна норма [1].

О.І. Муранов використовує термін «обхід закону» в якості образного збірного вислову для позначення цілої низки неправомірних дій, яким у різний спосіб намагаються надати видимість правомірності [2].

На думку Є.Д. Суворова, обхід закону являє собою : 1) дії, що порушують закон при його тлумаченні не за буквою, а за змістом; 2) правопорушення, відмінною ознакою якого є маскування під правомірну дію.

Отже, можна сказати, що обхід закону означає усвідомлене створення хоча б однією стороною правовідносин, підстав для застосування закону тієї правової системи, яка «лояльніше» визначає певний правовий статус. Адже, коли примусова юридична норма перешкоджає досягненню переслідуваної мети, зацікавлені особи намагаються обійти цю норму, створюючи для цього такий фактичний склад справи, до якого ця норма непридатна і який забезпечує той економічний або соціальний результат, який їм необхідний.

Найчастіше за все обхід закону здійснюється у сфері сімейного права, спадкового права та в інших галузях, де національне законодавство відрізняється значною своєрідністю. За допомогою такої процедури може вилучатися дія норм, які забороняють розлучення, усиновлення, шлюб тощо.

Класичним прикладом обходу закону у міжнародному приватному праві на сьогодні вважається справа французької принцеси Бофремон. Її суть полягає у тому, що так як Франція у 1878 році не знала інституту розлучення, то принцеса, прагнучи розлучитися зі своїм першим чоловіком, виїхала

до Німеччини, набула громадянства Німеччини, розлучилася з ним відповідно до законодавства цієї держави.

Застереження про неприпустимість обходу закону в МПРП на законодавчому рівні почали закріплюватися ще у кінці XIX ст. Перші відповідні норми з'явилися у законодавствах Іспанії, держав Латинської Америки. Згодом дане положення було закріплено у відповідних законах Румунії, Тунісу, Бельгії, Чехії, Казахстану, Республіки Білорусь.

Але, як зазначає Л. А. Лунц, деяке законодавство не регулює питання про наслідки обходу закону в МПРП. Зокрема, положення про обхід закону відсутні у кодифікаціях Австрії, ФРН, Швейцарії та США.

Щодо України можна сказати, що прийнятий 23 червня 2005 р. Закон України «Про міжнародне приватне право» привніс до вітчизняної правової системи низку ранише не відомих інститутів права, зокрема й інститут обходу закону.

Відповідно до п. 9 ч. 1 ст. 1 вищезазначеного нормативно-правового акту: «Обхід закону – це застосування до правовідносин з іноземним елементом права іншого, ніж право, передбачене відповідним законодавством». Наслідки такого обходу викладено у ст. 10 цього Закону, відповідно до якої правочин та інші дії учасників приватноправових відносин, спрямовані на підпорядкування цих відносин праву іншому, ніж те, що визначається згідно із цим Законом, в обхід його положень, є нікчемними.

Визначення обходу закону вступає в протиріччя із закріпленням у ст. 5 Закону України «Про МПРП» принципом автономії волі, згідно з яким у випадках, передбачених законом, учасники відносин можуть самостійно здійснювати вибір права до таких правовідносин, відходячи, по суті, від встановлених законодавцем колізійно-правових приписів. Також дане визначення не містить ключових ознак, характерних для інституту обходу закону в МПРП.

Так, вітчизняний дослідник В.В. Балдинюк пропонує змінити формулювання п.9 ч.1 ст.1 Закону України «Про міжнародне приватне право» і викласти його в такій редакції: «обхід закону – це дії осіб (особи) по порушенню правил цього Закону з умислом або без нього, по умисному створенню фактичних обставин (обсягу колізійної норми) через прихований намір, волю (удавані дії), по помилковій кваліфікації».

Отже, насамкінець можна зробити висновок про те, що обхід закону виступає одним із регуляторів приватноправових відносин, ускладнених іноземним елементом і його виникнення зумовлено неможливістю заборонити учасникам здійснювати дії, що можуть вплинути на прив'язку правовідносин до певного правопорядку.

#### **Література:**

1. Про міжнародне приватне право: Закон України від 23.06.2005 № 2709-IV – [Електронний ресурс]– Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2709-15>

2. Балдинюк В. В. Забезпечення застосування колізійної норми: кваліфікація, зворотне відсилання, обхід закону в міжнародному приватному праві: автореф – [Електронний ресурс]– Режим доступу : <http://www.irbisnbuv.gov.ua>

З.Муранов А.И. «Обход закона» в международном частном праве: мнимость актуальности и надуманность проблем / А.И. Муранов: – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://mgimo.ru/files/15292/muranov\\_27.pdf](http://mgimo.ru/files/15292/muranov_27.pdf)

*Науковий керівник – ас. Гринько П.О.*

*Дейнеко Т.М.,  
студент магістратури  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ**

Страховання професійної відповідальності медичних працівників є новим явищем для України. Здебільшого його досліджують з боку добровільного страхування лікарів, які займаються приватною медичною практикою. Саме тому, проблеми та перспективи впровадження страхування професійної відповідальності в Україні не зазнали ґрунтовного теоретичного аналізу. Говорячи про страхування у медичній сфері, на сьогодні в першу чергу звертають увагу саме на введення в Україні загальнообов'язкового медичного соціального страхування, в той час як важливими питаннями залишаються і професійні гарантії надавачів медичної допомоги.

Світовий досвід вказує, що страхування відповідальності лікарів стало дієвим видом вирішення можливих проблем у медико-правових відносинах. У країнах з розвинутою системою медичного обслуговування (США, Великобританія) таке страхування є обов'язковим для всіх хто здійснює медичну практику. Досвід функціонування інституту страхування професійної відповідальності в інших країнах вказує, що навіть добровільність страхування не зменшує його ефективності, оскільки, більшість лікарів намагається застрахувати свою відповідальність. Як правило, такий вид страхування є обов'язковим для працевлаштування до медичного закладу, який вимагає цього як гарантію того, що лікар має можливість нести фінансову відповідальність за власні помилки [1, с. 369].

У Європі концепцію страхування відповідальності за шкоду, здійснену без провини страхувальника, вперше було запроваджено в Швеції, де було створено Консорціум страхових компаній із відшкодування шкоди, завданої невдалим лікуванням, який здійснює відшкодування фізичної шкоди, що була завдана медичним втручанням [2].

Модель гарантованої компенсації, яка досі вважається найбільш вдалою, з деякими змінами запозичили Фінляндія (1987 р.), Норвегія (1988 р.) та Данія (1992 р.).

У Фінляндії було прийнято закон про збитки, завдані пацієнту, відповідно до якого, пацієнту компенсується будь-яка шкода, заподіяна внаслідок медичного втручання або відсутності медичної допомоги, а також внаслідок нещасного випадку у ході огляду, лікування або санітарного перевезення, у тому числі через дефекти медичного обладнання. Даним законом було впроваджено систему обов'язкового страхування відповідальності без доказів винності страхувальника. Незастрахований медичний працівник сплачує значний штраф у розмірі, який перебільшує суму його внесків за період, коли він не був застрахований.



З огляду на особливості правової системи України, страхування професійної відповідальності медичних працівників доцільно будувати на поєднанні добровільного та обов'язкового страхування.

Так, з огляду на недостатність фінансування української медицини, доцільним було б запровадження обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних працівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що, водночас, не виключало б добровільності страхування відповідальності працівниками приватних клінік та осіб, що здійснюють приватну практику без працевлаштування до медичного закладу [4, с.139].

Окрім того, ст. 1172 ЦК України закріплює механізм солідарного відшкодування, за якого суб'єктом відповідальності виступає не тільки заподіювач шкоди, а і весь заклад охорони здоров'я. Тому, принцип солідарного відшкодування доцільно покласти в основу формування страхового фонду товариства взаємного страхування та розпорядження коштами такого фонду. Стаття 14 ЗУ «Про страхування» передбачає можливість для фізичних та (або) юридичних осіб створювати товариства взаємного страхування з метою страхового захисту своїх майнових інтересів. Дане положення може стати базисом для формування інституту страхування професійної відповідальності лікарів, проте на сьогоднішній день законодавство України не містить спеціальних правових актів, які б конкретизували наведені вище положення ЗУ «Про страхування» [3].

Наявність позитивного світового досвіду страхування професійної відповідальності вказує на необхідність вдосконалення законодавства про страхування. Перевагами впровадження страхування професійної відповідальності стануть формування позитивного іміджу та захисту ділової репутації медичних працівників, надання впевненості пацієнтам та лікарям, які на сьогодні можуть віддавати перевагу бездіяльності, а не ризику задля блага хворого.

#### **Література:**

1. Дрозд І.М. Особливості страхування професійної діяльності // І.М. Дрозд/ Університетські наукові записки, 2006, № 2 (18), с. 367-370.
2. Карамішев Д.В., Рогова О.Г. Державна політика щодо запровадження в Україні страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників // [інтернет ресурс]. режим доступу: [irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis\\_64.exe](http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe)
3. Карамішев Д.В., Рогова О.Г. Перспективи запровадження страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників// Державне управління: удосконалення та розвиток, №7. 2010. – [інтернет ресурс]. режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=157>
4. Панкратова Л.Л. Страховий захист професійної відповідальності медичних працівників// Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія : Економіка. – 2011. – Вип. 9. – С. 134-142.

*Науковий керівник – ас. Гринько П.О.*

*Зоря А.І.,  
студент магістратури  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

Ліцензування – засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню. Ліцензування здійснюється відповідно до Законів України, міжнародних актів, ратифікованих парламентом та ліцензійних умов, розроблених та прийнятих на основі них.

28 червня 2015 року набрав чинності Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 2 березня 2015 року № 222-VIII (далі – Закон), у зв'язку з чим втратив чинність Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» (Відомості Верховної Ради України, 2000 р., № 36, ст. 299 із наступними змінами).

Відповідно до нового Закону ліцензійні умови є нормативно-правовим актом Кабінету Міністрів України, положення якого встановлюють вичерпний перелік вимог, обов'язкових для виконання ліцензіатом, та вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії.

Тобто в чинному законодавстві встановлюється обов'язкова вимога до ліцензійних умов. Вони мають бути затверджені Постановою КМУ.

На сьогодні ж залишаються чинними Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, які затверджені наказом МОЗ від 31.10.2011 №723 та Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів, які затверджені наказом МОЗ України від 20.02.2013 №143. Зазначені ліцензійні умови були розроблені та прийняті відповідно до закону України «Про ліцензування певних видів діяльності» і застосовуються у частині, що не суперечить чинному Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності».

Хоча на офіційному сайті МОЗ України 13 липня 2015 р. для громадського обговорення оприлюднено проект постанови КМУ, якою пропонується затвердити Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з виробництва, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, а також імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) (далі – Ліцензійні умови). Таким чином, планується затвердити єдиний уніфікований документ, який буде регулюватимуть одразу всі види діяльності, що пов'язані з ліками.

У Статті 7 ЗУ Про ліцензування видів господарської діяльності міститься Перелік видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню. Серед них у п.10 зазначається, що ліцензуванню підлягає виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорт лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів).

Проектом постанови КМУ розширено перелік видів діяльності, які підлягають ліцензуванню, а саме до них віднесено: виробництво лікарських засобів, виробництво ліків (промислове), виробництво (виготовлення) препаратів в умовах аптеки, оптова торгівля лікарськими засобами, роздрібна торгівля ліками, імпорт препаратів.

Це не означає, що до набрання чинності нових ліцензійних умов, затверджених Постановою КМУ, не можна виготовляти лікарські засоби в умовах аптеки. На сьогодні для здійснення такої діяльності достатньо наявності ліцензії на виробництво лікарських засобів.

Ліцензування здійснюється шляхом видачі ліцензії – документу, що надається органом ліцензування, на право провадження суб'єктом господарювання визначеного ним виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню, в електронному вигляді (запис про наявність ліцензії у такого суб'єкта господарювання в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців) або на паперовому носії;

Відповідно до чинних на сьогодні Ліцензійних умов приймання документів, що подаються для одержання ліцензії, видача, переоформлення, анулювання ліцензій, видача дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ і ліцензійних реєстрів, контроль і видача розпоряджень про усунення порушень Ліцензійних умов проводяться Державною службою України з лікарських засобів (далі – Держлікслужба України). Пунктом 1 Постанови КМУ від 10.09.2015 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» (далі – постанова № 442), зокрема, передбачено утворити Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, реорганізувавши шляхом злиття Державну службу України з лікарських засобів та Державну службу з контролю за наркотиками і поклавши на службу, що утворюється, функції з реалізації державної політики, які виконували органи, діяльність яких припиняється. Однак Державна Регуляторна служба у відповіді на лист Державної служби України з лікарських засобів від 27.08.2015 р. № 12071-1.2/8.0/17-15 зазначає, що Держлікслужба України має продовжувати виконувати функції органу ліцензування до моменту завершення здійснення заходів з утворення Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

Ліцензія видається уповноваженим органом на необмежений строк. Ліцензії, отримані до 2015 року, які на день набрання юридичної сили нового Закону є чинними, продовжують діяти.

Для одержання ліцензії здобувач ліцензії подає до органу ліцензування заяву про отримання ліцензії за визначеною ліцензійними умовами формою та документи відповідно до ліцензійних вимог.

Орган ліцензування протягом трьох робочих днів з дня одержання заяви про отримання ліцензії встановлює наявність або відсутність підстав для залишення її без розгляду або відмови у видачі ліцензії і в разі їх наявності приймає відповідне рішення.

Ліцензія на провадження здобувачем ліцензії визначеного ним виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню, оформлюється органом ліцензування в електронному вигляді (запис про рішення органу ліцензування щодо видачі ліцензії суб'єкту господарювання в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців). За бажанням здобувача ліцензії чи ліцензіата ліцензія (копія ліцензії) може бути видана органом ліцензування і на паперовому носії.

Для отримання ліцензії потрібно обов'язково виконати вимоги, зазначені в ліцензійних умовах. Інакше уповноважений орган відмовить в видачі ліцензії.

Отже, на сьогоднішній день ми маємо користуватися чинними Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з виробництва, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, які затвердженими наказом МОЗ від 31.10.2011 №723 та Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів, які затвердженими наказом МОЗ України від 20.02.2013 №143. А Держлікслужба України має продовжувати виконувати функції органу ліцензування до моменту завершення здійснення заходів з створення Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

*Науковий керівник – д.ю.н., проф. Пашков В.М.*

*Конко І.Г.,  
студент магістратури  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ДО ПИТАННЯ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА РЕЦЕПТАМИ В УКРАЇНІ**

Рецептурний відпуск лікарських засобів (далі – ЛЗ) є обов'язковою складовою державного регулювання обігу ЛЗ кожної соціально-розвиненої країни. Порушення рецептурного відпуску є однією із основних проблем України.

Актуальність теми полягає у визначення категорії рецептурного відпуску лікарських засобів, який є актуальною для фармацевтичного сектору України і має забезпечити безпечну, раціональну та ефективну фармакотерапію, що сприятиме мінімізації самолікування та поліпрагмазії, які у більшості випадків призводять до низки побічних, негативних для здоров'я пацієнта, реакцій.

Аналіз сучасної проблеми рецептурного відпуску та самолікування, останнім часом приділяється велика увага різноманітними підходами фахівців фармацевтичної галузі щодо сучасних проблем порушення відпуску ліків за рецептами, зокрема: Котвіцька А.А., Мнушко З.М., Парновський Б.Л. та ін.

Вітчизняний ринок ЛЗ, який в основному фінансується за рахунок кінцевого споживача, за останні роки незалежності країни характеризується стрімким розвитком. Окрім виробників та інших учасників товаропровідного ланцюга ЛЗ – дистриб'юторів та аптечних закладів, останнім часом у цьому питанні постійно фігурують та укріплюють свої позиції представники державних органів управління галуззю та громадських організацій, перш за все, фармацевтичних асоціацій.

Слід зазначити, що раціональність ініціатив останніх, в основі яких покладено інтереси споживачів, не завжди позитивно сприймається всіма учасниками фармацевтичного ринку, що зумовлює велику кількість питань стосовно раціональності, ефективності та економічної доступності сучасної фармацевтичної допомоги.

Отже, цілком беззаперечним є факт наявності низки питань сучасного фармацевтичного забезпечення, особливо у сфері рецептурного відпуску та поширення самолікування, що є однією з основних проблем всієї системи охорони здоров'я.

Дане питання регулюється ЗУ «про лікарські засоби» та Наказами, які затверджуються МОЗ, а саме Наказ від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження правил виписування рецептів та вимог-замовлення на лікарські засоби і виробу медичного призначення, порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог – замовлень».

Необхідно зазначити, що законодавство України щодо відпуску рецептурних лікарських засобів суттєво відрізняється від законодавчих норм розвинутих країн, зокрема Європейського Союзу. У першу чергу, в розвинутих країнах відсутня причина проведення самолікування і, як наслідок, спроба закупівлі рецептурних препаратів без відповідного направлення лікаря. Тому в цих країнах відсутня необхідність суворого контролю за рецептурним відпуском лікарських засобів з можливістю застосування органами державного контролю адміністративно-господарських санкцій у вигляді анулювання ліцензії.

Наказ Держлікінспекції МОЗ України «Про внесення змін до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібно торгівлі лікарськими засобами» в частині анулювання ліцензії за відпуск рецептурних препаратів без відповідних медичних документів є яскравим прикладом створення умов для можливих порушень з боку не лише органів державного контролю якості лікарських засобів, а й правоохоронних органів.

У нормативно-правових актах, зокрема, в Ліцензійних умовах провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібно торгівлі лікарськими засобами, що затверджені наказом Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ від 21.09.2010 р. № 340, звертається увага на можливість оптової та роздрібно торгівлі через аптечні заклади товарами різного асортименту.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) неправильне і неконтрольоване застосування препаратів займає одне з провідних місць серед причин смерті у світі. Близько 50% придбань лікарських засобів без рецепта і призначень лікаря здійснені під впливом рекламних повідомлень. У 2013 році в Україні фармацевтичні компанії вклали понад 5 млрд грн у рекламу на телебаченні. На думку спікера, в нашій країні необхідно суттєво обмежити, а, можливо, і зовсім заборонити рекламу лікарських засобів у ЗМІ, яка провокує пацієнта на самолікування.

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що діючі правові норми фармацевтичного законодавства України не містять чіткого визначення термінів та критеріїв, необхідних для формування переліків лікарських засобів, які мають рецептурну та безрецептурну форму відпуску.

За таких обставин доцільно доповнити Закон України «Про лікарські засоби» терміном «номенклатурно-правова група лікарського засобу», що вказує на форму відпуску лікарського засобу.

І відпуск рецептурних лікарських засобів повинен бути лише за рецептами лікарів це є важливою складовою як регулювання фармацевтичної галузі, так і забезпечення безпечного, раціонального та ефективного медикаментозного лікування.

### **Література:**

1. Васіна Ю.В. Фармацевтичне право: історичні аспекти розподілу лікарських засобів за номенклатурно-правовими групами на засадах фармацевтичного законодавства, судової та доказової фармації / Ю. В. Васіна // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. – 2010. – Т.5. – №2. – С. 4-9.

2. Терещенко В., Немченко А. Оцінка проблеми рецептурного відпуску в Україні / В. Терещенко, А. Немченко // Управління економіки та забезпечення якості фармації в Україні. – №4(24). – 2012. – С. 38-44

3. Фармацевтична галузь країни підбила підсумки і спрогнозувала плани на майбутнє // Ліки України кардіоревматологія. – 2014. – №1.

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

*Костюк О.С.,  
студент магістратури  
ПЮІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

### **ПРОБЛЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ**

Як відомо, на рівні Основного Закону України закріплено право кожного на охорону здоров'я та медичну допомогу, і також зазначено про обов'язок держави створювати відповідні умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування[1]. Це право є одним із основних у розрізі забезпечення якості життя суспільства, і, в той же час, одним із найбільш порушуваних прав громадян.

Кожен із нас неодноразово у своєму житті зіткнувся із проблемою медичного обслуговування чи взагалі можливістю доступу до нього. Чимало задекларованих положень говорить про безоплатність медичних послуг, доступність лікарських засобів, якість обслуговування та консультування. Проте реальність далека від написаного. І проблем у даній сфері набагато більше, ніж здавалося б на перший погляд.

Одним із таких проблемних питань є доступність медикаментозного забезпечення в сільській місцевості.

Фармацевтична галузь завжди залишалась соціально значущою для наших громадян, тому забезпечення якісними, ефективними, економічно доступними лікарськими засобами – першочергове завдання, що постає перед професіоналами фармацевтичного сектору. Аптечна справа за останні роки набула активного розвитку та стала невід'ємним чинником реформи системи охорони здоров'я, якій влада приділяє надзвичайно велику увагу. Проте стрімкі та масштабні зміни, які відбуваються сьогодні на фармацевтичному ринку, вимагають постійного професійного діалогу між керівництвом галузі та представниками фармацевтичного бізнесу[2].

У сільській місцевості проживає майже третина населення України, проте тут зосереджено лише чверть аптечних закладів, які акумулюють тільки 10% загальноукраїнського обсягу роздрібних продажів. Тому проблема медикаментозного забезпечення є масштабною.

Кількість аптечних закладів у сільській місцевості значно скоротилась за останні роки. З одного боку це видається зрозумілим, адже фармацевтичні компанії на сьогодні визнають нерентабельною співпрацю із сільськими

аптеками через протермінування товару, недотримання умов зберігання, що впливає на якість лікарських засобів, несвоєчасні розрахунки тощо. Їх відкриття за таких умов вважається економічно недоцільним. Проте з іншого боку – таким чином значна частина громадян позбавляється реальної можливості доступу до лікарських засобів, отримання консультування. Адже постійно їздити до найближчого районного центру хоча б за ліками першої необхідності не видається зручним і завжди можливим для пересічного сільського жителя, зважаючи на територіальну віддаленість деяких сіл, регулярність транспортного сполучення та купівельну спроможність громадян.

Аналізуючи нормативні положення, що регулюють порядок створення та діяльності аптекних закладів, можна дійсно робити висновки про те, що створити повноцінну аптеку з відповідністю всім ліцензійним умовам, зважаючи хоча б на вимоги щодо площі приміщень: «загальна мінімальна площа аптек, які займаються роздрібною торгівлею лікарськими засобами, повинна становити: для аптек, розташованих у селищах та селищах міського типу, – не менше ніж 40 м<sup>2</sup> (площа торговельного залу – не менше ніж 18 м<sup>2</sup>) та для аптек, розташованих у селі, – не менше ніж 30 м<sup>2</sup> (площа торговельного залу – не менше ніж 10 м<sup>2</sup>, приміщення для зберігання лікарських засобів – 6 м<sup>2</sup>; кімната персоналу – не менше ніж 4 м<sup>2</sup>)» [3] видається не завжди можливим у сільській місцевості. Тому й зазначається про економічну невідповідність.

На сьогоднішній день питання відсутності аптек у сільській місцевості вирішується можливістю роздрібною торгівлі у приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторій, амбулаторій загальної практики – сімейної медицини працівниками цих закладів, які мають медичну освіту.

Проте перелік лікарських засобів, які можна реалізовувати у таких закладах є обмеженим наказом Міністерства охорони здоров'я. І також реалізація препаратів не фармацевтом, а особою, що має «медичну освіту» говорить все ж таки про недостатній рівень медикаментозного забезпечення сільського населення.

Для вирішення цієї проблеми необхідно все ж таки збільшення виділення коштів відповідних бюджетів для розвитку аптекних закладів у сільській місцевості по всій Україні, адже ця проблема не є локальною. Якщо в селі із кількістю 800 – 1500 жителів працюватиме хоча б одна повноцінна аптека – вже можна говорити про певний рівень нормального медикаментозного забезпечення та доступності лікарських засобів.

Також необхідно закріпити на рівні Основ законодавства України про охорону здоров'я положення про те, яким чином може здійснюватись роздрібною торгівлею лікарськими засобами у сільській місцевості за відсутності аптек та встановити чіткі вимоги до осіб, які здійснюватимуть торгівлю. Адже від кваліфікації особи, яка реалізує лікарські засоби чи, за необхідності, консультує – напряму залежить життя і здоров'я людини.

Доцільним є також надання певних пільг особам (як ФОП, так і юридичним особам), які займатимуться створенням і функціонуванням аптек у сільській місцевості. Це стосується і працівників аптек, заохочення яких можна здійснити шляхом надання/покращення житлово-побутових умов та достатнім рівнем заробітної плати.

В комплексі ці заходи мають сприяти створенню і розвитку аптек у сільській місцевості та забезпечувати доступ до необхідних лікарських засобів кожному, хто має потребу, незалежно від територіального фактора.

#### **Література:**

1. Конституція України від 28.06.1996 року № 254к/96 – ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – С. 141.

2. Янишин У. Я. Проблеми сільської фармації – мрія чи реальність? / У.Я. Янишин // *Новости медицины и фармации.* – 2012. – № 10 (416)

Електронний ресурс: <http://www.mif-ua.com/archive/article/30601>

3. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами : Наказ МОЗ від 31.10.2011 № 723 // *Офіційний вісник України.* – 2011. – № 99. – С. 189.

*Науковий керівник – д.ю.н., проф. Пашков В.М.*

*Котляр І.В.,*

*студент магістратури*

*ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ВІДШКОДУВАННЯ МОРАЛЬНОЇ ШКОДИ ПАЦІЄНТА, ЗАВДАНОЇ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Життя і здоров'я людини конституційно визнані найвищою соціальною цінністю держави. Конституція України гарантує кожній фізичній особі реалізацію та захист права на медичну допомогу. Ознакою правової держави є реальний захист конституційних прав людини. Одним із першочергових завдань на найближчий період діяльності нашої держави законодавчим органом визначено реформування сфери охорони здоров'я та удосконалення правового регулювання захисту прав пацієнтів в Україні. Для цього вже прийнято низку проєктів нормативно-правових актів. Головне місце серед зобов'язань щодо відшкодування шкоди, заподіяної при наданні медичних послуг, займає інститут моральної (немайнової) шкоди. Моральні страждання, заподіяні при наданні медичних послуг, спричиняють виникнення моральної шкоди. Відшкодування моральної шкоди гарантує передусім захист абсолютних прав особи, які порушено при наданні медичних послуг, саме тому на мою думку дана тема є актуальною для дослідження.

Правовими основами компенсації моральної шкоди, завданої пацієнтові є: Європейська хартія прав пацієнтів; Конституція України; Цивільний кодекс України; Закон України «Про захист прав споживачів»; Постанова Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» та інші нормативно-правові акти.

Відповідно до статті 14 Європейської хартії: «Кожен має право на отримання протягом розумного короткого строку достатню компенсацію у випадку спричинення йому/їй фізичної (або моральної та психологічної) шкоди діями медичного закладу» [2; с. 14]. Стаття 23 Цивільного кодексу України гарантує особі право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав [1; с. 23]. У Законі України «Про захист прав споживачів» також сказано, що: «споживач має право на відшкодування май-



нової та моральної шкоди, завданої внаслідок недоліків продукції (дефекту в продукції), відповідно до закону» [3, с. 4, 16].

Отже, законодавство України дає можливість громадянам звертатися до суду із позовами про відшкодування моральної шкоди. Проблеми виникають саме тоді, коли особи починають реалізовувати дане право, оскільки не зовсім чітко і правильно ними усвідомлюється поняття моральної шкоди. У зв'язку з цим, на мою думку, перш за все, необхідно визначити що саме необхідно розуміти під поняттям «моральна шкода». Відповідь на це питання дає Пленум Верховного Суду України у Постанові від 31 березня 1995 року № 4 «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди», а саме пункт 3: «Під моральною шкодою слід розуміти втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань, або інших негативних явищ, заподіяних фізичній чи юридичній особі незаконними діями або бездіяльністю інших осіб. Відповідно до чинного законодавства моральна шкода може полягати, зокрема: у приниженні честі, гідності, престижу або ділової репутації, моральних переживаннях у зв'язку з ушкодженням здоров'я, у порушенні права власності (в тому числі інтелектуальної), прав, наданих споживачам, інших цивільних прав, у зв'язку з незаконним перебуванням під слідством і судом, у порушенні нормальних життєвих зв'язків через неможливість продовження активного громадського життя, порушенні стосунків з оточуючими людьми, при настанні інших негативних наслідків» [4].

Отже, виходячи з вищезазначеного, як приклад нанесення моральної шкоди можна привести факт розголошення лікарської таємниці, в результаті чого, зокрема про факт перебування особи у лікаря – психотерапевта, стало відомо у суспільстві, що викликало неприязне ставлення до даної особи.

Важливими з позицій медичного права та цивільно-правової відповідальності є питання компенсації моральної шкоди. Тут необхідно перш за все знати принципи компенсації моральної шкоди у сфері медичної діяльності. До них належать: 1) реальна наявність порушення або посягання на особисті немайнові права пацієнтів; 2) наявність вини в діях (бездіяльності) медичного працівника; 3) пацієнт сам повинен надати докази наявності моральних страждань; 4) моральна шкода компенсується незалежно від відшкодування майнової шкоди; 5) пацієнт не обмежений у визначенні розміру відшкодування моральної шкоди, однак остаточне рішення приймає суд [5].

Отже, за даними медичної науки, шкідливі наслідки для організму людини має не лише фізичне ушкодження (порушення цілісності тканин та інше), а й втрата нервових клітин, які не відновлюються. Нервові реакції (відчуття болю, подразнення, неприємні відчуття) існують якийсь певний час після ушкодження, а можуть залишитися у потерпілої особи і до кінця життя. У цьому контексті вже посттравматичний біль та інші неприємні фізичні відчуття слід розглядати як залишкові явища первинного фізичного ушкодження.

Психологічні переживання, враховуючи положення частини 5 статті 23 ЦК про одноразовість відшкодування моральної шкоди, можуть бути відшкодовані тільки за період від моменту ушкодження до подання судового позову потерпілим. Для найбільш справедливої компенсації страждань (як нервових процесів в організмі) та психічних переживань під час усвідом-

лення негативних для організму та особистості наслідків доцільно було б визначати розмір кожної зі складових «немайнової шкоди» окремо. Однак у вітчизняній судовій практиці всі аспекти залишаються на розгляд суду [6].

Практика Європейського суду підтверджує, що протиправна поведінка щодо особи, членів її сім'ї чи родичів при наданні медичних послуг та/або спричинення шкоди життю чи здоров'ю особи, завжди супроводжується виникненням в особи моральної шкоди. Європейський суд своїми рішеннями підкреслює, що відповідальність за порушення особистих немайнових прав людини в Україні несе передусім держава Україна. Кількість заяв до Європейського суду щороку стрімко зростає. Тому, для економії коштів державного бюджету в Україні необхідно привести чинне національне законодавство у відповідність до норм Європейської конвенції, а також до положень рішень Європейського суду з обов'язковим застосуванням судами України рішень Європейського суду у своїх рішеннях як джерела права.

#### **Література:**

1. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
2. Європейська хартія пацієнтів. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.epeu.ee/index.php?page=163>
3. Про захист прав споживачів : Закон України від 12 травня 1991 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>
4. Постанова Пленуму Верховного Суду України «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» від 31 березня 1995 року N 4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/v0004700-95>
5. Методичні рекомендації щодо відшкодування моральної шкоди, затверджені Листом Міністерства юстиції України від 13 травня 2004 року. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v\\_797323-04](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v_797323-04)
6. Антонов С. В. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невалидним медичним втручанням / С.В. Антонов // Журнал «Управління закладом охорони здоров'я». – 2007 р. – №7.

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

*Пахомова В.А.,  
студент магістратури  
ПНОІ НІОУ ім. Я. Мудрого*

### **ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХУВАННЯ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Обов'язковою вимогою використання та розробки інноваційних (оригінальних) лікарських засобів, впровадження нових методів лікування, розширення показань для застосування відомих препаратів є проведення доклінічних та клінічних випробувань, що необхідні для вивчення та попередження негативних наслідків, побічної дії лікувальних засобів.

Питання клінічних випробувань лікарських засобів (ЛЗ) та окремі аспекти їх проведення є об'єктом дослідження багатьох вітчизняних та зарубіжних вчених, зокрема, І. А. Зупанець, М. В. Колочавіної, В. М. Кор-

нацького, А. А. Котвіцької, І. Я. Сенюти, О. В. Сілантьєвої, Т. В. Таласвої, А. В. Черкашиної та інших.

Щороку в Україні близько 30-35 тис. людей добровільно долучаються до клінічних випробувань лікарських засобів [1]. Участь у клінічних дослідженнях (КД) зумовлена декількома факторами: бажання пацієнтів отримати більш якісну й повну медичну допомогу, особливо у випадку важкого захворювання (в Україні цей чинник має більш важливу роль, ніж у США і Західній Європі, через меншу доступність сучасних методів діагностики й лікування); забезпечення всіма необхідними медикаментами (у т.ч. базове лікування за рахунок спонсора) на період проведення дослідження; можливість отримання консультації у провідних спеціалістів; залучення до рідких і/або високовартісних методів обстеження; підтвердження діагнозу або виконання аналізів у кращих клініках і лабораторіях, тощо.

Відтак, актуальним залишається питання страхування, що є гарантією безпеки, належної компенсації та зниженню ризиків під час проведення досліджень для осіб, які погодилися на проведення клінічних випробувань.

У посібнику з відповідної клінічної практики Міжнародної конференції по гармонізації технічних вимог до реєстрації ЛЗ для людини (ICH GCP) зазначено: «Стандарти і процедури спонсора повинні враховувати відшкодування вартості лікування учасників КД у випадку завдання шкоди здоров'ю у зв'язку із процедурами дослідження відповідно до нормативних вимог» (п. 5.8.2 ICH E6).

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

Страхова діяльність в Україні здійснюється виключно страховиками – резидентами України і регулюється загальним страховим законодавством, але у зв'язку з специфікою предмета страхування, особливостями наслідків, що можуть настати, виникла потреба у спеціальному регулюванні даного питання.

У ст.7 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про страхування» перераховані види обов'язкового страхування, але до цього переліку не включене страхування відповідальності замовника клінічних випробувань перед третіми особами (пацієнтами (добровольцями) щодо нанесення шкоди їх життю та здоров'ю під час проведення клінічних випробувань лікарських засобів. Відповідно до статті 8 Закону України «Про лікарські засоби» замовник клінічних випробувань лікарського засобу зобов'язаний перед початком клінічних випробувань укласти договір про *страхування життя та здоров'я* пацієнта (добровольця) в порядку, передбаченому законодавством. Таким чином, даний вид страхування не віднесений законодавцем до обов'язкового, але умова страхування перед проведенням клінічних досліджень є основною та обов'язковою вимогою їх проведення.

Усі клінічні випробування розпочинаються після прийняття рішення ЦОВВ, отримання протоколу(ів) комісії(й) з питань етики при лікувально-профілактичному закладі, де безпосередньо має проводитися клінічне випробування щодо погодження цього клінічного випробування, що є підставою для початку його проведення, *та укладення договору про страхування життя і здоров'я пацієнта* (добровольця) у порядку, передбаченому зако-

нодавством (п. 3.5. та 9.1 Наказу МОЗ № 690). Отже, клінічні дослідження можуть бути розпочаті лише за умови, якщо Центральна комісія та Центр прийдуть до висновку, що очікувана терапевтична користь і користь для здоров'я пацієнтів виправдують ризик та лише після цього укладається договір про страхування.

Наказом МОЗ України від 22.07.2005 р. № 373 «Про затвердження документів з питань стандартизації, реєстрації та проведення клінічних випробувань лікарських засобів» було введено в дію Настанову з клінічних досліджень «Лікарські засоби. Належна клінічна практика», відповідно до якої якщо це передбачено відповідними регуляторними вимогами, *спонсор повинен забезпечити страхування чи компенсувати затрати* (судові й фінансові витрати) дослідника/медичного закладу у разі пред'явлення йому позовів у зв'язку з дослідженням, за винятком тих із них, які є результатом злочинної халатності та/чи недбалості (п. 5.5.8.1). У страхових полісах і методиках спонсора повинні бути зазначені суми витрат на лікування суб'єктів випробування у разі нанесення їм шкоди в ході дослідження згідно з відповідними регуляторними вимогами (п. 5.5.8.2) [4].

Наказом МОЗ від 12.07.2012 № 523 Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 вересня 2009 року № 690 закріплено детальне регулювання питання проведення страхування, зокрема для забезпечення захисту прав досліджуваного звертається увага щодо наявності у договорі страхування таких позицій: страховому захисту підлягають усі пацієнти (здорові добровольці), які мають намір взяти участь у клінічних випробуваннях і які у встановленому порядку підписують інформовану згоду; строк дії договору страхування визначається сторонами цього договору, при цьому враховуються особливості протоколу клінічного випробування та фармакологічні характеристики досліджуваного лікарського засобу, та в будь-якому випадку він не може бути меншої тривалості, ніж саме клінічне дослідження; не допускається дострокове розірвання сторонами договору страхування та внесення до нього змін без повідомлення Центру; визначення реальних витрат на відшкодування можливої шкоди здоров'ю та життю досліджуваного з урахуванням кращої вітчизняної практики в інтересах досліджуваного; при укладанні договору страхування не допускається встановлення штучних перешкод та обмежень у виплаті страхового відшкодування; визначення нереальних строків повідомлення страхової компанії про страховий випадок, попереднє підтвердження його та розміру збитків рішенням суду або висновками органів охорони здоров'я, встановлення франшизи тощо.

Наказом закріплено, що дослідник має бути поінформований щодо дій у разі виникнення події, яка може бути трактована як страховий випадок під час проведення КД: «При виникненні будь-якої побічної реакції, що може розцінюватися як страховий випадок, відповідальний дослідник має невідкладно, але не пізніше ніж протягом двох календарних днів з дати отримання інформації про виникнення побічної реакції, інформувати про це спонсора» (п.1.4). Після цього спонсор протягом 7 календарних днів направляє відповідне повідомлення до страхової компанії та Центру (п. 1.5). Але законодавець не виключає й можливість досліджуваного або законного представника/близьких родичів (що має бути зазначено в інформованій згоді)

протягом 9 календарних днів повідомити відповідну страхову компанію про факт настання побічної реакції для оцінки її як страхового випадку (п. 1.6).

Страховим випадком вважається нанесення шкоди життю і здоров'ю пацієнта (здорового добровольця), який бере участь у КД, пов'язане з досліджуванним препаратом або процедурами дослідження. Небажані явища, що виникли у ході природного перебігу захворювання або пов'язані з іншими причинами, не є страховим випадком. Так, наприклад, погіршення стану або смерть пацієнта, що не пов'язані із прийомом препарату (наприклад, смерть у зв'язку із прогресуванням онкологічного захворювання), не вважається страховим випадком [2, 10].

Таким чином, в Україні права учасників клінічних досліджень закріплено на законодавчому рівні та приведено у відповідність до міжнародних стандартів, але не деталізовано належним чином порядок та умови проведення страхування, що призводить на практиці до великої кількості порушень прав пацієнтів, зокрема, це може бути неправильно укладений договір страхування з огляду на його специфіку або взагалі його відсутність, страхування не всіх ризиків пов'язаних із застосування досліджуваного ЛЗ та медичних процедур, наявність франшизи в договорі страхування, відсутність інформації в договорі відносно страхової суми та страхових випадків, невідповідність строку дії страхового договору тривалості дослідження, наявність умов договору страхування, що унеможливають виплату страхового відшкодування та інші.

#### **Література:**

1. Корнацький В. М. Етичні аспекти досліджень лікарських засобів в Україні / В. М. Корнацький // Матеріали IV Національного конгресу з біоетики, м. Київ, 20-23 верес. 2010 р. – К., 2010. – С. 32-33.

2. Страхование клинических исследований лекарственных средств в Украине (ответственности заказчика на случай нанесения вреда жизни и здоровью исследуемым) / Т. В. Талаева, О. В. Силантьева, О. А. Скорина и др. // Метод. рекоменд. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nbscience.com /straxovanie-klinicheskix-issledovanij-lekarstvennyx-sredstv-v-ukraine/>

*Науковий керівник – д.ю.н., доц. Пашков В.М.*

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

### **УПОВНОВАЖЕНИЙ З ПРАВ ПАЦІЄНТІВ: ОБҐРУНТУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ З ОГЛЯДУ НА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД**

Стаття 49 Конституції України та Основи законодавства України про охорону здоров'я гарантує кожному право на охорону здоров'я. Міжнародними документами закріплюється широкий перелік прав пацієнтів, зокрема у Європейській конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права, Конвенції про права людини та біомедицину тощо. Відтак, не зважаючи на широке закріплення прав пацієнтів, численні їх порушення та відсутність єдиного контролюючого органу, зумовлює актуальність обраної теми.

Питанням захисту прав пацієнтів присвячені наукові праці багатьох дослідників, таких як: С. В. Агієвець, В. І. Акопов, Н. Б. Болотіна, В. Д. Волков, З. С. Гладун, С. П. Жилиєва, А. І. Марущак, О.А. Мірошніченко, В.М. Пашков, І. О. Петрова, І. Я. Сенюта, В. В. Сергєєв, Р. О. Стефанчук, В. Ю. Стеценко, та інші.

Стаття 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначає пацієнта як фізичну особу, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога. У світовій практиці інститут Уповноваженого (Омбудсмена) з прав пацієнтів є порівняно новим. Перші офіційні пропозиції щодо створення подібного спеціалізованого органу мали місце у 80-х роках минулого сторіччя у Норвегії. На сьогодні відповідні інститути із захисту прав пацієнтів створені в Австрії, Бельгії, Хорватії, Польщі, Греції, Великій Британії, Угорщині, Канаді тощо [1].

При цьому у світі не існує єдиної моделі уповноваженого з прав пацієнтів, наприклад у Австрії діє Палата омбудсмена та Інститут представників пацієнтів. Палата представляє собою колегіальний парламентський орган, що займається питаннями захисту прав та інтересів пацієнтів. Інститут представників пацієнтів є незалежним територіальним органом, що має свої представництва у кожному регіоні Австрії, основним завданням яких є забезпечення прав та інтересів осіб, що звертаються за медичною допомогою.

На відміну від Австрії у кожному регіоні Хорватії діють Комісії з прав пацієнтів, що мають значний обсяг повноважень, зокрема: право доступу до всіх медичних установ та право перевіряти чи додержуються в цій установі права пацієнтів. Крім того існує Національна комісія з захисту прав пацієнта.

У Ізраїлі у кожному закладі охорони здоров'я діє відповідальна особа за дотримання прав пацієнта, яка розглядає скарги. У випадку незадоволення скарги на рівні закладу охорони здоров'я вона передається до уповноваженої особи у відділ забезпечення якості Міністерства охорони здоров'я.

Вищою інстанцією за дотриманням прав пацієнтів у Фінляндії є Національний контрольний орган за добробутом та здоров'ям (Valvira). Крім того, у кожному закладі охорони здоров'я, незалежно від форми власності, діє омбудсмен з прав пацієнта, що консулює пацієнтів про їх права та порядок подачі скарг до контролюючих органів.

У Великій Британії діють одразу два органи – це Парламентський уповноважений у справах охорони здоров'я та Громадські консули з питань Громадського здоров'я та Рух на захист потерпілих від медичних помилок.

На думку З. С. Гладуна, на сьогодні існує декілька механізмів для впровадження посади уповноваженого з прав пацієнтів. Перший варіант полягає у тому, щоб прийняти відповідний Закон України «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав пацієнтів», постановою Верховної Ради України призначити на цю посаду певну особу і забезпечити фінансування діяльності цього органу окремим рядком в Державному бюджеті України поточного і наступних років. Другий шлях полягає у можливості Президента, відповідно до положень пункту 15 статті 106 Конституції України, своїм Указом створити такий орган і призначити його керівника (Уповноваженого Президента України з прав пацієнтів). Отже виділяють три головних шляхи вирішення проблеми запровадження посади уповноваженого у цій сфері, які

дають два різні правові статуси такого органу – у першому випадку це Уповноважений з прав пацієнтів саме Верховної Ради України, тобто цей орган наділяє його відповідними повноваженнями, у другому – це Уповноважений Президента України з прав пацієнтів, і саме він може наділяти його ними. Третій шлях – запровадження цього інституту може бути здійснено в рамках діяльності Кабінету Міністрів України як одного з урядових органів державного управління, діяльність якого спрямовується останнім [2, с.144].

Враховуючі запропоновані підходи, на нашу думку реальнішим є другий, оскільки для реалізації першого закону потрібно буде вносити зміни до Конституції України, що є досить тривалим та складним процесом. А третій шлях, як зазначає В.М. Пашков буде призводити до конфлікту інтересів, оскільки діяльність такого новоствореного органу буде координуватися через міністра охорони здоров'я, що буде заважати відповідному підрозділу повноцінно виконувати свої обов'язки [1]. Таким чином, найбільш вдалим, на нашу думку буде створення посади Уповноваженого з прав пацієнтів у структурі Уповноваженого з прав людини, оскільки зараз деякі функції покладено саме на нього.

Аналізуючи міжнародний досвід, потрібно зазначити, що Уповноважений з прав пацієнтів є дієвим механізмом захисту та виконує переважно моніторинг за дотриманням прав пацієнтів, надає висновки та рекомендації компетентним органам з метою побудови дієвої системи захисту прав пацієнтів, вживає заходи із захисту прав пацієнтів, у деяких країнах може розглядати скарги.

На нашу думку, даний інститут повинен здійснювати свою діяльність незалежно від інших державних органів та посадових осіб. Для забезпечення діяльності Уповноваженого потрібно створити секретаріат, на який покласти функцію прийому скарг та звернень громадян. Крім того, на прикладі Португалії, доцільно було б запровадити «Клієнтський офіс»(представники уповноваженого) на базі закладів охорони здоров'я, де пацієнти можуть подати скаргу щодо будь-якого аспекту національної системи охорони здоров'я.

З. С. Гладун зазначає, що головним завданням цієї посадової особи має бути отримання від пацієнтів скарг на дії медичних працівників або медичної адміністрації та проведення від імені держави службового розслідування і формування правової оцінки підстав скарги пацієнта з наступною передачею цього висновку до суду ( у випадку виявлення злочину – до органу досудового слідства,для його проведення). Вказаний орган повинен бути наділений повноваженнями створювати тимчасові і постійні комісії для проведення службових перевірок, залучати до них будь-яких фахівців, незалежно від їх місця праці, у тому числі і незалежних експертів. Одним із напрямів його роботи має бути науково-аналітична робота, з приводу систематизації фактів порушень прав пацієнтів, опублікування даних про їх кількість та види і розробка заходів щодо їх попередження, а також співпраця з органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, зокрема, з Міністерством охорони здоров'я України та ін. [2, с.145].

Таким чином, основними повноваженнями Уповноваженого з прав пацієнтів в Україні повинні стати перевірка стану додержання прав пацієнтів, відвідувати без попереднього дозволу заклади охорони здоров'я, проводити

перевірки дотримання прав пацієнтів та направлення у відповідні органи акти реагування Уповноваженого у разі виявлення порушень.

Отже, не зважаючи на закріплення міжнародними документами, визнання Конституцією України та законами України життя і здоров'я людини найвищою соціальною цінністю, в Україні досі не створено належних механізмів правозастосування основоположних прав пацієнта та контролю за їх дотриманням.

#### **Література:**

1. Пашков В. М. Діяльність омбудсмена з прав пацієнтів як засіб регулюючого впливу держави / В. М. Пашков // Аптека. – №1000 (29). – 03.08.2015. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/339724>

2. До питання про запровадження інституту Уповноваженого з прав пацієнтів в Україні / З. С. Гладун // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. – 2014. – № 2. – С. 143-147. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nzizvru\\_2014\\_2\\_29.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Nzizvru_2014_2_29.pdf)

*Науковий керівник – к.ю.н., доц. Греков Є.А.*

*Сейдаметов Р.Р.,*

*студент магістратури*

*ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

### **ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

В Україні на сучасному етапі розвитку триває реформування медичної галузі. Майже кожного дня ми зустрічаємося із недоліками, проблемами у сфері охорони здоров'я. Більшість політиків, науковців та і пересічних громадян вважають, що це зумовлено неналежним рівнем фінансування, яке здійснюється за рахунок коштів державного бюджету. Як наслідок постає питання введення загальнообов'язкового державного медичного страхування. Адже невисокий рівень медикаментозного забезпечення населення, що спричиняє високий рівень захворюваності серед населення та незадоволення рівнем надання медичних послуг, зумовлено неефективною державною політикою.

Механізм медичного страхування в Україні перебуває лише на стадії формування. Медична галузь в Україні не має можливості користуватися перевагами ринкової економіки. Державний бюджет, з якого в даний час фінансується медична галузь, неспроможний покрити навіть половини її потреб. В даний час не існує чіткого уявлення про систему медичного страхування, яка має бути прозорою і зрозумілою для громадськості [1, с.72].

Ми дуже часто зараз чуємо, що потрібно залучати досвід іноземних держав, і сфера медичного обслуговування не є виключенням, але тут слід діяти досить обережно. У країнах з розвинутими системами суспільної охорони здоров'я переважає обов'язкова форма страхування (Франція, Канада, Німеччина, Голландія). Кожна країна світу іде своїм шляхом розвитку медичного страхування: бюджетний, соціальний, приватний. Проте, для України жодна з перелічених форм у чистому вигляді не підходить. Україна повинна обрати свій вектор, зважаючи на економічні можливості нашої держави, а не сліпо копіювати моделі інших країн [2].

Позитивним зрушенням у цій сфері є підвищення рівня цікавості медичним страхуванням з боку науковців. Зокрема такими науковцями є



Юрій С., Губар О., Базилевич В., Демідов Н., Пашков В., Виноградова О. та інші, крім науковців проблемними питаннями запровадження медичного страхування активно займаються і практики.

Так як медичне страхування знаходиться на стадії формування, то особливої уваги заслуговує проект Закону України “Про загальнообов’язкове державне медичне страхування” [3]. Даний проект був зареєстрований у 2013 році, але так і не дійшов до прийняття, що є безумовно негативним фактором. Звісно він не є досконалим, так як має бути адекватно і об’єктивно оцінений з усіх сторін. На сьогодні діє Закон України “Основи законодавства про загальнообов’язкове державне соціальне страхування” [4, Ст. 121], згідно з яким загальнообов’язкове державне соціальне страхування – це система прав, обов’язків і гарантій, яка передбачає надання соціально-захисту, що включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності (ст. 1 Основ законодавства про загальнообов’язкове державне соціальне страхування). Звісно відсутність законодавчого закріплення загальнообов’язкового державного медичного страхування є суттєвим недоліком. Так як на сьогодні державний бюджет не покриває і половини витрат у медичній сфері, тому прийняття даного законопроекту дасть змогу запровадження багаторівневого фінансування. 1) перший рівень – це планування мінімальних коштів в бюджеті, через які забезпечується надання безоплатної медичної доплати для всіх категорій населення; 2) другий рівень пов’язана з введенням обов’язкового медичного страхування за рахунок коштів суб’єктів підприємницької діяльності, а також фізичних осіб; 3) третій рівень – добровільне медичне страхування – передбачає придбання людиною страхового полісу за рахунок власних коштів [1, с.72].

Отже, підсумовуючи усе вище викладене ми бачимо, що медична сфера в Україні перебуває на стадії розвитку та запровадження страхування. Але все ж ситуація досить далека від ідеальної, так як відсутній нормативний акт, який би регулював загальнообов’язкового державного медичного страхування. Цей би закон частково вирішив би проблеми, які виникають зараз. Адже найбільш суттєвою проблемою є фінансування медичної галузі України, так як державний бюджет не в силах покрити всі витрати, тому потрібно залучати інші сфери фінансування, що має бути зазначено у прийнятому Законі України “Про загальнообов’язкове державне медичне страхування”.

#### **Література:**

1. Сахно О. В. Медичне страхування як інструмент реформування медичної сфери в Україні: проблеми та перспективи застосування на сучасному етапі / О. В. Сахно // Вісник Київського інституту бізнесу та технологій : науковий журнал. – 2013. – № 3. – С. 71-74.
2. Процюк К.В. Бути чи не бути загальнообов’язковому державному соціальному медичному страхуванню в Україні? / К.В. Процюк // [Електронний ресурс]. – Режим доступу. – <http://bsfa.edu.ua/files/konf2013/16.pdf>
3. Про загальнообов’язкове державне медичне страхування : Проект Закону України (реєстр. № 2597-1 від 05.04.2013 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua).

4. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 14.01.1998 р. № 16/98-ВР // ВВР України. – 1998. – № 23. – С. 121.

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

*Срібна Т.А.,  
студент магістратури  
ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

## **ЩОДО ЗГОДИ ДОНОРА НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ ПІСЛЯ ЙОГО СМЕРТІ**

Проблеми правового регулювання відносин донорства та трансплантації присвячена досить велика кількість наукових робіт. Цим питанням активно займалися такі вчені юристи, як М. Авдєєв, О. Красиков, О. Тихомиров, Г. Красовський, Л. Шаповал та ін. Проте, незважаючи як на теоретичні, так і на практичні результати пов'язані з трансплантацією людських органів, дане питання залишається не достатньо вивченим.

Трансплантація органів – є одним із вагомих досягнень людства у сфері медицини, адже вона надає можливість тяжко хворому пацієнту не тільки зберегти, а й продовжити своє життя. Відповідно до ст. 1 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» *трансплантація* – спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини.

Зазвичай основним і найбільш розповсюдженим видом трансплантації є пересадка органів від померлої людини.

У статті Л. Шаповал «Згода донора на вилучення анатомічного матеріалу після його смерті» зазначає, що у світі існує дві основні юридичні моделі, що законодавчо регулюють процедуру отримання дозволу на вилучення анатомічних матеріалів померлих осіб: *«система згоди»*, *«система відсутності згоди»* та *«презумпція незгоди»*. В Україні діє *«система згоди»*. Така юридична модель передбачає явно виражену згоду на вилучення анатомічних матеріалів у померлого. За цією системою померлий до своєї смерті робить заяву про те, що він не заперечує проти вилучення органа, або член сім'ї дає згоду на це у випадку, коли померлий не залишив ніякої заяви чи свідчення. Інша модель отримання згоди на вилучення органа у померлого після смерті називається *«система відсутності згоди»* і полягає у тому, що органи для пересадки можуть вилучатися з тіла померлого, якщо він за життя не висловлював заперечень щодо цього, або інші особи, близькі померлого не робили заяв у відповідний час про те, що померлий мав би заперечення проти вилучення його органів після смерті [1, с. 91]

Тож, якщо особа за життя не надала письмової «незгоди» на донорство після смерті, частина тіла померлої особи (зокрема, органи чи тканини) переходять у розпорядження держави, котра передає її як трансплантаційний матеріал до уповноважених на здійснення трансплантаційної хірургії закладів. Отже, відсутність будь-якого письмового розпорядження про донорство на час смерті людини є дозволом на безперешкодне використання органів і тканин померлого.

Що стосується поняття «презумпція незгоди» то вона категорично забороняє будь-які втручання що стосуються вилучення із померлої особи органів для подальшої їх трансплантації.

Як зазначає міжнародна практика то «презумпція незгоди» діє у 64%, а презумпція згоди – у 36% держав, де виконуються трансплантаційні втручання. При цьому середня кількість пересадок органів від донора-трупа у країнах із презумпцією незгоди і презумпцією згоди достовірно не відрізняється (враховуючи чисельність населення) – 28,9 і 32,8 на 1 млн населення відповідно [2, ст. 104].

Фізична особа має можливість надати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті, або ж заборонити її.

На нашу думку, введення такого поняття як презумпція незгоди, а також неналежна поінформованість громадян щодо можливості розпорядження своїм тілом після смерті як донорського, або інші маніпуляції з ним, будь то науково-дослідні дослідження; чи використання його для експонування в анатомічних музеях, перешкоджає подальшому розвитку та існуванню законної трансплантаційної діяльності.

Отже можна зробити висновок, що необхідність правового регулювання діяльності з трансплантації органів людини тісно пов'язана з морально-етичними проблемами такої діяльності та захистом прав людини. Розгляд основних юридичних моделей вирішення цих проблем виявив відсутність загальносвітового підходу з цього приводу. Виходом з цієї ситуації може стати розробка основних універсальних принципів право, що повинні бути схвалені світовою спільнотою. Такі універсальні принципи права можуть слугувати основою для розробки норм міжнародного права з пересадки органів, тканин та клітин людини.

#### **Література:**

1. Шаповал Л. Згода донора на вилучення анатомічного матеріалу після його смерті // Цивільне право – 2009. – № 10. – с. 90 – 95.
2. Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О., Тарченко І.П., Свінцицький І.А. Трансплантація нирки : презумпція згоди або незгоди? // Практикуючий лікар. – 2013. – № 3. – С. 102 – 109.

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

*Уссов В.Г.,*

*студент магістратури*

*ПЮІ НЮУ ім. Я. Мудрого*

#### **ЩОДО ПРАВОРОЗУМІННЯ ПОНЯТТЯ «МЕДИЧНІ ВІДХОДИ»**

В Україні в результаті утворення великих обсягів відходів проблема екологічної безпеки набула особливого значення. Амплітуда між прогресуючим накопиченням відходів і заходами з їх утилізації та знешкодження загрожує посиленню екологічної кризи в країні. Серед усіх можливих відходів категорія «медичні відходи» займає особливе місце, бо вони в порівнянні з багатьма іншими представляють особливу небезпеку. Саме тому вважаємо за необхідне визначити, які саме відходи слід вважати медичними.

Згідно з Законом України «Про відходи» [1, с. 2] від 5 березня 1998 року, відходи – це будь-які речовини, матеріали і предмети, що утво-

рилися у процесі виробництва чи споживання, а також товари (продукція), що повністю або частково втратили свої споживчі властивості і не мають подальшого використання за місцем їх утворення чи виявлення і від яких їх власник позбувається, має намір або повинен позбутися шляхом утилізації чи видалення [1, с.1].

Проте саме термін «медичні відходи» законодавчо в Україні не визначений. Так, звертаючись до наукової літератури присвяченої питанням поводження з медичними відходами у лікувально-профілактичних закладах, посилаються на Лондонську інструкцію по відходам 1988 року, відповідно до якої медичні відходи – це будь-які відходи, що цілком або частково складаються з тканин людини або тварин, крові та інших біологічних рідин людини, екскрементів, наркотиків або інших фармацевтичних продуктів, бинтів чи одягу або предметів медичного догляду, шприців, голки та інших гострих предметів, які були у контакті з кров'ю або екскрементами, і, якщо їх не знешкоджувати, можуть бути небезпечними для будь-якої людини, що контактує з ними [2, с. 67-68]. Згідно з цією інструкцією всі відходи розподіляються за їхньою епідеміологічною, токсикологічною і радіологічною небезпекою на п'ять класів, що, на нашу думку, є досить доречним та обґрунтованим, бо кожна категорія повинна мати свою процедуру утилізації відповідної складності та ретельності.

В іншому дослідженні, присвяченому правилам поводження з медичними відходами, цю категорію визначають як відходи, що утворюються в лікувально-профілактичних закладах будь-якої форми власності, при наданні допомоги в закладах і організаціях Міністерств та відомств (санаторії, профілакторії, школи та ін.); в аптеках; в науково-дослідних інститутах та учбових закладах медичного профілю. Поняття медичні відходи включає як окремі самостійний підвид операційні та патологоанатомічні відходи. До медичних відходів також відносяться відходи фармацевтичної промисловості, підприємств з виробництва імунобіологічних препаратів, лікарські препарати після завершення клінічних випробувань, фальсифіковані, із закінченим терміном придатності та непридатні до використання за іншими показниками. Джерелом утворення медичних відходів можуть бути складові побутових відходів: шприци, голки, перев'язочний матеріал, лікарські препарати, що були використані або не використані населенням [3, с. 58].

Проте у тексті проекту Державних санітарних правил і норм поводження з відходами лікувально-профілактичних закладів, розташованому на офіційному сайті Державної санітарно-епідеміологічної служби України, вживається термін «відходи лікувально-профілактичних закладів», до яких відносяться тверді, рідкі та зібрані газоподібні речовини, матеріали і предмети лікувально-профілактичної (медичної) діяльності, яка включає діагностику, спостереження, лікування, профілактику і полегшення страждань людини, а також пов'язані з цим дослідження, у тому числі наукові [4].

Таким чином, розглянувши деякі визначення поняття «медичні відходи», вважаємо за необхідне законодавче визначення даної категорії, із значенням відповідної класифікації, перш за все спрямованої на полегшення процедури утилізації медичних відходів, виключаючи ризик заподіяння шкоди навколишньому середовищу та населенню, життю та здоров'ю люди-

ни. Формулювання обґрунтованого визначення на надання чіткої класифікації медичних відходів є метою майбутніх наукових досліджень.

**Література:**

1. Закон України «Про відходи» // Офіційний вісник України. -1998. № 13. – С. 483.

2. Росада М.О., Сурмашева О.В., Ніконова Н.О. Дезінфектологічні питання профілактики внутрішньолікарняних інфекцій та поводження з відходами лікувально-профілактичних закладів // *Environment&Health*. – 2010. – № 2. – С. 66 –69.

3. Проданчук М.Г., Повякель Л.І., Бобильова О.О., Бережнов С.П. Класифікація медичних відходів з урахуванням факторів небезпеки в проекті ДСанПіН «Правила поводження з медичними відходами» // *Сучасні проблеми токсикології*. – 2012. – № 1. – с. 57–68.

4. Проект Державних санітарних правил і норм поводження з відходами лікувально-профілактичних закладів, запропонований для публічного обговорення. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу. – <http://www.dsesu.gov.ua>

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

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b> .....	3
<b>Божко В.М.</b> ВИДИ МОЖЛИВИХ ДЖЕРЕЛ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	5
<b>Васіна Ю.В., Шаповалов В.В., Шаповалова В.О., Ковальова К.І.</b> ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОБІГУ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ .....	8
<b>Жилка Н.Я., Кудря А.В.</b> ПРАВА СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НА РЕЦЕПТУРНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ЛІКАМИ ЩО МІСТЯТЬ НАРКОТИЧНІ ЗАСОБИ, ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ ТА ПРЕКУРСОРИ .....	11
<b>Козаченко А.І.</b> ПРОБЛЕМИ СТАНОВЛЕННЯ ЗЕМСЬКОЇ МЕДИЦИНИ У ПОЛТАВСЬКІЙ ГУБЕРНІЇ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ 60-ТИХ НА ПОЧАТКУ 70-ТИХ РОКІВ ХІХ СТ. ....	14
<b>Куликова О.В., Шаповалов В.В., Шаповалов В.В. (мол.), Шаповалова В.О.</b> ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ НАУКИ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА В УКРАЇНІ .....	17
<b>Куцепал С.В.</b> ПОХИЛИЙ ВІК: СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ .....	21
<b>Ляхова Н.О., Голованова І.А., Бєлікова І.В.</b> ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ГРОМАДЯН НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В УКРАЇНІ .....	24
<b>Майданик Р.А.</b> ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ: ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ .....	26
<b>Пашков В.М.</b> ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ САМОРЕГУЛЮЮЧИХ ОРГАНІЗАЦІЙ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ .....	29
<b>Радич Я.Ф., Соколова О.М.</b> МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ: СТАН, ОСНОВНІ ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ .....	32
<b>Радіонова В.О., Шаповалов В.В., Шаповалова В.О., Москаленко Д.В.</b> НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ.....	37
<b>Рогожнікова О.В., Шаповалов В.В. (мол.), Шаповалов В.В., Шаповалова В.О.</b> УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАСАД У СФЕРІ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ПІЛЬГОВИМИ РЕЦЕПТАМИ НА ОСНОВІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА .....	41

<b>Стеценко С.Г.</b> БЕЗОПЛАТНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: РУДИМЕНТ МИНУЛОГО ЧИ СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ? .....	44
<b>Стрілець В.В.</b> НОРМОТВОРЧІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ РЕВОЛЮЦІЙНИХ КОМІТЕТІВ ПОЛТАВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БОРОТЬБИ З ЕПІДЕМІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ (ГРУДЕНЬ 1919 – БЕРЕЗЕНЬ 1920 РР.).....	47
<b>Сенюта І.Я.</b> ПРАВО ЛІКАРІВ КЛІНІК НА ВИДАЧУ ЛИСТКІВ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ: ПРОБЛЕМИ ЗДІЙСНЕННЯ .....	50
<b>Хорош М.В., Голованова І.А.</b> ШЛЯХИ МЕДИКО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	56
<b>Ціленко В.А.</b> ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТИМУЛЮВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО БУДІВНИЦТВА .....	59
<b>Балюк В.Н.</b> ВДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТИТУТУ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В УКРАЇНІ .....	61
<b>Батигіна О.М.</b> ЩОДО ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДІЙСНЕННЯ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ.....	63
<b>Белецкая А.А.</b> ПРАВОВОЙ АСПЕКТ ПРОЦЕСА ВАКЦИНАЦІЇ В УКРАЇНІ.....	66
<b>Белікова І.В., Ляхова Н.О.</b> ВИЗНАЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ.....	68
<b>Бражнік А.А.</b> ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ МОМЕНТУ ЗАКІНЧЕННЯ НЕЗАКОННОГО ПРОВЕДЕННЯ АБОРТУ .....	70
<b>Гаркуша А.О.</b> ДОСВІД ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИРОБНИЦТВА І ТОРГІВЛІ ВИРОБАМИ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ТА МЕДИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ В МЕЖАХ ЄС.....	71
<b>Греков Є.А.</b> ДИСТАНЦІЙНИЙ ПРОДАЖ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ УКРАЇНИ.....	74
<b>Грекова М.М.</b> ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА: МІЖНАРОДНІ СТАНДАРТИ І НАЦІОНАЛЬНЕ ЗАКОНОДАВСТВО .....	77
<b>Гринько Л.П.</b> ОСОБА ПОТЕРПІЛОГО ВІД ЗЛОЧИНІВ ЯТРОГЕННОГО ХАРАКТЕРУ .....	79
<b>Гринько П.О.</b> ДО ПИТАННЯ ПРО ДОГОВІР НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ .....	83
<b>Гриценко Г.Г.</b> НОВАЦІЯ СОЛІДАРНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ.....	85
<b>Гусева Г.В.</b> КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У СФЕРІ РЕЄСТРАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ .....	88

<i>Задихайло Д.Д.</i> АКТУАЛІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЧНОГО ГОСПОДАРЮВАННЯ В СФЕРІ ПОВОДЖЕННЯ З ВІДХОДАМИ.....	90
<i>Зінченко Н.О.</i> ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА .....	92
<i>Зражевська Н.О.</i> ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА ТАЄМНИЦЮ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я.....	94
<i>Кабальський Р.О.</i> ЩОДО НОВИХ ПИТАНЬ ПРО ЗВІЛЬНЕННЯ ДЕРЖАВНОГО СЛУЖБОВЦЯ .....	96
<i>Касумова А.Б.</i> ВВЕЗЕННЯ НЕЗАРЕЄСТРОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ В УКРАЇНІ.....	100
<i>Кравцова Н.Г., Перебийніс Ю.В.</i> ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САМОЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ – ІСТОРИЧНИЙ УРОК ЧИКАЗЬКОЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ШКОЛИ-ЛАБОРАТОРІЇ ДЖОНА ДЬЮЇ.....	102
<i>Кравченко А.П.</i> ЦІННІСНЕ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ЯК ОСНОВА МЕДИКО-ПРАВОВОЇ КУЛЬТУРИ ОСОБИСТОСТІ .....	105
<i>Лебеденко С.О.</i> ВЖИВАННЯ МЕДИЧНОЇ ЛЕКСИКИ В ДІЛОВОМУ МОВЛЕННІ .....	107
<i>Лемешко О.М.</i> ПРО ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПРАЦІВНИКА ПІДПРИЄМСТВА, УСТАНОВИ ЧИ ОРГАНІЗАЦІЇ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ, ЯКИЙ НЕ Є СЛУЖБОВОЮ ОСОБОЮ.....	110
<i>Любченко М.І.</i> УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРМІНОЛОГІЇ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ – НЕВІД'ЄМНИЙ ЕЛЕМЕНТ ПРАВОВОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ.....	112
<i>Любченко О.О.</i> ПИТАННЯ ДЕМОКРАТІЇ УЧАСТІ У ПРАЦЯХ П. РОЗАНВАЛОНА .....	114
<i>Михайліченко Т.О.</i> ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА ОСОБИ НА ЯКІСНЕ ТА ДОСТУПНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ.....	116
<i>Москаленко К.В.</i> ПРО ІНФОРМОВАНУ ЗГОДУ ПАЦІЄНТА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ.....	119
<i>Новак О.Д.</i> СЛУЖБОВА ДИСЦИПЛІНА ДЕРЖАВНОГО СЛУЖБОВЦЯ, ЇЇ СУТНІСТЬ ТА ЗАСОБИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ .....	122
<i>Олефір А.О.</i> НОВЕЛИ ЗАКОНУ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ.....	126
<i>Панасюк О.А.</i> ПОВНОВАЖЕННЯ СУДУ ПЕРШОЇ ІНСТАНЦІЇ В КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІ: ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ НА СТАДІЇ СУДОВОГО РОЗГЛЯДУ .....	130



<b>Полховська І.К.</b> , ПРАВО НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ПРАВ ЛЮДИНИ.....	132
<b>Сидоренко А.С.</b> ЗБЕРІГАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ ЯК ПРОФЕСІЙНИЙ ОБОВ'ЯЗОК МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА.....	134
<b>Тітко І.А.</b> ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОТЕРПІЛОГО НА МОЖЛИВІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ ЙОГО ПРАВ У ПРОВАДЖЕННЯХ В ФОРМІ ПРИВАТНОГО ОБВИНУВАЧЕННЯ.....	136
<b>Троцька М.В.</b> ПРАВОВИЙ РЕЖИМ ВОДНИХ ОБ'ЄКТІВ, ЩО ВІДНЕСЕНІ ДО КАТЕГОРІЇ ЛІКУВАЛЬНИХ.....	137
<b>Шевчик О.С.</b> ОКРЕМІ АСПЕКТИ ОПОДАТКУВАННЯ ОПЕРАЦІЙ ЗА ДОГОВОРАМИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	140
<b>Бударна В.О.</b> ГОСПОДАРСЬКО – ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ІНВЕСТИЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ.....	142
<b>Гаркуша Є.О.</b> ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРОХОДЖЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ОЦІНКИ ВІДПОВІДНОСТІ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ.....	143
<b>Говорун О.В.</b> ПИТАННЯ РОЗВИТКУ САМОРЕГУЛЮВАННЯ ЯК МЕХАНІЗМУ РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	146
<b>Льющенкова К.О.</b> ЗАХИСТ ПРАВ УЧАСНИКІВ ПРАВОВІДНОСИН ДОНОРСТВА.....	148
<b>Лебодкін К.С.</b> МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	150
<b>Мокляк С.В.</b> ВЧИНЕННЯ ЗЛОЧИНУ ЗА ПОПЕРЕДНЬОЮ ЗМОВОЮ ГРУПОЮ ОСІБ ЯК ОКРЕМА КВАЛІФІКУЮЧА ОЗНАКА СКЛАДІВ ЗЛОЧИНІВ, ПЕРЕДБАЧЕНИХ СТАТТЯМИ РОЗДІЛУ XIII ОСОБЛИВОЇ ЧАСТИНИ КК УКРАЇНИ.....	152
<b>Рудяга І.М.</b> ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ ПРО ЗАЛІЗНИЧНИЙ ТРАНСПОРТ: СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ТА КОДИФІКАЦІЯ.....	154
<b>Харківська К.В.</b> МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СВОБОДИ КОМЕРЦІЙНОГО ГОСПОДАРЮВАННЯ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ПРОМИСЛОВОСТІ.....	156
<b>Череповський Е.</b> ОРГАНІЗАЦІЙНО-ГОСПОДАРСЬКЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОМИСЛОВОЇ ПОЛІТИКИ.....	158
<b>Шпаков В.В.</b> ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ В СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ГОСПОДАРСЬКИХ ВІДНОСИН ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СФЕРИ.....	160

<b>Близнюк В.С.</b> КВАЛІФІКАЦІЯ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ (ПРОВІЗОРІВ І ФАРМАЦЕВТІВ).....	163
<b>Близнюк В.С.</b> СУТНІСТЬ «ОБХОДУ ЗАКОМУ» В МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ.....	166
<b>Дейнеко Т.М.</b> СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: СВІТОВИЙ ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ.....	168
<b>Зоря А.І.</b> ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІЦЕНЗУВАННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	170
<b>Копко І.Г.</b> ДО ПИТАННЯ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА РЕЦЕПТАМИ В УКРАЇНІ.....	172
<b>Костюк О.С.</b> ПРОБЛЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ.....	174
<b>Котляр І.В.</b> ВІДШКОДУВАННЯ МОРАЛЬНОЇ ШКОДИ ПАЦІЄНТУ, ЗАВДАНОЇ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	176
<b>Пахомова В.А.</b> ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХУВАННЯ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	178
<b>Пахомова В.А.</b> УПОВНОВАЖЕНИЙ З ПРАВ ПАЦІЄНТІВ: ОБГРУНТУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ З ОГЛЯДУ НА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД.....	181
<b>Сейдаметов Р.Р.</b> ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ.....	184
<b>Срібна Т.А.</b> ЩОДО ЗГОДИ ДОНОРА НА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ ОРГАНІВ ПІСЛЯ ЙОГО СМЕРТІ.....	186
<b>Уссов В.Г.</b> ЩОДО ПРАВОРОЗУМІННЯ ПОНЯТТЯ «МЕДИЧНІ ВІДХОДИ».....	187



Наукове видання

*Четверта Всеукраїнська  
науково-практична конференція*

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

*27 листопада 2015 р.*

ТОМ 1

Відповідальні за випуск: Гринько П.О., Олефір А.О.  
Технічний редактор – Момот О.О.  
Комп'ютерне верстання та складання – Пінчук О.Ф.

Підписано до друку 23.11.2015 р.  
Папір офсетний. Друк трафаретний.  
Ум. друк. арк. 11,4. Наклад 100 прим. Формат 60\*84/16.  
Зам. № 761.

Видавець і виготовлювач: ТОВ “Фірма “Техсервіс”.  
Адреса: 36011, м. Полтава, вул. В. Міщенка, 2.  
Тел.: (0532) 56-36-71.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
серія ДК № 4421 від 16.10.2012 р.